

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Escola Superior de Educação Física
Programa de Pós-Graduação em Educação Física



Dissertação de Mestrado

**Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade
física em idosos e o impacto na qualidade de vida**

José Antonio Bicca Ribeiro

Pelotas, 2014

JOSÉ ANTONIO BICCA RIBEIRO

Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade física em idosos e o impacto na qualidade de vida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Educação Física.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariângela da Rosa Afonso

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Schüller Cavalli

Pelotas, 2014

JOSÉ ANTONIO BICCA RIBEIRO

**Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade física em idosos e
o impacto na qualidade de vida**

Dissertação aprovada como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas.

Pelotas, 05 de fevereiro de 2014.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Mariângela da Rosa Afonso (orientadora)

Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Fernanda de Souza Teixeira

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. José Francisco Gomes Schild

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Renato Siqueira Rochefort

Universidade Federal de Pelotas

Dedico este trabalho à minha família, sobretudo a meus pais, por me ensinarem o verdadeiro significado da palavra humildade e por terem proporcionado que chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Talvez este seja o melhor e mais importante momento da conclusão deste trabalho – a hora de relembrar as pessoas que foram importantes para que conseguisse chegar ao final desta jornada. Sempre tive pessoas especiais convivendo comigo e, não seria justo deixar de lembrá-las, principalmente porque tem participação nesta vitória.

Primeiramente, agradeço à Deus pela dádiva da vida, e por permitir que chegasse tão longe.

Aos meus pais, pessoas extremamente ESPECIAIS, que são meu alicerce, meu porto seguro. Obrigado por me proporcionar a oportunidade de crescer enquanto pessoa e profissionalmente. Sei que as dificuldades foram muitas, mas mesmo em momentos difíceis, sempre estiveram ao meu lado, incentivando e dando forças para continuar. Vocês me ensinaram a valorizar o que conquistamos, ser humilde e, acima de tudo, o quão importante é saber respeitar e ajudar o próximo! Agradeço à Deus por ter o privilégio de ser seu filho. Obrigado por tudo! Dinda e Mana, muito obrigado por sempre estarem ao meu lado, e, pela ajuda em TODOS os momentos, também sei o quanto vocês se sacrificaram por mim! Demais familiares, Verônica, Nathália, obrigado por estarem sempre por perto! Amo vocês!

Aos membros da banca, professores Schild, Fernanda e Telmo, pelas valorosas contribuições na banca de qualificação do projeto. E, mais ainda, por juntamente com o Renato, na defesa final, contribuir neste importante momento da minha formação. Tenho em vocês, exemplos a serem seguidos.

Ao Renato, agradeço por toda a amizade, confiança, companheirismo e carinho durante todo o tempo de Graduação e agora no Mestrado. Foste um pai pra mim, e com certeza és um exemplo que procuro seguir. Apesar de não ter sido teu aluno oficialmente, tenho orgulho de ter convivido nos projetos e ter dividido a quadra contigo. Teu incentivo, confiança e amor pela profissão me motivam a cada dia. OBRIGADO POR TUDO!

À Mariângela (“Maroca”), obrigado por ser essa pessoa ÚNICA, espetacular, iluminada e especial, sempre preocupada com todos que te cercam. Agradeço imensamente pelo teu carinho e pela confiança que sempre depositasses em mim. Não tenho palavras para agradecer às orientações, as conversas, os conselhos de mãe, a amizade e as oportunidades profissionais que tu me proporcionou. Grande

parte do que conquistei até hoje tem alguma contribuição ou incentivo teu. Durante TODOS os momentos da minha jornada, pude contar contigo, nas horas boas e ruins, sempre estavas lá, para ver o lado positivo das coisas, e me incentivar a buscar novos desafios. És muito especial para mim, pois além de ser alguém em quem me espelho, foste como uma mãe durante este tempo e tens um lugar cativo no meu coração. OBRIGADO POR TUDO!

À Adriana, muito obrigado por todo o carinho de mãe, amizade e confiança desde a Graduação. Aprendi muito contigo, e espero que tenha conseguido retribuir de alguma forma por tudo que já me ajudasses. És muito especial e indispensável para mim, pois me proporcionou um grande crescimento pessoal e acadêmico, além de ter sido como uma mãe, apesar de tudo. Tenho um carinho enorme por ti e quero levar a tua amizade para o resto da vida. Espero ter atendido às tuas expectativas. OBRIGADO POR TUDO!

Aos idosos do NATI, muito obrigado por aceitarem participar da pesquisa, por toda a convivência e carinho destes seis anos. Aprendi muito com cada um de vocês, e tenho certeza que sou uma pessoa muito melhor, além de um profissional mais capacitado por ter convivido com vocês durante este tempo. O que eu aprendi no NATI, não aprendi em nenhum outro lugar. Obrigado pelo engajamento e pela atenção durante todas as coletas. Sem vocês este estudo não teria sentido! Espero um dia reencontrá-los!

Aos amigos que auxiliaram nas coletas de dados: Gabi, Douglas, Adriana Akemi e bolsistas do NATI. Muito obrigado pelo auxílio e comprometimento! E, é claro, às incansáveis Júlia e Cibele, obrigado pela IMENSA ajuda em todos os momentos! Vocês foram fundamentais nesta jornada.

Aos funcionários da ESEF em geral, por toda a convivência e auxílio durante o tempo de Graduação e Mestrado. Em especial César, Giovani, Jaque, Christine e Neli, obrigado por sempre apagarem incêndios e resolverem os problemas burocráticos, além da grande atenção, e prestatividade em TODOS os momentos que precisei. Giovani, muito obrigado pela amizade, pelas conversas e pelo chimarrão no corredor! Com certeza, vocês fazem da ESEF um lugar MUITO melhor!

Aos professores da ESEF e do Programa de Pós-Graduação em Educação Física com os quais pude aprender muito, sobretudo ao Flávio, Mário, Pedro, Rigo, Ailton e Suzete. Tenho plena certeza de que a minha formação foi uma das melhores que poderia ter, e devo isto à vocês. Um agradecimento especial ao Prof. Marcelo

Cavalli, que apesar de não ter sido meu professor “de verdade”, foi um grande amigo e tive a oportunidade de usufruir da convivência e ensinamentos durante o tempo em que estive na ESEF, e espero continuar próximo.

Aos grandes amigos e colegas de mestrado, que caminharam junto comigo, e com os quais aprendi muito durante esta jornada. Nossa alma pertencia ao programa e tivemos de trabalhar muito em função disso, porque os bolsistas sofrem. Obrigado ao pessoal de “Pato Branco” (LACOM e afins), ao pessoal de Bagé, ao pessoal do LABFEX, ao pessoal de “Fora” (Carla, Edilene e Rosane), pela convivência, amizade e trocas de experiência nas aulas e fora delas. Obrigado ao pessoal da turma de 2013, com quem pude conviver em algumas disciplinas, principalmente àqueles das “Humanas”. Agradeço especialmente ao Maurício, colega desde a Graduação que esteve comigo em vários momentos desta jornada. Muito obrigado pela tua amizade, ajuda, risadas e pelas pedaladas! E é claro, à Roberta, colega de orientação, que conheci e pude conviver durante o mestrado, mas que pareço conhecer há MUITO tempo. Acho que nosso trio rendeu bons frutos (Maroca, você e eu), e espero colher ainda mais. Com certeza levarei tua amizade para o resto da vida. Muito obrigado por tudo!

Ao pessoal da ADESP, por toda a convivência e os momentos de descontração. Agradeço às gurias e comissão técnica pela confiança, amizade e companheirismo durante este tempo em que estivemos juntos. Aprendi muito com vocês. Que tenhamos muito VOLEIBOL pela frente!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, que possibilitou a realização do estudo e a dedicação exclusiva ao curso.

Muito obrigado à todos(as) e a cada um de vocês!

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

(Paulo Freire)

“Através dos outros, nos tornamos nós mesmos.”

(Lev Vygotsky)

RESUMO

RIBEIRO, José Antonio Bicca. **Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade física em idosos e o impacto na qualidade de vida.** 2014. 213f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Atualmente tem se percebido um rápido aumento do número de idosos no mundo, e, algumas alternativas têm sido criadas para a promoção de saúde e auxílio no processo de envelhecimento. Além disso, grande parte delas está relacionada à manutenção de estilo de vida ativo, através da prática regular de atividade física (AF). No entanto, ainda é possível perceber uma adesão insuficiente de idosos a elas, sendo necessária a compreensão deste fenômeno. Desse modo, o estudo objetivou identificar os aspectos motivacionais que promovem a adesão e permanência de idosos em um programa de AF orientada e o impacto desta participação na sua qualidade de vida (QV). O estudo descritivo-exploratório foi delineado a partir de duas abordagens – uma Quantitativa e outra Qualitativa. No componente Quantitativo foram entrevistados 170 idosos (152 mulheres), com média de idade de 69,8 (DP=6,14) anos, participantes de um projeto social na cidade de Pelotas/RS. Os idosos responderam aos seguintes instrumentos: Questionário para caracterização sócio-demográfica; Inventário de Motivação para a prática de Atividade Física e Esportiva (IMPRAFE-132); WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref. Os dados coletados foram analisados no software STATA 12.1, e nas comparações entre os níveis motivacionais com os escores de QV, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi de 5%. No componente Qualitativo foram utilizados os escores de motivação obtidos através do IMPRAFE-132, sendo que estes foram divididos em tercis (motivação alta, média e baixa). Desse modo, foram selecionados aleatoriamente 21 idosos, e divididos em dois grupos de acordo com seu nível motivacional (motivação alta e motivação baixa). Para a coleta de dados, foram realizadas duas sessões de grupos focais com os idosos, a partir de um roteiro de perguntas previamente estabelecidas. As sessões foram gravadas e após a transcrição dos áudios, procedeu-se a categorização dos dados, segundo a Análise de Conteúdo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física sob o parecer 047/2012, e, todos os idosos foram convidados a participar da pesquisa, e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados sinalizaram que a Saúde apresentou a maior média (116,66; DP=17,06) entre todas as dimensões motivacionais. Com relação à QV, os domínios das Relações Sociais (84,71; DP=24,07) e das Atividades passadas presentes e futuras (80,21; DP=22,17) apresentaram os maiores escores. Identificou-se uma associação positiva entre QV e motivação, sendo que indivíduos mais motivados apresentaram melhores escores de QV ($p<0,01$). Através dos grupos focais foi possível identificar que a importância da AF se relaciona aos motivos de adesão ao Projeto – manutenção ou promoção da saúde, e a sensação de bem estar. A percepção positiva da QV foi relacionada à motivação para a prática de AF, uma vez que os idosos indicaram que a saúde é fator importante para a manutenção da mesma. Desse modo, pode-se concluir que ao perceber a importância da AF, os idosos se mantêm mais engajados no projeto, o que repercute na sua saúde e QV, proporcionando um envelhecimento com maior autonomia.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade Física; Motivação; Qualidade de vida; Idosos; Envelhecimento.

ABSTRACT

RIBEIRO, José Antonio Bicca. **Motivational aspects related to physical activity in older adults and the impact on quality of life.** 2014. 213f. Dissertation (Master) – Postgraduate Program in Physical Education. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2014.

Currently has seen a rapid increase in the number of elderly in the world, and some alternatives have been created to promote health and assistance in the aging process. Furthermore, most of them are related to maintaining of an active lifestyle through the regular physical activity (PA). However is still possible to perceive an insufficient adherence of elderly to then, being necessary the understanding of this phenomenon. In this way, the study aimed to identify the motivational aspects that promote adhesion and the permanence of older adults in a program of AF oriented and impact of participation in their quality of life (QOL). The descriptive exploratory study was designed from two approaches – one Quantitative and other Qualitative. In the Quantitative component were interviewed 170 elderly (152 women), with a mean age of 69.8 (SD=6.14) years, participants in a social project in the city of Pelotas/RS. The elderly responded the following instruments: Questionnaire for sociodemographic characteristics; “Inventário de Motivação para a Prática de Atividade Física e Esportiva” (IMPRAFE-132); WHOQOL-Old and WHOQOL-Bref. The data collected were analyzed using the STATA 12.1 software, and the comparisons between the motivational levels with QOL scores, of the Kruska-Wallis test was used. The level of significance was set at 5%. In Qualitative component, motivation scores obtained through of IMPRAFE-132 have been used, and these were divided into tertiles (high motivation, medium and low). Thus, we randomly selected 21 elderly and divided into two groups according to their motivational level (high motivation and low motivation). For data collection, two sessions of focus groups with the elderly were conducted from a script of questions previously established. The sessions were recorded and after the transcription of the audio, we proceeded to categorize the data according to Analysis of Content. The project was approved by the Ethics Committee in Research of the School of Physical Education in the opinion 047/2012, and all seniors were invited to participate in the study, and signed a consent form. The results showed that Health presented the highest mean (116.66; SD=17.06) among all motivational dimensions. With respect to QOL domains of Social Relationships (84.71; SD=24.07) and past present and future activities (80.21; SD=22.17) had the highest scores. Was identified a positive association between QOL and motivation, were more motivated individuals had higher QOL scores ($p<0.01$). Through the focus groups it was identified that the importance of PA is related to the reasons for joining the project - maintenance or promotion of health and sense of well being. The positive perception of QOL was related to motivation for PA practice, because the elderly indicated that health is important for maintaining the same. In this way, it can be concluded that to perceive that the importance of PA, the elderly keep more engaged in the project, which has repercussions on their health and QOL, providing a aging with greater autonomy.

KEY WORDS: Physical Activity; Motivation; Quality of life; Elderly; Aging

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Taxionomia da motivação humana.....	46
Figura 2 – Dimensões do IMPRAFE-132	77
Figura 3 – Domínios e facetas do WHOQOL-BREF.....	79
Figura 4 – Facetas e itens do WHOQOL-OLD	81
Figura 5 – Fluxograma de Amostragem	130
Figura 6 – Fluxograma de composição dos grupos focais	131
Quadro 1 – Resumo dos estudos sobre motivação à prática de AF	48
Quadro 2 – Resumo dos estudos sobre QV.....	65
Quadro 3 – Operacionalização das variáveis.....	84
Quadro 4 – Matriz de análise dos dados qualitativos	91
Quadro 5 – Caracterização dos participantes dos grupos focais	133
Quadro 6 – Categorias de análise dos grupos focais.....	171

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio-demográficas da amostra	167
Tabela 2 – Escores de motivação e qualidade de vida segundo dimensões e domínios	168
Tabela 3 – Comparação entre motivação e qualidade de vida segundo dimensões e domínios (WHOQOL-Bref)	169
Tabela 4 – Comparação entre motivação e qualidade de vida segundo dimensões e domínios (WHOQOL-Old)	170

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1. PROJETO DE PESQUISA.....	15
2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	126
3. ARTIGO	135
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
APÊNDICES	181
ANEXOS	196

APRESENTAÇÃO

O presente volume, atendendo aos pré-requisitos estabelecidos pelo programa de Pós-graduação em Educação Física da Escola Superior de Educação Física, foi organizado da seguinte forma:

1. **Projeto de Pesquisa:** Apresentado e qualificado no dia 14 de Novembro de 2012, com as alterações sugeridas pela banca de avaliação.
2. **Relatório do trabalho de campo:** Contém o detalhamento das atividades desenvolvidas pelo pesquisador durante todas as etapas da coleta de dados da pesquisa.
3. **Artigo:** Consiste na exposição ao meio acadêmico do processo de realização da pesquisa e dos resultados obtidos, buscando proporcionar um avanço no conhecimento científico. O artigo intitulado “*Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade física em idosos e o impacto na qualidade de vida*”, segue as normas da Revista Brasileira de Educação Física e Esporte (RBEFE), visando a futura publicação.
4. **Considerações Finais:** Apresenta uma síntese dos principais resultados e conclusões obtidos com a realização da pesquisa.

1. PROJETO DE PESQUISA

(Dissertação de José Antonio Bicca Ribeiro)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Escola Superior de Educação Física
Programa de Pós-Graduação em Educação Física



Projeto de Dissertação

**Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade física em
idosos e o impacto na qualidade de vida**

José Antonio Bicca Ribeiro

PELOTAS, 2012

JOSÉ ANTONIO BICCA RIBEIRO

Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade física em idosos e o impacto na qualidade de vida

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariângela da Rosa Afonso

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Schüller Cavalli

Pelotas, 2012

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
1.1. Objetivos do Estudo	25
1.1.1. Objetivo Geral	25
1.1.2. Objetivos Específicos.....	25
1.2. Justificativa (Relevância do estudo).....	25
1.3. Definição de termos	28
 2. REVISÃO DE LITERATURA	 30
2.1. Envelhecimento Humano e Atividade Física	30
2.2. Motivação – Conceitos e Teorias	39
2.2.1. Teoria da Autodeterminação (TAD)	42
2.2.2. Estudos relacionados à motivação para a prática de AF	46
2.3. Qualidade de vida e envelhecimento	55
2.3.1. Qualidade de vida no contexto da OMS	58
2.3.2. Estudos relacionados à qualidade de vida.....	62
 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	 73
3.1. Caracterização do estudo	73
3.2. Eixo de Pesquisa I	73
3.2.1. População e Amostra.....	73
3.2.2. Instrumentos	76
3.2.3. Procedimentos	83
3.2.4. Análise de dados	83
3.2.5. Aspectos Éticos	86
3.3. Eixo de Pesquisa II	87
3.3.1. População e Amostra.....	87
3.3.2. Instrumentos	85
3.3.3. Procedimentos	90
3.3.4. Análise de dados	91
3.3.5. Aspectos Éticos	93

4. PROJETO PILOTO	93
4.1. Aplicação do instrumento e atuação dos entrevistadores	93
4.2. Procedimentos na aplicação dos instrumentos	94
4.3. Aplicabilidade da Pesquisa	96
5. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	97
6. ORÇAMENTO	98
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	111

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Mariângela da Rosa Afonso (orientadora)

Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Fernanda de Souza Teixeira

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. José Francisco Gomes Schild

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Telmo Pagana Xavier (Suplente)

Universidade Federal de Pelotas

RESUMO

RIBEIRO, José Antonio Bicca. **Motivação para a prática de atividade física em idosos e o impacto na qualidade de vida**. 2012. 127f. Projeto de Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O envelhecimento populacional é uma realidade no mundo moderno. Diante deste fato, os indivíduos idosos devem estar conscientizados, assim como seus governantes, no que diz respeito à implantação de alternativas que contribuam para um envelhecimento mais saudável, com maior autonomia e qualidade de vida (QV). A atividade física (AF) atua como um importante agente promotor de saúde nesse contexto, porém, o número de idosos que aderem à prática, ainda é insuficiente. Entender o processo que motiva os idosos a praticarem AF serve de base para a elaboração das estratégias voltadas para o envelhecimento saudável e com melhor QV. Desse modo, o objetivo do presente estudo, é identificar os motivos que levam os idosos a praticar AF, e o impacto desta prática na sua QV. Para tanto, serão analisados aproximadamente 300 idosos participantes de um programa de AF na cidade de Pelotas. Quanto à metodologia, o estudo possui um delineamento descritivo-exploratório e divide-se em dois eixos: o primeiro deles, com uma abordagem quantitativa, e o segundo, com uma abordagem qualitativa. Como instrumentos de coleta, no primeiro eixo, serão utilizados: a) Inquérito de Motivação para a prática de AF (IMPRAFE-132); b) Ficha para caracterização sócio-demográfica; c) Questionários de QV – WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Já no segundo eixo, a técnica de grupo focal será utilizada como instrumento de coleta dos dados. A análise dos dados coletados no primeiro eixo de pesquisa será realizada no programa SPSS 17.0, onde será adotada a estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5%. Já no segundo eixo, a partir dos dados obtidos nos grupos focais, será realizada a categorização, exploração e discussão das respostas a partir da análise de conteúdo.

Palavras-chave: Idosos; Motivação; Qualidade de vida.

LISTA DE ABREVIATURAS

AF – atividade física

QV – qualidade de vida

TAD – Teoria da Autodeterminação

OMS – Organização Mundial da Saúde

WHO – World Health Organization

IMPRAFE-132 – Inquérito de Motivação para a prática de Atividade Física e Esportiva

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HDL – *High Density Lipoprotein*

LDL – *Low Density Lipoprotein*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ACSM – *American College of Sports and Medicine*

DNT – Doenças Não-Transmissíveis

MEEM/MMSE – Mini-Exame do Estado Mental/*Mini Mental State Examination*

BPAF – Barreiras à prática de atividade física

EMC – Estágios da mudança de comportamento

AAHPERD – *American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance*

IMC – Índice de Massa Corporal

OPQOL – *Older People's Quality of life Questionnaire*

IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire*

GDS – *Geriatric Depression Scale*

BDI – *Beck Depression Inventory*

BHS – *Beck Hopeless Scale*

AVD – Atividades de vida diária

AIVD – Atividades Instrumentais de vida diária

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

GHQ – *General Health Questionnaire*

SF-12 - *Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey*

1. INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea tem vivenciado e atua dentro de um novo contexto permeado de avanços tecnológicos, aliado à mudanças populacionais como a transição demográfica e a diminuição da taxa de fecundidade, percebe-se um rápido aumento do número de idosos no mundo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), em 2025 haverá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. Até 2050 estima-se que o número de idosos será de dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

Em países desenvolvidos, devido à infraestrutura e condições de vida favoráveis – como saúde, educação, saneamento, segurança –, a pessoa, para ser considerada idosa, deve ter no mínimo 65 anos. Já em países denominados “em desenvolvimento”, como é o caso do Brasil, são consideradas idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (OMS, 2002).

No processo de envelhecimento ocorre uma série de mudanças físicas, sociais e psicológicas no organismo dos indivíduos (FARINATTI, 2008; STELLA *et al.*, 2002; MAZO *et al.*, 2008). O envelhecimento biológico é implacável, ativo e irreversível, causando mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas. Com relação ao aspecto psicológico, observa-se uma diminuição no processamento cognitivo, redução da atenção, dificuldade no processamento da memória, entre outros (MORAES *et al.*, 2010). E o aspecto social é observável em consonância com o biológico e psicológico.

Diante deste contexto, existe um crescimento da discussão que envolve essa população em relação à criação de alternativas que possam promover um envelhecimento mais saudável e com uma melhor qualidade de vida (QV). Percebe-se ainda, o aumento na criação de programas voltados para a promoção de saúde, principalmente relacionados à prática de atividade física (AF) regular (MAZO *et al.*, 2008; VERAS, 2009).

Além disso, fica evidente ainda o grande papel da Universidade nesse contexto, pois, um número elevado de programas ofertados (MAZO, 2008), são, na verdade, projetos de extensão vinculados às instituições de ensino superior.

Sob esse olhar a prática de AF é capaz de promover inúmeros benefícios aos idosos, tanto de ordem física e social, quanto psicológica (NELSON, 2007; HASKELL *et al.*, 2007; JACOB FILHO, 2006). A AF tem sido comprovada como fator de melhora da saúde global do idoso, além disso, há um aumento do contato social, a diminuição nos riscos do desenvolvimento de doenças crônicas, melhora na saúde física e mental, melhor desempenho funcional, o que leva a uma maior independência e autonomia (RIBEIRO *et al.*, 2009; BORGES; MOREIRA, 2009), fatores que contribuem para um aumento no sentimento de autoestima e auto eficácia, além da realização das atividades diárias com maior facilidade.

No entanto, apesar do conhecimento sobre os benefícios da prática de AF na terceira idade, ainda existem barreiras que restringem uma maior adesão aos programas de AF por este grupo (CAVALLI; CAVALLI, 2011; CASSOU *et al.*, 2008; REICHERT *et al.*, 2007).

Além disso, os motivos que levam os idosos a participarem em um programa de AF, variam de indivíduo para indivíduo. Segundo o estudo de Freitas *et al.* (2007), com usuários de programas de AF no Recife, apontam que os principais motivos de adesão são: melhorar a saúde, melhorar o desempenho físico, adotar estilo de vida saudável, reduzir o estresse, acatar prescrição médica, auxiliar na recuperação de lesões, melhorar a autoimagem, melhorar a autoestima e relaxar.

É importante conhecer os motivos que levam as pessoas a praticarem AF de forma regular, sobretudo os idosos, na medida em que esta é uma grande alternativa para a manutenção da saúde, aumento da longevidade e melhora na QV.

Existem teorias que procuram explicar o processo de motivação humana. No entanto, tomaremos como principal suporte teórico a Teoria da Autodeterminação (TAD). A TAD tem sido utilizada atualmente, no contexto do esporte e da prática de AF (FERNANDES; VASCONCELOS-RAPOSO, 2005; MURCIA *et al.*, 2006; DOWNS *et al.*, 2012; TEIXEIRA *et al.*, 2012; SOLBERG, *et al.*, 2012). Segundo a teoria, a motivação humana corresponde a um processo contínuo de autodeterminação, onde

os sujeitos mais autodeterminados, possuem uma maior motivação intrínseca e os menos autodeterminados, possuem uma maior motivação extrínseca. A motivação intrínseca vem do próprio indivíduo, onde este busca a satisfação própria acima de tudo. Já a motivação extrínseca, refere-se ao ambiente, que atua como agente motivador, ao invés do estímulo partir do próprio indivíduo.

Esta teoria já buscou avaliar os motivos que levam os idosos a praticarem AF em um programa especializado. Em um estudo realizado por Mazo *et al.* (2010), realizados com 42 idosos de ambos os sexos iniciantes no programa Floripa Ativa – Fase B (que trata da prevenção secundária e terciária a partir da prática de AF), as autoras identificaram uma maior motivação dos homens em relação às mulheres e o principal agente motivador dos indivíduos, foi o domínio da saúde.

Além disso, a TAD ainda explica que o comportamento humano é pautado sob a ótica de três necessidades básicas: a necessidade de autonomia (a possibilidade de escolha em participar de alguma atividade), a necessidade de competência (sentimento de capacidade em realizar alguma atividade) e a necessidade de relacionamento (capacidade de socialização). Quando satisfeitas estas necessidades, mais autodeterminado o sujeito estará e por consequência, mais motivado (DECI; RYAN, 2000).

No que tange a QV, a percepção varia de acordo com cada indivíduo, e este termo é bastante subjetivo, pois para alguns esta qualidade possui relação com sua situação econômica, e para outros tem relação com seu bem estar e saúde. Além disso, segundo Lima *et al.* (2010) o termo leva em consideração o grau de satisfação humana nas diferentes esferas de vida (familiar, amorosa, ambiental, social, profissional e existencial), o que justifica toda a subjetividade e variabilidade do termo.

Desse modo, conhecer o que motiva os idosos a participarem de um programa de AF e o que isto interfere na sua percepção da QV, se torna imprescindível para promover a sua manutenção dentro do programa. Sendo assim, além de aumentar a adesão de outros idosos à prática de AF, podemos verificar o impacto que a participação em um programa de AF, pode promover na QV dos senescentes, direcionando as ações para seu envelhecimento com mais saúde e bem-estar.

1.1. Objetivos do Estudo

1.1.1. Objetivo Geral

Identificar os motivos que levam idosos a praticarem AF em um programa específico e o impacto dessa prática na sua QV.

1.1.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar o que leva os idosos a ingressarem em um programa de AF;
- ✓ Descrever quais os motivos que levam os idosos a permanecerem em um programa de AF;
- ✓ Verificar e analisar se existe relação entre a motivação para a prática de AF e a QV dos idosos;

1.2. Justificativa (Relevância do estudo)

A presente pesquisa surge a partir de algumas inquietações adquiridas durante o período de graduação em Educação Física, mediante participação em um projeto de AF voltado à terceira idade, o Núcleo de Atividades para a Terceira Idade (NATI).

Enquanto trabalhei no projeto, o que mais me chamava a atenção com relação aos idosos, além de sua grande alegria de viver, era o tempo de permanência deles dentro do mesmo, porque a grande maioria estava ali desde a sua criação. Muitos acabaram encontrando no projeto, uma oportunidade de sair de casa, conversar, fazer amigos, enfim, se relacionar de alguma forma com outras pessoas, e acredito que isto também os fazia permanecer por tanto tempo nas atividades. Outro fato que despertava meu interesse, dizia respeito à QV dos participantes do projeto, porque sempre julguei de suma importância conhecer o público com que trabalhava.

Desse modo, surgiu a ideia de realizar o trabalho buscando compreender de forma aprofundada o quão motivados os idosos participantes do projeto estão e qual a interferência que a participação no projeto proporciona na vida dos mesmos.

A prática de AF tem atuado de forma positiva no controle e na prevenção de doenças crônicas e degenerativas (HALLAL et al., 2003; PATEL et al., 2006; ACSM, 2009; MORGAN; TOBAR; SNYDER, 2010). No entanto, ainda existe um elevado número de pessoas sedentárias, devido às barreiras encontradas para a prática, representando um problema na sociedade atual (REICHERT et al., 2007; CAVALLI; CAVALLI, 2011).

Sabendo dos benefícios que a prática de AF pode proporcionar principalmente no que diz respeito à diminuição dos efeitos/enfermidades causados pelo envelhecimento (MATSUDO et al., 2009; MOTA et al., 2004; MORAES et al., 2010; CORRÊA et al., 2011), muitos governos tem se preocupado em criar alternativas voltadas ao aumento da prática de AF pela população, tornando os idosos mais ativos e saudáveis, contribuindo para uma melhora considerável na sua QV. Existem idosos que já adotaram um comportamento ativo e participam de programas voltados para a regularidade na prática de AF, mas espera-se que este número aumente cada vez mais (OMS, 2002).

Diante desse fato, torna-se necessário entender esse processo de envelhecimento, bem como suas principais características e enfermidades comuns, para contribuir na elaboração de estratégias específicas para o bem-estar da população nessa faixa etária.

Com o avanço da idade, surgem inúmeros problemas e enfermidades tanto de ordem física (MAZO et al. 2008; GARCIA et al., 2006; JORDÃO NETTO, 1997), como de ordem psicológica (RODRIGUES, 2000; NOVAES, 2005), que acabam interferindo no modo de vida da população, o que repercute diretamente na percepção dessa população acerca da sua QV.

Desse modo, é necessário conhecer a população idosa participante em programas de AF, para que saibamos o que motiva estas pessoas a praticar AF, ou permanecerem nos programas, além de identificar o impacto dessa participação na sua QV. Assim, teremos o conhecimento necessário para fomentar a implantação de projetos/programas específicos para os interesses dos idosos, contribuindo para um envelhecimento mais saudável, e para que tenham uma melhor QV e bem-estar.

1.3. Definição de termos

Atividade Física: A atividade física pode ser entendida como qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético tendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental, podendo ser exemplificada por jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e deslocamentos (CARPENSEN *et al.*, 1986; PITANGA, 2002).

Idoso: pessoa com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos e mais se residem em países desenvolvidos (OMS, 2002).

Terceira Idade: Segundo um aspecto cronológico, ou seja, pautado na quantidade de anos vividos, esta fase da vida compreende indivíduos que se situam na faixa etária dos 50 a 77 anos (RODRIGUES, 2000).

Qualidade de vida: É a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive, e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1994).

Motivação: O termo motivação vem do latim, “*movere*” e significa mover, desse modo, a motivação refere-se à direção e persistência de se realizar determinada ação, sendo que a direção tem o poder de iniciar um comportamento ou determinada ação, e a persistência mantém esse comportamento (DOSIL, 2004).

Teoria da Autodeterminação: Esta teoria explica que a motivação de cada indivíduo não está diretamente relacionada ao comportamento social de cada um, na

verdade este é mediado por outras três necessidades básicas a necessidade de autonomia, a necessidade de competência e a necessidade de relacionar-se ou estabelecer vínculos. Quando satisfeitas estas necessidades, mais motivados de forma autodeterminada estarão os indivíduos, e tendem a permanecer em alguma atividade por mais tempo (PIRES *et al.*, 2010; RYAN; DECI, 2000).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Envelhecimento Humano e Atividade Física

Atualmente, devido ao grande avanço tecnológico pelo qual o mundo tem passado, aliado a mudanças no estilo de vida, percebe-se um rápido envelhecimento populacional, representando um grande fenômeno mundial. Há alguns anos, a principal causa de morte entre a população eram as doenças infectocontagiosas, porém devido ao avanço da tecnologia relacionada à saúde, o número de mortes que tinham esse tipo de doença como causa diminuiu, inclusive, ocorrendo a erradicação de algumas delas. Tal fenômeno pode ser entendido como a transição epidemiológica, onde houve a reversão de um quadro de mortalidade dominado pelas doenças infecciosas, para um quadro, onde outros tipos de doenças, como as crônico-degenerativas (ligadas ao estilo de vida da população), são as principais causas de morte (CHAIMOWICZ, 1997; MATSUDO *et al.*, 2001).

A transição demográfica pela qual o mundo tem passado, também contribui para este fenômeno e pode ser explicada por mudanças na estrutura da sociedade como, por exemplo, a diminuição da taxa de fecundidade, e por consequência, o aumento da expectativa de vida.

Segundo Chaimowicz (1997), a taxa de fecundidade cairá de 2,6 para 2,2 até o ano de 2020. Nasri (2008) ainda explica que a principal causa do envelhecimento, ao contrário do que muitos pensam, diz respeito a esta diminuição da taxa de fecundidade, e não à diminuição da taxa de mortalidade, pois, segundo ele, uma população envelhece na medida em que há um aumento do número de idosos e uma diminuição do número de jovens.

O aumento da expectativa de vida da população, que apesar de representar evolução, também é sinônimo de preocupação, na medida em que se torna necessária a atenção, principalmente dos governos a essa grande parcela da população.

Para que se tenha uma ideia, no início do século XX, a esperança de vida no Brasil não passava dos 33,5 anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ela atingiu mais de 73 anos em 2009 (76,5 para as mulheres e 69

anos para os homens). A proporção de idosos subiu de 9,1% em 1999 para 11,3% em 2009, superando a população de idosos de vários países europeus como a França, a Inglaterra e a Itália, de acordo com estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU). Além disso, o aumento da expectativa de vida tem sido mais impressionante entre idosos acima de 80 anos. Entre 1997-2007, a população de 60-69 anos cresceu 21,6%, e a de mais de 80 aumentou 47,8% (MINAYO, 2012).

No entanto, para que se possa discutir o processo de envelhecimento em si, deve se discutir alguns termos fundamentais e norteadores. Atualmente, para o indivíduo ser considerado idoso, ele deve ter mais de 60 anos, para países em desenvolvimento e 65 anos ou mais, quando considerados países desenvolvidos (OMS, 2002). Essa diferença ocorre, pois nos países desenvolvidos o acesso aos serviços de saúde é facilitado, o desenvolvimento social e econômico é avançado, e uma grande parcela da população desfruta destes benefícios.

Para Moraes *et al.* (2010), o envelhecimento representa o conjunto de consequências ou os efeitos da passagem do tempo. Além disso, ele pode ser considerado biologicamente como a involução morfofuncional que afeta todos os sistemas fisiológicos principais, de forma variável.

Alguns autores ainda acreditam que tal processo pode ter algumas origens específicas, como uma ordem genética programada, um desgaste nas estruturas genéticas, um desequilíbrio nas estruturas celulares ou uma restrição calórica (FARINATTI, 2002). Outros (MOTA *et al.*, 2004), buscam explicar tal processo a partir de teorias biológicas, pautadas sob duas óticas: uma genética (o indivíduo já nasce com seu envelhecimento programado, com características que são inerentes à sua vontade) e outra estocástica (resultado da interação com o meio em que cada um está inserido).

Segundo Moraes *et al.* (2010), o envelhecimento humano não passa de uma “involução” dos sistemas fisiológicos, com o passar dos tempos e que varia de indivíduo para indivíduo. Porém, o autor ressalta que esse processo de “involução” não impede que a pessoa se mantenha ativa, independente e feliz.

Essa fase da vida pode representar a conquista de sabedoria e compreensão plena do sentido da vida, quando se considera o ponto de vista psíquico. Dessa forma,

o indivíduo ao ingressar na terceira idade, teria condições de continuar vivendo plenamente, porém o que acontece na maioria das vezes é o fato das pessoas se prenderem aos valores relacionados à juventude, deixando de lado aspectos positivos proporcionados pelo acúmulo de anos vividos (NERI, 2007).

O processo de envelhecimento, como já mencionado, é um processo inerente ao próprio indivíduo, e proporciona inúmeras mudanças no organismo humano. Conforme envelhecemos, passamos por um processo de perdas biológicas e psicológicas significativas, além do desenvolvimento de doenças específicas da faixa etária avançada. É possível perceber mudanças como: a diminuição da capacidade de síntese das proteínas; um declínio nas funções imunológicas; um aumento na massa gorda; perda de força e de massa muscular; uma significativa perda na densidade de cálcio nos ossos; além da diminuição no desempenho motor do idoso (MAZO *et al.*, 2009; GARCIA *et al.*, 2006; GALLAHUE; OZMUN, 2005).

Percebe-se ainda, mudanças significativas no que diz respeito ao bem estar psicológico dos indivíduos idosos, resultado destas mudanças impostas pelo processo de envelhecimento (RODRIGUES, 2000; NOVAES, 2005). Existe uma grande mudança no modo de vida destes idosos, pois atividades que antes eram realizadas devem ser repensadas e modificadas, com o objetivo de atender às suas necessidades. Porém, cabe ressaltar que essas mudanças não ocorrem repentinamente e são o produto de uma série de fatores que se instauram com o passar dos anos e agem progressivamente.

Ao entrar na senescência, muitos indivíduos acabam por se sentirem incapazes, com baixo sentimento de autoestima e auto eficácia, porque a entrada na terceira idade representa a inatividade quando se considera a capacidade de produção. E tal ideia é defendida pela ONU, quando define o ciclo de vida sob um ponto de vista econômico, onde na Terceira Idade, “as pessoas já produziram e consumiram, mas pela aposentadoria, não produzem mais e só consomem”.

Além disso, a chegada à terceira idade para muitos indivíduos também é algo ruim, pois muitos atribuem valores negativos a esta fase da vida, como a incapacidade, a debilidade, a doença, entre outros. Porém, muitos desses sentimentos são influenciados a partir do contexto social onde estes idosos se

inserir. Em uma pesquisa realizada no ano de 2007 pelo SESC (Serviço Social do Comércio), ficou evidenciada essa situação, onde 88% destes atribuíram aspectos negativos ao ingresso na terceira idade, sendo que destes, 58%, se referiam a presença de doenças ou debilidades físicas (NERI, 2007).

Sabendo que o fenômeno do envelhecimento está presente na sociedade atual, se torna necessária uma reflexão mais densa a respeito do que permeia este processo, buscando alternativas que possibilitem aos senescentes formas de envelhecer com o máximo de saúde, bem estar e QV.

Levando em consideração a importância da criação de alternativas que possibilitem um envelhecimento com mais saúde da população idosa, o governo através da OMS (2002), propôs o desenvolvimento de um projeto intitulado “envelhecimento ativo” (*“Active ageing”*), que segundo a instituição “é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a QV à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Através deste projeto, os idosos estariam mais autônomos socialmente e culturalmente, sendo capazes de tomar suas próprias decisões e defender suas ideias.

Porém, o termo “ativo” não está relacionado somente ao aspecto físico, mas sim, a um contexto mais amplo, onde as questões sociais de participação junto à comunidade, ou de aspecto cultural como acesso à informação e luta pelos direitos se fazem presentes (OMS, 2002). Ao se buscar um envelhecimento mais ativo da população, os predicados negativos que sempre foram atribuídos aos indivíduos que ingressam na terceira idade, como velho e incapaz, por exemplo, são deixados de lado, pois essa alternativa atua como subsídio para que o idoso tenha uma maior capacidade e independência, possibilitando um melhor bem estar e um envelhecimento saudável.

Atualmente, alguns estudos tem mostrado o papel da AF na prevenção e tratamento de doenças, principalmente relacionadas ao estilo de vida da população. A saúde tem sido uma das preocupações das pessoas que realizam a prática de AF regular, e possui um conceito que abrange vários domínios, pois segundo a OMS, “é um estado multidimensional de bem-estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1998).

Segundo Corrêa *et al.* (2011), algumas evidências epidemiológicas apontam que a AF é capaz de proporcionar uma série de benefícios à saúde física e mental, assim como de exercer efeito protetor sobre inúmeras doenças, incluindo as cardiovasculares, hipertensão, diabetes tipo 2, osteoporose, alguns tipos de câncer, ansiedade, depressão, assim como diminuir o risco de mortalidade precoce em pessoas com boa aptidão física e gasto energético elevado.

Segundo Matsudo (2009) a prática de AF regular pode proporcionar aos praticantes vários efeitos que contemplam desde a parte fisiológica até a parte psicológica. Entre eles podemos citar:

- ✓ Efeitos antropométricos: controle ou diminuição da gordura corporal; manutenção ou incremento da massa muscular, força muscular e densidade óssea; melhora da flexibilidade, entre outros.
- ✓ Efeitos metabólicos: aumento do sangue circulante, da resistência física e ventilação pulmonar; diminuição da frequência cardíaca de repouso e no trabalho submáximo, e da pressão arterial; melhora nos níveis de HDL e diminuição nos níveis de triglicérides, colesterol total e LDL; diminuição nos níveis de glicose, diminuição do risco de doença cardiovascular, AVC, osteoporose, diabetes, entre outros.
- ✓ Efeitos cognitivos e psicossociais: melhora do autoconceito, autoestima, imagem corporal, estado de humor, tensão muscular e insônia; prevenção ou retardo do declínio das funções cognitivas; diminuição do risco de depressão; diminuição do risco de estresse, ansiedade e depressão; diminuição no consumo de medicamentos e um incremento na socialização.
- ✓ Efeito terapêutico: efeito no tratamento da doença arterial coronariana, hipertensão, diabetes tipo 2, obesidade, osteoartrite, entre outros; efeitos no tratamento de distúrbios de ansiedade, depressão, demência, dor, entre outros.

Entre os idosos, os benefícios tornam-se mais significativos ainda, pois atuam como um importante aliado na diminuição dos efeitos do envelhecimento. De acordo com o American College of Sports Medicine (ACSM, 2009), os idosos que praticam atividades aeróbica em intensidade de moderada a intensa e atividades de fortalecimento muscular, compensam a redução na massa e força muscular

tipicamente associada com o envelhecimento. Benefícios adicionais do exercício regular incluem melhora da saúde óssea, portanto, redução no risco de osteoporose; melhora da estabilidade postural, reduzindo assim o risco de quedas, lesões e fraturas associadas; e incremento da flexibilidade e amplitude de movimento (MAZO *et al.*, 2009; CAVALLI; CAVALLI, 2011).

Em uma pesquisa realizada por Yoshiuchi *et al.* (2010) com idosos japoneses, ao associarem os níveis de AF diária entre os eventos estressantes, vivenciados no período de um ano, constataram que os eventos estressantes parecem estar associados com um baixo nível de AF, identificando o papel benéfico da mesma, levando em conta os aspectos psicológicos.

Cardoso *et al.* (2010) mostrou em seu estudo as contribuições positivas que a prática de AF regular, através de aulas de hidroginástica, pode proporcionar nas capacidades físicas de idosas, sobretudo na força. Neste estudo, participaram 20 idosas, com média de idade de $70,1 \pm 5,6$ anos, praticantes regulares de hidroginástica (duas vezes por semana), participantes do programa de atividades físicas do Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). As coletas de dados foram tomadas antes do início das aulas, na segunda semana de março de 2004 (início das atividades), após 36 semanas de intervenção, e após 12 semanas de destreino, na terceira semana de março de 2005. Os resultados mostraram que o grupo obteve um ganho de força nos membros superiores e inferiores no decorrer do período ($p < 0,001$).

Morgan, Tobar e Snyder (2010) realizaram um estudo sobre os benefícios do exercício físico à saúde. Onde contaram com a participação de 44 indivíduos com média de idade de $59,8 \pm 5,78$ anos, distribuídos aleatoriamente em dois grupos, um grupo experimental ($n=29$ sedentários) e um controle ($n=15$). Os autores concluíram que os indivíduos ao serem submetidos a 15 semanas de caminhada, destinados a realizarem diariamente 10.000 passos, obtiveram uma melhora no seu desempenho cardiovascular e na sua autoestima, além de influenciar positivamente no seu bem-estar psicológico.

Alguns autores ainda verificaram o papel da AF, relacionada a longevidade, (SUNDQUIST *et al.*, 2004; MANINI *et al.*, 2006; INOUE *et al.*, 2006), onde os

indivíduos que eram fisicamente ativos, tiveram menos risco de mortalidade pelos mesmos motivos dos fisicamente inativos.

Outras pesquisas buscaram identificar a relação entre a capacidade funcional e a prática de AF regular (CAWTON *et al.*, 2007; SHUMWAY-COOK *et al.*, 2007; MALM-BERG *et al.*, 2006; BOYLE *et al.*, 2007; PATEL *et al.*, 2006). Os estudos mostraram que quanto menos prática de AF no tempo livre se realiza maior será o risco de dificuldades na mobilidade de adultos e idosos.

Em um estudo realizado por Franchi *et al.* (2008), com idosos portadores de diabetes do tipo 2, os resultados apontaram que os idosos praticantes de AF apresentaram um maior grau de independência, levando em conta a capacidade funcional a partir das escalas de vida diária, do que os idosos não praticantes. Porém indicam que pode haver limitação nos resultados pelo fato da aferição da capacidade funcional ter sido feita por escalas auto referidas, podendo sofrer influências das funções cognitivas, cultura ou escolaridade.

Tal relação entre AF e capacidade funcional, se mostra muito pertinente, visto que, a prática de AF regular na terceira idade, deve ter por objetivo proporcionar aos idosos a autonomia necessária para que estes tenham um envelhecimento mais saudável, sem depender de outros para a realização de suas atividades diárias. Principalmente, pois se sabe que com o ingresso na terceira idade, indivíduos tem um acometimento psicológico e ao sentirem-se incapazes e dependentes, o seu bem estar fica comprometido.

Segundo a OMS (2002), conforme os indivíduos envelhecem, as doenças não transmissíveis (DNT) transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento. Estas enfermidades acabam sendo muito caras, tanto para os indivíduos, quanto para as famílias ou o Estado, pois geralmente demandam um alto custo com médicos e com o tratamento. Porém, a grande maioria destas pode ser evitada, ou pelo menos adiada. Desse modo, a prevenção acaba se transformando em uma alternativa mais barata e eficaz contra este tipo de enfermidade, fazendo da AF, através dos benefícios proporcionados, uma importante aliada neste processo.

Os benefícios das atividades físicas estão presentes nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pois, ao envelhecer, os idosos enfrentam problemas como solidão, ausência de objetivos de vida e de atividades ocupacionais, sociais, de lazer, artístico-culturais e físicas. A AF auxilia na sua reintegração na sociedade e melhora o seu bem-estar geral.

Atualmente existem recomendações quanto à prática de AF para idosos e segundo Nelson *et al.* (2007) e Pate *et al.* (1995), há quatro aspectos para que se tenha um envelhecimento saudável, deve-se seguir quatro principais aspectos relacionados à prática de AF:

- ✓ Prática de atividades aeróbicas com intensidade moderada por pelo menos 30 minutos diários durante cinco dias na semana.
- ✓ Realização de exercícios para o fortalecimento muscular, onde exercícios com peso realizados em uma série de 10-15 repetições. Além disso, de 8 a 10 exercícios que trabalhem os grandes grupos musculares de dois a três dias semanais não consecutivos.
- ✓ Realização de exercícios de flexibilidade, durante pelo menos 10 minutos, recrutando o maior grupo de músculos e tendões, por 10 a 30 segundos cada repetição. Além disso, devem ser realizadas de 3-4 repetições destes exercícios, em todos os dias que se realizarem atividades aeróbicas e de fortalecimento.
- ✓ Realização de exercícios que desenvolvam o equilíbrio, onde estes devem ser realizados três vezes na semana.

Apesar dos inúmeros benefícios da AF à saúde e à QV, ainda existe um número muito grande de indivíduos sedentários ou inativos fisicamente. Além disso, a literatura tem apontado uma associação inversa entre AF e estratos populacionais de idades mais avançadas (CORRÊA *et al.*, 2011).

Segundo Matsudo (2002), em uma pesquisa realizada no estado de São Paulo o nível de sedentarismo da população de vários estratos etários (15-29; 30-49; 50-69; acima de 70 anos) fica entre 5,4%-9,6%, um número representativo, levando em conta o tamanho da população de São Paulo/SP.

Avaliando ainda o nível de AF, porém agora levando em conta as atividades no lazer, um estudo de Giehl *et al.* (2012), na cidade de Florianópolis (SC), com 1656 indivíduos acima dos 60 anos, mostrou que a prevalência de AF no lazer foi de 29,7%; 35,6% entre os homens e 26,3% entre as mulheres.

No entanto, hábitos saudáveis sejam adotados, levando em conta a prática de AF regular, se torna necessária uma mudança no comportamento que leva em conta inúmeros fatores sociais, ambientais e culturais. Segundo Cavalli e Cavalli (2011), torna-se necessário o entendimento das barreiras físicas, psicológicas, reais e as percebidas, para a prática de AF. Assim, pode se compreender de maneira mais efetiva os reais motivos que impedem a entrada ou a permanência de indivíduos em programas voltados para o movimento.

Em um estudo realizado por Reichert *et al.* (2007) foram identificadas as seguintes barreiras à prática de AF: falta de dinheiro (40,3%), sensação de cansaço (38,1%), falta de companhia (32,2%), falta de tempo (31,5%), lesão/doença (23,2%), medo de se machucar (19,5%), não gosta (15,1%) e se sente muito velho (6,8%). Os autores ainda mostraram que as barreiras para a prática de AF eram mais prevalentes com o aumento da idade, diminuição do nível socioeconômico, pior percepção de saúde e menor nível de AF do indivíduo. Como conclusão apresentam que quanto maior o número de barreiras maior a prevalência de inatividade física dos participantes (CAVALLI e CAVALLI, 2011).

Sabendo das dificuldades em adotar um hábito de vida mais saudável, tratando da prática de AF, Martins (2000) adequou os estágios de mudança de comportamento do modelo transteorético, que inicialmente fora desenvolvido por Prochaska *et al.* (1992) conforme segue:

- ✓ *Estágio de pré-contemplação:* o indivíduo ainda não tem a intenção de modificar o comportamento em curto prazo e desconhece os benefícios ou as soluções dos problemas. É neste estágio que se encontram as maiores resistências;
- ✓ *Estágio de contemplação:* o indivíduo conhece o problema e sabe como resolvê-lo, mas não tem o compromisso com a prática efetiva;

- ✓ *Estágio de preparação*: o indivíduo realiza as atividades, porém sem regularidade, e percebem-se pequenas mudanças no seu comportamento;
- ✓ *Estágio de ação*: o indivíduo está empenhado em mudar e adquirir um estilo de vida ativo. Há muitas mudanças positivas, mas ainda não são permanentes, pois o tempo de prática é inferior a seis meses;
- ✓ *Estágio de manutenção*: o indivíduo acabou por incorporar a prática de AF em seu cotidiano, tornando-a um hábito. Seu tempo de prática nesse caso é superior a seis meses;

É importante destacar que mudança no comportamento é peculiar a cada indivíduo, e que barreiras na adoção de um estilo de vida mais saudável são enfrentadas e devem ser resolvidas de maneira individual. Dessa forma, os idosos devem receber incentivos para conseguir estar motivados a mudar, pois através dessa mudança terão subsídios para um envelhecimento mais saudável.

No entanto o processo de motivação, que leva os indivíduos a realizarem alguma atividade ou ação é bastante complexo, e varia de pessoa para pessoa. São muitos autores que buscaram entender e explicar tal processo, os quais algumas teorias são apresentadas a seguir. Desse modo, buscaremos sustentar teoricamente a busca pelo entendimento da motivação em idosos que praticam AF em um programa específico.

2.2. Motivação – Conceitos e Teorias

Para um melhor entendimento do contexto em que o presente trabalho se insere, torna-se necessária uma revisão dos conceitos relacionados à motivação, tanto a nível epistemológico do termo em si, quanto relacionado à prática de AF.

O termo motivação vem do latim, “*movere*” e significa mover, desse modo, a motivação refere-se à direção e persistência de se realizar determinada ação, sendo que a direção tem o poder de iniciar um comportamento ou determinada ação, e a persistência mantém esse comportamento (DOSIL, 2004).

Lieury & Fenouillet (2000), estabelecem que a motivação é um conjunto de mecanismos de ordem biológica e psicológica que possibilita o desencadear de uma

ação e uma orientação (representando a aproximação ou o afastamento perante a mesma). Dizem ainda que, quanto mais motiva a pessoa está, mais persistente e maior é a atividade.

Mininucci (1995), ainda caracteriza a motivação como uma força capaz de impulsionar o indivíduo para determinado objetivo. Além disso, ainda caracteriza essa força de forma positiva ou negativa, de acordo com o que ela pode proporcionar, onde a positiva leva o indivíduo à aproximar-se do estímulo e a negativa o afasta do mesmo.

Samulski (2002) explica que a motivação é um processo “ativo, intencional e dirigido à uma meta, na qual depende da interação de fatores pessoais e ambientais”. Além disso, para o autor este processo sofre interferência externa, do ambiente, o que ele chama de um fator extrínseco, e também influência pessoal, o que é chamado de fator intrínseco. Dessa forma, o processo de motivação acaba sendo próprio de cada indivíduo, o que nos possibilita caracterizar as pessoas mais motivadas e àquelas menos motivadas.

Alguns autores ainda explicam que para um maior entendimento da motivação é o seu caráter individual, onde a motivação de cada indivíduo se modifica constantemente, desse modo, é necessário o conhecimento dos diferentes tipos de motivação (de cada indivíduo), para que se possa utilizar estratégias de abordagens mais adequadas para cada indivíduo (DOSIL, 2004; FIORELLI, 2004).

Segundo Knijnik (2001), os seres humanos tendem a agir de acordo com as suas necessidades (motivações), sejam elas intrínsecas ou extrínsecas. Desse modo, a motivação aparece como um resultado de uma necessidade psicológica de cada um, sempre direcionada a um objetivo específico.

Existem várias teorias que estudam e tentam explicar o processo de motivação. Serão abordadas algumas destas teorias com o intuito de enriquecer a discussão teórica sobre o assunto. No entanto, a principal teoria abordada no presente estudo é a Teoria da Autodeterminação (TAD) de Deci e Ryan (1985), que sustenta um dos instrumentos utilizados na pesquisa.

- ✓ Teoria da hierarquia de necessidades de Maslow: Foi elaborada por Maslow (1954) e defende que as necessidades da motivação humana poderiam ser

organizadas numa hierarquia de cinco níveis básicos. O primeiro nível e mais periférico é o das necessidades fisiológicas que compreendem funções básicas de sobrevivência do ser humano (alimentação, sede, respiração, etc.). O segundo nível trata da necessidade de segurança e toda a estabilidade/proteção contra danos físicos e emocionais. O terceiro nível é o da necessidade de interação social e compreende valores como a necessidade de formar amizades e de companheirismo. O quarto nível trata da necessidade de estima, ou seja, dos valores de autonomia, desenvolvimento de amor e respeito próprios. O último e quinto nível, trata da necessidade de auto realização, onde se relaciona com a capacidade de realização do potencial pessoal, crescimento e autossatisfação (TADDIN, 2005; ROBBINS, 2002).

- ✓ Teoria da existência, crescimento e relacionamento: Na verdade foi desenvolvida a partir da Teoria de Maslow e uniu alguns níveis das necessidades da teoria anterior. Segundo Robbins (2002), as necessidades de existência contemplam os níveis de necessidades fisiológicas e segurança. Já a necessidade de relacionamento, comporta os componentes externos responsáveis pela necessidade de estima, e a necessidade de relacionamento é formada pelos agentes internos da necessidade de estima e pelas necessidades de auto realização.
- ✓ Teoria das necessidades socialmente adquiridas: Esta teoria desenvolvida por McClelland (1965) defende que as necessidades dos indivíduos provêm da cultura e da sociedade, ou seja, de alguma forma, cada indivíduo em algum momento da sua vida seria altamente influenciado por realização, poder ou afiliação (ROBBINS, 2002). A influência por realização diz respeito à necessidade que os indivíduos têm de fazer as coisas da melhor forma possível, ou seja, a busca por descoberta e soluções para problemas, além da atração por metas que sejam desafiadoras suficientemente para motivá-los a realizá-las. A necessidade por poder, caracteriza-se pelo desejo que os indivíduos têm de exercer influência sobre outros. Além disso, pelo desejo que as pessoas têm de desempenhar tarefas competitivas ou por “status” social. A última necessidade que é defendida pela teoria trata do desejo que cada

indivíduo tem de ser aceito pelos outros, ou seja, do quanto às pessoas se esforçam para fazer amizades e manter relacionamentos.

- ✓ Teoria geral da motivação humana de Nuttin: Segundo essa teoria criada por Nuttin (1985), indivíduo e ambiente atuam indissociados e totalmente dependentes, de modo que o ambiente só existe a partir dos significados atribuídos por cada indivíduo e o indivíduo somente se desenvolve a partir do que percebe no ambiente. A partir desta interação do indivíduo com o ambiente, que segundo ele, é contínua e dinâmica, fica assegurada a existência de ambos. Além disso, ela corresponde à base de acontecimentos e situações vividas pelo sujeito, mesmo quando o objeto da ação é ele mesmo. O autor ainda explica o comportamento humano, vêm de uma necessidade, representando a função da relação entre indivíduo e ambiente. E defende ainda que a necessidade (um construto formado por atividades cognitivas e pelo produto das experiências) é o principal agente que leva o indivíduo escolher um objetivo e formular um plano de ação (BALBINOTTI; BALBINOTTI, 2008).
- ✓ Teoria da significação motivacional e perspectiva futura de Lens: A partir dessa teoria, o indivíduo seria capaz de alcançar resultados futuros a partir de uma ação no presente. Segundo Lens (1993), o indivíduo é capaz de desenvolver um comportamento, orientado para o alcance de objetivos em diferentes espaços de tempo. Ele ainda diz que o alcance dos objetivos, no que tange sua dimensão temporal vai depender das características de cada pessoa, e ainda ressalta que o tempo, nesse caso, não é levado em conta cronologicamente, mas sim sob uma ótica motivacional e um agente capaz de interferir em tal processo. O autor ainda ressalta o fato de que aqueles indivíduos que possuem uma perspectiva futura maior têm mais facilidade para alcançar seus objetivos, desse modo, interferindo na sua aquisição de comportamentos, revelando um resultado em longo prazo (BALBINOTTI; BALBINOTTI, 2008).
- ✓ Teoria da motivação e representação de si mesmo de Ruel: Segundo essa teoria desenvolvida por Ruel (1987), baseada na teoria da motivação humana

de Nuttin, a relação entre ambiente e indivíduo surge a partir do momento em que a necessidade acaba se tornando um objeto/alvo. Para o autor, o que motiva um indivíduo a alcançar um objetivo, ou modificar um comportamento são as suas próprias percepções afetivas e cognitivas, e àquelas relacionadas ao ambiente. Em outras palavras, a “vontade” motiva o indivíduo. Além disso, ele explica que o sujeito analisa todas as possibilidades, principalmente às relacionadas com seu potencial e capacidades para o alcance de algum objetivo, e quanto melhor for a representação própria do indivíduo, mais fácil será o alcance da meta e mais motivado o sujeito se torna (BALBINOTTI; BALBINOTTI, 2008).

2.2.1. Teoria da Autodeterminação (TAD)

Atualmente, talvez seja a teoria relacionada ao processo motivacional que mais tem sido estudada. Vários estudos buscaram explicar o processo motivacional sob a ótica dessa teoria (referências de estudos que utilizaram a teoria da autodeterminação). Esta teoria que leva em conta fatores sócio cognitivos foi desenvolvida por Deci e Ryan (1985) e vai servir de base para o presente estudo. Além disso, segundo Balbinotti (2011), ela serviu de base teórica para a criação do Inventário à Prática Regular de Atividade Física e Esportiva (IMPRAFE-132), a ser utilizado na presente pesquisa.

Ela procura entender o processo de desenvolvimento e funcionamento da personalidade em contextos sociais, mas principalmente, as causas e consequências do comportamento autodeterminado (PIRES *et al.*, 2010). Os autores explicam que a motivação de cada indivíduo não está diretamente relacionada ao comportamento social (envolvimento, etc.) de cada pessoa, na verdade este é mediado por outras três necessidades básicas e fundamentais propostas pela teoria: a necessidade de autonomia, a necessidade de competência e a necessidade de relacionar-se ou estabelecer vínculos.

A necessidade de autonomia refere-se à capacidade de cada indivíduo em tomar decisões ou controlar as suas próprias ações, onde aqueles que possuem essa capacidade apresentam-se mais motivados do que aqueles que sofrem influências

externas no que tange o controle/tomada de decisões (PIRES *et al.*, 2010; RYAN; DECI, 2000; DECI; RYAN, 2000; RYAN; DECI, 2006).

A necessidade de competência se refere à capacidade do indivíduo em interagir com o ambiente, mais especificamente à sua eficácia nessa interação, onde aqueles indivíduos que forem mais capazes, ou que pelo menos, possam sentir-se mais eficientes apresentarão uma maior motivação do que os demais (PIRES *et al.*, 2010; RYAN; DECI, 2000; DECI; RYAN, 2000; RYAN; DECI, 2006).

Já a necessidade de relacionamento, diz respeito à capacidade dos indivíduos em desenvolverem relações interpessoais, como forma de comportamento na direção de um objetivo, onde aqueles capazes de interagirem com outras pessoas, acabam sendo mais motivados do que os demais. Além disso, quando o sujeito consegue satisfazer estas três necessidades, se torna mais motivado, ou seja, segundo a teoria, autodeterminado e capaz de controlar seu comportamento (PIRES *et al.*, 2010; RYAN; DECI, 2000; DECI; RYAN, 2000; RYAN; DECI, 2006).

A teoria ainda define outros tipos de motivação, que afetam o comportamento dos indivíduos e tem influência direta no desenvolvimento de um comportamento autodeterminado.

A motivação intrínseca, talvez seja a mais importante de todas neste sentido, pois é aquela onde o indivíduo realiza a atividade/ação por vontade própria, ou seja, para a própria satisfação, e qualquer interferência externa fica em segundo plano, para aqueles indivíduos com um nível satisfatório de tal motivação (RYAN; DECI, 2000; GONÇALVES, 2011).

Outro tipo de motivação apresentado pela teoria é a motivação extrínseca, que é aquela aonde o principal agente motivador, não vem do próprio indivíduo, ele é externo (RYAN; DECI, 2000; GONÇALVES, 2011; RYAN; DECI, 2006). Este tipo de motivação ainda acaba por se subdividir em outros tipos:

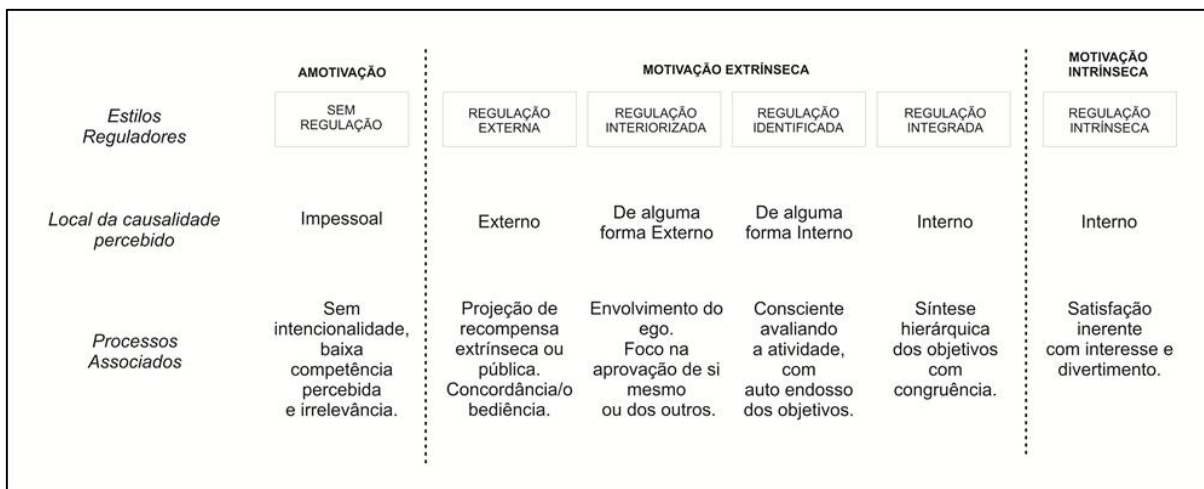
- ✓ *Regulação externa*: quando o comportamento se relaciona com uma premiação material;
- ✓ *Introjeção*: quando as expectativas de outros indivíduos são priorizadas ao invés das próprias;

- ✓ *Identificação*: quando a ação é percebida como benéfica pelo indivíduo, porém não é seu desejo realizá-la;
- ✓ *Integração*: quando o indivíduo aceita a ação como benéfica e útil para si a ponto de representar um motivo para o seu comportamento (RYAN; DECI, 2000; GONÇALVES, 2011).

A teoria ainda explica a ausência de motivação intrínseca ou extrínseca – a amotivação, como o estado em que o indivíduo não demonstra interesse na realização de ações/atividades (RYAN; DECI, 2000; GONÇALVES, 2011). Todos estes tipos de motivação e a interferência no comportamento humano podem ser explicados através de um continuum motivacional, conforme mostra a Figura 1.

A primeira linha da figura traz os estilos reguladores, em outras palavras, os tipos de motivação abordados na teoria. Na segunda linha estão os processos associados aos tipos de estilos, ou seja, o que se percebe no comportamento de cada indivíduo. Na última linha está o local da causalidade, ou seja, o quão próximo do indivíduo está a necessidade de realização das ações. No extremo esquerdo da teoria está a ausência da motivação, passando pela motivação extrínseca e suas subdivisões, chegando à motivação intrínseca, desse modo, o sujeito torna-se mais autodeterminado (e por consequência mais motivado), na medida em que se aproxima das formas extrínsecas de motivação.

Segundo Deci e Ryan (2000), quando os sujeitos conseguem regular seu comportamento para formas de motivação intrínseca ou para motivação extrínseca identificada, tendem a realizar ações/atividades de forma mais autodeterminada, estando mais motivados a alcançar seus objetivos.

Figura 1 – Taxionomia da motivação humana

Adaptado de: Ryan; Deci (2000) citado por Gonçalves (2011).

Contudo, é preciso relacionar todas estas teorias apresentadas no contexto da prática de AF, sobretudo na terceira idade. Apesar de se tratar de teorias diferentes, elas têm algo em comum, o fato de tratar dos aspectos sociais que permeiam o processo de motivação. Um aspecto abordado em algumas teorias apresentadas aqui, diz respeito ao importante papel que cada indivíduo possui dentro do processo motivacional, onde aqueles que possuem um sentimento de auto eficácia mais desenvolvido apresentará maiores níveis de motivação. Outras mencionaram a necessidade de interação social dos indivíduos e o quanto a capacidade de se relacionar interfere na realização de ações para objetivos específicos. No que tange a prática de AF, o que se busca principalmente é a aquisição de hábitos saudáveis e muitas vezes são necessárias mudanças no comportamento de cada pessoa.

Nesse sentido, entender o processo motivacional torna-se essencial, pois com as ferramentas certas, é possível proporcionar a mudança comportamental. E quando se leva em conta os idosos, tal entendimento é mais importante ainda, pois o processo de envelhecimento provoca modificações, tanto de ordem física quanto psicológica, e sabe-se que as barreiras encontradas para a prática de AF na terceira idade são maiores do que em qualquer outra faixa etária, como já citado anteriormente.

Relacionando a teoria motivacional que é base deste estudo – a TAD, com a prática de AF e os idosos, podemos dizer que, quanto mais motivados intrinsecamente

e mais autodeterminados estes indivíduos forem, mas facilmente ocorrerá a adoção de hábitos saudáveis. Desse modo, permanecerão por mais tempo engajados em programas de AF, adotando um estilo de vida mais saudável, o que contribuirá para um envelhecimento mais saudável destas pessoas.

2.2.2. Estudos relacionados à motivação para a prática de AF

Assim como na temática da QV, foi realizada uma busca na literatura a fim de buscar embasamento teórico, através de estudos realizados, envolvendo a motivação para a prática de AF entre idosos. O resumo dos artigos encontrados é apresentado no Quadro 1, que contempla informações de autoria, ano de publicação, local de realização, delineamento do estudo, instrumentos utilizados e informações sobre a amostra. O agrupamento dos estudos foi feito de acordo com seu local de realização, buscando compreender a realidade de diferentes localidades.

Quadro 1 – Resumo dos estudos relacionados à motivação

AUTORES (ANO)	PAÍS DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO* (DELINEMENTO)	INSTRUMENTO	AMOSTRA
<i>Rocha et al. (2011)</i>	Brasil	Transversal e Descritivo	Próprio	42 idosos**
<i>Gobbi et al. (2008)</i>	Brasil	Não Informado	MEEM; EMC; BPAF	30 idosos**
<i>Brazão et al. (2009)</i>	Brasil	Não Informado	EMC; BPAF	79 idosos**
<i>Mazo et al. (2010)</i>	Brasil	Não Informado	IMPRAFE-126	42 idosos**
<i>Meurer et al. (2011)</i>	Brasil	Não Informado	IMPRAFE-126; Escala de Rosenberg; Bateria da AAHPERD.	111 idosos**
<i>Pereira; Okuma (2009)</i>	Brasil	Não Informado	Próprio	54 idosos**
<i>Ribeiro (2011)</i>	Brasil	Não Informado	Motivação para a AF	48 idosos**
<i>Cardoso et al. (2008)</i>	Brasil	Não Informado	Entrevista semiestruturada	16 idosos**

<i>Okuma et al. (2007)</i>	Brasil	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	21 idosos**
<i>Gomes; Zazá (2009)</i>	Brasil	Não Informado	Próprio	40 idosas**
<i>Thøgersen-Ntoumani (2009)</i>	Grécia	Não Informado	EMC; Escala de Courneya	301 idosos**
<i>Vlachopoulos; Gigoudi (2008)</i>	Grécia	Não Informado	Escala de amotivação (ATES); Escala de Competência para o exercício; Escala de atitude perante o exercício; Escala de envolvimento com o exercício.	250 idosos**
<i>Moschny et al. (2011)</i>	Alemanha	Transversal	Próprio	1937 idosos**
<i>Hill et al. (2011)</i>	Austrália	Prospectivo Observacional	Próprio	343 idosos**
<i>Kontos et al. (2007)</i>	Canadá	Qualitativo	Próprio	18 idosos**
<i>So; Pierluissi (2012)</i>	Estados Unidos	Qualitativo	Entrevistas semiestruturadas	28 idosos***
<i>Haley; Andel (2010)</i>	Estados Unidos	Não Informado	Escala de depressão (CESD-11); IMC; Questionário próprio.	600 idosos**

*De acordo com o que foi exposto na metodologia do artigo; **60 anos; ***65 anos ou mais.

Muitos são os motivos que levam os idosos à adesão em um programa de AF, orientação médica, melhoria da QV e bem-estar, aumento do convívio com outras pessoas, etc. Alguns estudos procuraram identificar ou elencar estes motivos (HILL *et al.*, 2011; SO; PIERLUISSI, 2012; OKUMA *et al.*, 2007; VLACHOPOULOS; GIGOUDI, 2008; KONTOS *et al.*, 2007; THØGERSEN-NTOUMANI *et al.*, 2009; PEREIRA; OKUMA, 2009), ou ainda, elencar os motivos que fazem estes idosos permanecerem em um programa de AF, especificamente (HALEY; ANDEL, 2010), outros ainda avaliaram a desistência (CARDOSO *et al.*, 2008).

No entanto ainda se sabe que existem inúmeras barreiras à prática de AF entre os indivíduos da terceira idade, que atuam de forma negativa na adoção de hábitos saudáveis e impedem que estes indivíduos ingressem e/ou permaneçam em um programa de AF.

No estudo de Gobbi *et al.* (2008), os autores buscaram identificar as barreiras percebidas por idosos institucionalizados em relação à prática de AF regular, além dos estágios da mudança de comportamentos, ou seja, a transição de um comportamento sedentário para o ativo. Para isso, foram aplicados o mini exame do estado mental (MEEM), verificando os déficits cognitivos dos idosos, além do questionário sobre a mudança de comportamento (EMC) e um questionário de barreiras para a prática de AF (BPAF) em idosos. A amostra foi composta por 30 idosos (11 homens e 19 mulheres) residentes da maior instituição geriátrica da cidade de Rio Claro/SP, com idade média de $75,3 \pm 7,7$ anos. Os resultados mostraram que, a grande maioria dos indivíduos, no que tange a mudança de comportamento, situa-se no estágio de pré-contemplação (56%), ou seja, não pratica AF e também não pretende praticar pelos próximos seis meses. Com relação às barreiras percebidas para a prática, a grande maioria indicou os motivos principais relacionados à doença, segurança no ambiente ou dinheiro. Desse modo, há uma alta percepção de falta de segurança durante a prática de AF, além de uma alta incapacidade para a prática devido à lesões/doenças. Quando divididas as barreiras por domínios, percebe-se que àquelas referentes ao ambiente são as que tiveram maior média em comparação a outras motivacionais, relacionadas à saúde ou relacionadas à personalidade, por exemplo.

Em outro estudo, este realizado por Moschny *et al.* (2011), com uma coorte da Alemanha (getABI), onde foram entrevistados 1937 idosos (idade média de 77 anos) de ambos os sexos, o objetivo foi analisar as barreiras para a prática de AF, comparando os resultados por gênero e grupos etários. De todos os indivíduos entrevistados, 321 indicaram ser insuficientemente ativos, e foram o principal objeto de estudo, pois estes responderam à um questionário sobre as barreiras encontradas para a prática de AF. Os resultados mostraram que as barreiras mais citadas foram a saúde “pobre” (57,7%), neste caso, problemas relacionados à saúde, seguida pela falta de companhia (43,0%), falta de interesse (36,7%), falta de oportunidades para esportes ou atividades de lazer (30,3%) e falta de transporte (29,0%). Com relação às barreiras citadas de acordo com o sexo, entre as mulheres, as mais citadas foram a saúde “pobre”, tanto entre as idosas abaixo dos 80 anos quanto entre as idosas acima dessa faixa etária (55,8% e 65,9%, respectivamente).

Entre os homens, a saúde “pobre”, também foi citada pela maioria como principal barreira para a prática de AF, tanto entre aqueles acima dos 80 anos, quanto entre aqueles abaixo dessa faixa etária (75,5% e 46,7%, respectivamente). Houve diferenças estatisticamente significativas quando comparados os grupos pela idade na barreira relacionada à saúde, ($p < 0,05$), onde os indivíduos mais velhos relataram a saúde “pobre” como principal barreira à prática de AF. Além disso, quando comparados o gênero, as barreiras de falta de transporte e falta de oportunidades, foram percebidas em maior frequência pelas mulheres do que pelos homens com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$ e $p < 0,05$, respectivamente). O estudo mostra diferenças entre homens e mulheres e entre idosos de diferentes faixas etárias quanto às barreiras para a prática de AF, e conhecer estas diferenças pode proporcionar o direcionamento de estratégias específicas aos interesses e necessidades deste grupo.

Brazão *et al.* (2009), realizou um estudo onde buscou identificar a prevalência dos estágios da mudança de comportamento e as barreiras percebidas à prática de AF entre idosos, com idade de 60 a 88 anos, de uma cidade de médio porte no estado de São Paulo. A amostra foi selecionada de forma estratificada e aleatória, dentro de cada setor censitário, correspondendo a 10% da população idosa masculina e 10% da população idosa feminina de dois bairros da cidade. Como instrumentos de coleta,

os indivíduos participantes do estudo responderam um questionário sobre as barreiras à prática de AF e um sobre os estágios da mudança de comportamento relacionado à AF. Com relação aos estágios da mudança de comportamento, mais da metade dos indivíduos participantes da pesquisa (50,6%), está no estágio de pré-contemplação, ou seja, não pratica e nem pretende praticar AF nos próximos seis meses. Considerando os indivíduos que eram ativos (estágios de ação e manutenção) e sedentários (pré-contemplação, contemplação e preparação), observa-se que as mulheres eram mais sedentárias do que os homens (65% e 57%, respectivamente) e por consequência, os homens eram mais ativos que as mulheres (43% contra 35%, respectivamente), porém sem diferença estatística entre os grupos.

No que tange as barreiras percebidas para a prática de AF, as mais citadas foram: já serem ativos (69,6%); doença ou lesão (54,4%); se sentirem velhos demais (53,3%); necessidade de descanso (51,9%). Quando comparadas as barreiras por gênero, houve diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) entre homens e mulheres na barreira “medo de cair” e na barreira “falta de segurança”, onde um percentual maior de mulheres (58,7% e 52,2%, respectivamente) percebeu essas barreiras em relação aos homens (36,4% e 30,3%, respectivamente). Como conclusão, os autores indicaram que uma grande parcela dos idosos ainda continua inativa. Além disso, existem semelhanças entre as barreiras percebidas por homens e mulheres, porém com diferença em relação às mulheres no que diz respeito à segurança para a prática de AF. Sugere-se a criação de mais programas que possam proporcionar a este grupo populacional, a segurança necessária para aderência à AF, e a realização de mais estudos que possam identificar a realidade das demais cidades brasileiras.

Apesar das inúmeras barreiras que limitam à participação dos indivíduos em um programa de AF, sobretudo os idosos, existem inúmeras outras razões que fazem com que estes indivíduos ingressem em um programa de AF orientada. Alguns estudos verificaram estes motivos de adesão à programas de AF, e abordaremos alguns deles neste tópico.

Em um estudo realizado por Gomes & Zazá (2009), as autoras buscaram identificar os motivos que levaram idosos de dois grupos de convivência de Minas Gerais/MG, a praticarem AF. Participaram do estudo 40 mulheres (20 da cidade de Belo Horizonte e 20 da cidade de Betim), praticantes de AF há pelo menos seis meses.

Como instrumento foi utilizado um questionário adaptado, para coletar informações sócio-demográficas e sobre a importância, dos motivos de adesão para a prática de AF. Os resultados mostraram que entre os principais motivos que levaram às idosas a praticarem AF, foram: melhorar ou manter o estado de saúde (92,5%); aumentar o contato social (85%); prevenir doenças (85%), aprender novas atividades (82,5%) e aumento da autoestima (82,5%). Além disso, os motivos que apareceram com menor frequência foram: emagrecer (37,5%); melhorar a qualidade do sono (20%) e reduzir o nível de estresse (17,5%). Como conclusão as autoras sugerem que os motivos relacionados à manutenção da saúde ou prevenção de doenças, são os mais importantes para as mulheres no que diz respeito à adesão em um programa de AF. Além disso, motivos relacionados à participação social e relacionamentos, também se tornam importantes nesse processo.

No estudo realizado por Rocha *et al.* (2011), os resultados foram bastante semelhantes. A amostra foi composta por 42 idosos de ambos os sexos, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Itabuna/BA. Como instrumento foi utilizado um questionário elaborado pelos pesquisadores, com o objetivo de analisar os motivos para a prática de AF regular. A grande maioria dos indivíduos possuíam uma baixa condição socioeconômica (classes C ou D) e nível de escolaridade (1º Grau – completo ou incompleto). Além disso, a maioria alegou ter uma percepção da sua saúde nem ruim nem boa (50%). Quanto aos motivos alegados para a prática de AF, os resultados mostraram que os principais foram: saúde (20%) e aptidão física (18%), e os menos representativos foram harmonia (10%) e controle de peso (11%). Com relação à importância dos motivos citados, os resultados mostraram que todos os idosos consideraram a saúde como extremamente importante na adesão para a prática de AF e a aptidão física a grande maioria dos idosos indicou ser extremamente importante (94%) pelo mesmo motivo. A partir da análise dos resultados do referido estudo, observa-se uma semelhança com o estudo de Gomes & Zazá (2009), onde a saúde atua como um importante motivador/incentivador na adesão de idosos à programas de promoção de saúde e prática de AF.

Na mesma linha de estudo, Ribeiro (2011), desenvolveu um estudo em Belo Horizonte/MG, onde avaliou os motivos para a prática de AF entre 48 idosos de ambos

os sexos, participantes de um programa voltado à terceira idade. O autor avaliou a motivação para a prática de AF através de um questionário que abordava três dimensões (fisiológica, psicológica e social). Os resultados mostraram uma diferença em comparação com os outros apresentados. A atenção à saúde ficou em segundo plano quando comparada à outros motivos apresentados, pois o motivo mais importante citado, diz respeito ao interesse pela AF que está praticando, este relacionado com o domínio psicológico do questionário. Os motivos menos importantes citados dizem respeito à parte fisiológica ou psicológica, e são eles: diminuir o estresse do trabalho; aconselhamento médico, retardar o envelhecimento ou emagrecer, o que mostra uma diferença em relação aos outros estudos citados (ROCHA *et al.*, 2011; GOMES & ZAZÁ, 2009). Mais uma vez os autores mostraram as diferenças existentes entre os idosos no que diz respeito aos motivos que os fazem ingressar em um programa de AF, e ressaltam a importância da realização de um trabalho direcionado e específico aos interesses deste grupo, para o aumento da adesão à prática de AF.

No entanto, apesar de conhecer os motivos que levam idosos a aderirem e permanecerem em programas de AF voltados para esta faixa etária, ainda existe muita resistência deste grupo no que diz respeito à adoção de um estilo de vida ativo. Levando em consideração a teoria base deste estudo – a Teoria da autodeterminação, esta tem sido relacionada à prática de AF e esporte, contudo, quando analisamos a terceira idade, estes estudos ainda são escassos.

Partindo da premissa que o principal fator que leva o indivíduo a ingressar (ou permanecer) em uma atividade, segundo a TAD, é a autodeterminação, fomentada pela motivação intrínseca, é que apresentamos dois estudos-chave realizados envolvendo a motivação para a prática de AF entre idosos, segundo a TAD.

O primeiro estudo que apresentamos foi realizado por Mazo *et al.* (2010), realizados com 42 idosos de ambos os sexos iniciantes no programa Floripa Ativa – Fase B (que trata da prevenção secundária e terciária a partir da prática de AF). Como instrumento as autoras utilizaram o Inventário de Atividade Física (IMPRAFE-54), que mede a motivação para a AF ou esportiva sob seis fatores (domínios): controle de estresse, saúde, sociabilidade, competitividade, estética e prazer.

Os resultados indicaram que o fator com maior média entre todos foi o da Saúde (35,98), seguido pelo do Prazer (33,68), Sociabilidade (33,63), Controle de Estresse (30,56), Estética, (27,59) e Competitividade (19,07). Além disso, as autoras ainda compararam os três fatores com médias mais altas, (dividindo-os como motivação baixa, média e alta) de acordo com o sexo. Entre os homens, nenhum deles apresentou um índice de motivação baixa. Porém entre as mulheres, a maioria delas (35,4%), apresentou uma motivação baixa no domínio prazer. O domínio que apresentou maior índice de motivação entre os homens foi o da Sociabilidade (77,8%), enquanto que entre as mulheres foi o da Saúde (33,3%). Houve diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres quando comparadas as médias dos domínios saúde e sociabilidade ($p=0,03$), onde os homens apresentaram maiores médias do que as mulheres.

Como conclusões, o estudo nos traz respostas importantes, pois identificou uma maior motivação dos homens em relação às mulheres. Além disso, ficou evidenciado mais uma vez o papel da AF relacionada à saúde pelos participantes do estudo, porém, ainda houve o acréscimo de mais duas variáveis, o prazer e a sociabilidade. Desse modo, o gosto pela prática atua como um grande incentivador/motivador da adesão ao programa e o convívio social também interfere positivamente neste processo. Alguns idosos ainda se situam na categoria referente à motivação alta, e os fatores relacionados à essa motivação, são, sobretudo, intrínsecos, o que sob a TAD, são os mais benéficos na adoção e manutenção de um hábito.

O segundo estudo que destacamos foi realizado por Meurer *et al.* (2011), onde as autoras se embasaram na TAD para a realização do mesmo. Foram utilizados 111 idosos, também participantes do Programa Floripa Ativa – Fase B, na cidade de Florianópolis/SC. Para a coleta, as autoras utilizaram a Escala de Autoestima de Rosenberg, o Inventário de motivação para a prática regular de atividades físicas (IMPRAFE-126), e a Bateria para a avaliação funcional da AAHPERD (onde os idosos foram classificados como adequados ou inadequados, de acordo com os escores na bateria).

Os resultados mostraram que, quando comparados os escores de autoestima em relação à presença de doenças e ao tempo de participação no programa, foram

encontradas diferenças significativas ($p < 0,01$ e $p < 0,04$; respectivamente), onde aqueles idosos com doenças apresentaram menor média (35,46) do que aqueles sem doença (38,07). Àqueles que participavam há mais de um ano do programa, apresentaram menor média de autoestima do que aqueles com tempo inferior de participação. Quando comparados os escores de capacidade funcional, entre os idosos que participam do programa há mais de um ano, estes apresentaram um escore maior (262,34) do que aqueles que participam há menos tempo (221,62), com diferença significativa ($p = 0,03$) entre as médias. No que diz respeito especificamente à motivação para a prática de AF de acordo com o IMPRAFE, os resultados foram divididos como motivação alta, média e baixa. O domínio da estética é o que menos motiva os idosos a participarem do programa, pois apresentou a maior ocorrência no que tange à motivação baixa (36,9%). Os domínios da sociabilidade e da saúde foram àqueles que mais motivam os idosos, pois a grande maioria dos idosos apresentou uma motivação alta quando considerados estes domínios (64,9% e 56,8%, respectivamente). Foi verificada ainda a correlação entre os domínios motivacionais e a autoestima, porém esta foi baixa e não significativa.

O estudo mostrou que aqueles idosos engajados em programas de AF apresentam vantagens em relação aos que não participam no que diz respeito à capacidade funcional e autoestima. Além disso, mostrou semelhanças no que diz respeito à motivação com outros estudos citados, onde a saúde ainda é o principal agente motivador de ingresso e permanência de idosos em um programa de AF. Não houve uma relação clara entre a autoestima e a motivação, apenas uma tendência de associação entre a autoestima e a motivação. Porém a alta motivação encontrada em alguns domínios pode influenciar na permanência destes idosos em um programa de AF, o que por consequência, pode influenciar em outras variáveis.

Por fim, analisando todos os estudos apresentados neste tópico, podemos perceber que existe uma forte relação entre a participação nos programas de AF com a manutenção do estado de saúde ou à prevenção de doenças. Podemos identificar ainda, que o convívio social e os relacionamentos proporcionados pela participação nos programas desenvolvidos para a terceira idade também influenciam positivamente neste processo motivacional. Além disso, em um processo contínuo, aqueles indivíduos mais motivados (principalmente intrinsecamente) e que conhecem os

benefícios que a prática de AF pode proporcionar, tendem a participar ou permanecer mais em uma atividade, neste caso, programas de AF.

No entanto, ainda é preciso conhecer mais o que motiva os idosos, a praticarem AF, e como ocorre o este processo motivacional, sobretudo em relação à TAD, pois sabemos que quando a motivação é interna (intrínseca), o comportamento tende a perdurar por mais tempo. Assim, ao conhecer a maneira correta de motivá-los, poderemos elaborar estratégias (programas) que abordem questões específicas e pertinentes para a realidade de cada um. Desse modo, um maior número de idosos pode ser atendido por estes programas, contribuindo para seu envelhecimento de maneira mais saudável e com melhor QV.

2.3. Qualidade de vida e envelhecimento

Ao longo do tempo, percebe-se um crescimento acerca da discussão sobre o termo “qualidade de vida”, sobretudo na sua relação com a promoção de saúde. Porém a discussão é bastante variada, devido às diferentes conceituações atribuídas ao mesmo.

A primeira vez que se ouviu falar na expressão “qualidade de vida”, foi em 1964, através do presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson declarando que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas" (MAZO, 2008, p. 14).

Nos anos 30 e 40, mediante o grande avanço industrial ao qual o mundo passava, principalmente após a II Guerra Mundial, o conceito de QV esteve intimamente ligado ao poder de compra dos indivíduos, tendo um caráter meramente econômico, onde aqueles com maior poder aquisitivo possuíam uma melhor QV do que os demais. Este tipo de parâmetro acabava por comparar o desenvolvimento econômico de cidades e países e não levava em conta a capacidade de cada indivíduo isoladamente (MAZO, 2008).

Porém a partir da década de 60, percebeu-se a necessidade de avaliar a percepção de cada indivíduo a respeito da QV, tratando assim de suas próprias experiências e as consequências que as mesmas acarretariam para sua vida. Desse

modo, passou-se a utilizar uma abordagem mais sociológica do conceito, e a abordagem mais econômica que leva em questão principalmente a posse de bens materiais, recebeu menos destaque (SETIÉN, 1993).

Considerando a subjetividade do conceito, o grupo de especialistas em qualidade de vida da OMS – The WHOQOL Group, em 1994, definiu a QV como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive, e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (MAZO, 2008, p.21). No entanto, os participantes deste grupo afirmam que ainda não há uma definição consensual para o conceito de QV, porém há uma concordância entre os pesquisadores da área em alguns aspectos e características do mesmo:

- ✓ *Subjetividade*: tem-se reconhecido que o conceito é subjetivo, pois há condições externas às pessoas, presentes no meio e nas condições de vida e de trabalho, que influenciam a QV das mesmas;
- ✓ *Multidimensionalidade*: tem como base o termo “vida”. Considerando que a vida compreende múltiplas facetas e dimensões, e refere-se a um conjunto complexo que se tem de levar em conta quando se define e mede a QV. Dada a multiplicidade de aspectos da vida, reconhece-se a necessidade de explicar as suas dimensões.
- ✓ *Bipolaridade*: o conceito possui dimensões positivas e negativas, dessa forma qualquer avaliação da QV deve incluir dimensões positivas e negativas, enfatizando as percepções dos indivíduos acerca de tais dimensões.
- ✓ *Mutabilidade*: a avaliação da QV pode mudar com o tempo, pessoa, lugar ou contexto cultural onde se inserem. E essa característica aumenta a dificuldade de avaliação (MAZO, 2008).

Rolim (2005) ainda explica a QV, dividindo-a em dois grandes aspectos, o funcional e do bem-estar. Dentro do aspecto funcional estão presentes, as capacidades físicas, as capacidades cognitivas, as atividades de vida diária e auto avaliação do estado de saúde. Já o aspecto do bem-estar contém o bem-estar corporal, o bem-estar emocional, o autoconceito e a percepção global de bem-estar.

O termo QV também recebe inúmeras interpretações no que se refere aos idosos, pois para Diogo *et al.* (2006) uma boa QV para este grupo pode ser interpretada como o fato de se sentirem melhores, conseguirem cumprir com suas funções diárias adequadamente e conseguirem viver de uma forma independente.

Desse modo percebe-se que outros aspectos compõem a percepção da QV dos indivíduos, que vão além da parte física, pois a parte psicológica e o que o indivíduo espera de si mesmo também são fatores a serem considerados. Fatores socioeconômicos e demográficos podem influenciar positivamente na QV do indivíduo, na medida em que este pode ter mais acesso à informação ou possui uma condição de vida privilegiada, onde a moradia é adequada, possuem boas condições de saneamento, segurança, transporte, acesso a médicos de qualidade, entre outros. Por outro lado, aqueles indivíduos que não tem boas condições de vida, terão uma percepção negativa acerca de sua QV.

O consenso dos pesquisadores é de que condições externas aos indivíduos influenciam de maneira positiva ou negativa na sua percepção da QV, e no caso dos idosos, devemos considerar ainda os fatores socioculturais e biológicos que permeiam o processo de envelhecimento, considerando estes como agentes modificadores da percepção (PEREIRA *et al.*, 2006).

No entanto o conceito de QV não aparece isolado nas publicações acerca do assunto, sempre vem acompanhado do termo promoção de saúde, mostrando uma relação entre esses termos. De acordo com a Carta de Ottawa promoção de saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua QV e saúde, incluindo uma maior participação neste processo (WHO, 1986).

Buss (2000) diz que, a saúde é caracterizada, em uma forma moderna, como um produto de fatores relacionados com a QV, que incluem uma alimentação, saneamento e habitação adequados, boas condições de trabalho, oportunidades de educação no decorrer da vida, um estilo de vida responsável um ambiente físico limpo e cuidados adequados com a saúde.

Para a melhor compreensão do termo QV, deve-se diferenciá-lo do estado de saúde por meio de três dimensões principais: saúde mental, função física e função

social. Para o estado de saúde, o fator mais importante é a função física, já para a QV os outros fatores também devem ser considerados (PIMENTA, 2008).

Dessa forma, neste trabalho, levaremos em consideração um conceito mais amplo do termo QV, entendendo que este, pode estar relacionado ao estado de saúde de cada indivíduo, porém, é permeado por outros fatores de ordem biológica, social, cultural e econômica, o que justifica a sua subjetividade, onde cada um tem sua própria percepção do conceito.

2.3.1. Qualidade de vida no contexto da OMS

Tomaremos por base os estudos do grupo de qualidade de vida, onde o termo QV é considerado algo amplo, composto por diferentes domínios capazes de interferir na percepção de cada indivíduo. Segundo Fleck (1999), os domínios que compreendem a percepção da QV são: o físico, o psicológico, o das relações sociais e do meio-ambiente. E dentro de cada um deles existem subdomínios que podem efetuar interferência em todo o processo de avaliação da QV pelos indivíduos. É importante a identificação de todas as variáveis que estão presentes em cada domínio, para que haja um entendimento maior acerca da QV da população idosa.

No caso dos idosos, a partir das mudanças impostas pelo processo de envelhecimento, devemos considerar tais domínios e a interferência dos mesmos na percepção da QV. Dentro do domínio físico, estão presentes todas as capacidades que os indivíduos necessitam realizar nas suas atividades diárias, compreendendo a capacidade funcional.

O processo de envelhecimento produz inúmeras mudanças físicas nos indivíduos, e uma dessas mudanças é o declínio da capacidade funcional, ou seja, a sua capacidade de realizar as tarefas cotidianas sem comprometimento ou ajuda de outros. A partir dessa dificuldade na realização de suas próprias tarefas, os idosos podem ter uma interferência negativa em seu domínio psicológico, na medida em que acabam por perder sua autonomia, e por sentirem-se incapazes, fator que influencia na percepção de bem-estar e QV (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

No domínio psicológico, estão presentes todos os sentimentos dos indivíduos, relacionados à sua vida e suas aspirações para a mesma, bem como, sentimentos positivos e negativos além de sua autoestima (MAZO, 2008). Como citado anteriormente, o processo de envelhecimento, impõe aos indivíduos uma série de mudanças físicas e comportamentais. Os indivíduos tornam-se mais dependentes, devido à diminuição na sua capacidade funcional, proporcionando em alguns casos baixa autoestima e um autoconceito negativo. Devido a isso, alguns idosos passam a se isolar, por não sentirem-se mais úteis e participantes da sociedade, o que pode provocar uma série de sentimentos negativos.

O domínio das relações sociais compreende as relações dos indivíduos com sua família, no lazer e no trabalho, além de seus sentimentos de amparo social e acesso à saúde. A relação com a família é um fator principal para que os indivíduos sintam-se amparados e para que os mesmos não fiquem isolados, como acontece com grande parte dos idosos (MAZO *et al.* 2008).

O último domínio que interfere na percepção da QV dos indivíduos é o do meio-ambiente, que compreende a sensação de conforto e segurança relacionados ao ambiente em que o indivíduo vive e a adequação do lar às suas necessidades (FLECK *et al.*, 2000).

Os domínios que compreendem a QV (físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente) apresentam inúmeras características que acabam relacionando-se, modificando a percepção dos indivíduos acerca de sua própria vida. Estudos relacionados a essa percepção servem para compreendermos o processo de envelhecimento, e verificarmos toda a subjetividade e heterogeneidade dessa experiência, pois cada indivíduo é único e apresenta uma forma peculiar diante de tal processo (FLECK *et al.*, 2000; MAZO *et al.*, 2008).

Apesar de o termo QV ser bastante amplo e subjetivo, como já mencionado, apresentando diferenças de acordo com as características socioculturais dos indivíduos, alguns estudiosos viram a necessidade de “quantificar”, ou pelo menos entender os fatores que compõem/interferem na percepção dos indivíduos. Com o intuito de mensurar a QV, foram criados alguns instrumentos específicos, nas mais

diversas áreas do conhecimento, porém com um objetivo comum, o bem-estar das pessoas.

Segundo Mazo (2008), a Educação Física enquanto área pertencente às Ciências da Saúde tem um importante papel, relacionado à promoção de saúde da população em geral e, por conseguinte, na avaliação da QV. Este papel de avaliação da QV se torna importante para: avaliar os efeitos da AF; aumentar o conhecimento da população sobre os benefícios de um estilo de vida ativo; incrementar o nível de AF das populações; avaliar os efeitos dos programas de AF e alocar recursos materiais e financeiros de acordo com as necessidades; melhorar a vida das pessoas nos seus diferentes aspectos; entre outros.

A autora ainda explica a funcionalidade dos instrumentos utilizados para avaliar a QV da população, dividindo-os em dois tipos: genéricos e específicos. Os instrumentos específicos são aqueles que avaliam aspectos relacionados ao estado de saúde e são específicos para a área de interesse. Já os instrumentos genéricos se subdividem para atender os perfis de saúde (medem todos os aspectos importantes da QV) e para atender às medidas de preferência (refletir na preferência dos pacientes para diferentes estados de saúde). Existe um número bastante elevado de instrumentos relacionados à avaliação da QV (MAZO, 2008), alguns levam em conta aspectos objetivos e/ou subjetivos para a avaliação da QV. Outros analisam ainda, a satisfação do indivíduo, o estado de saúde, o bem-estar, como fatores influentes na percepção subjetiva dos indivíduos. Desse modo, através da avaliação ampla, o caráter multidimensional do termo é contemplado.

Serão utilizados no presente estudo, dois instrumentos desenvolvidos pela OMS, com o objetivo de avaliar a QV dos idosos envolvidos na pesquisa a partir de diferentes domínios – WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Estes instrumentos baseiam-se nos pressupostos de que a QV é um construto subjetivo (porque avalia a percepção do indivíduo em questão) e multidimensional (composto por dimensões positivas e negativas) e ambos derivam de um instrumento principal, o WHOQOL-100 (FLECK *et al.*, 1999; FLECK *et al.*, 2003).

O projeto WHOQOL-100 foi realizado com a colaboração simultânea de 15 centros diferentes países, considerando diferentes culturas. No instrumento constam

100 questões que avaliam 6 domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações sociais, Meio-ambiente e Espiritualidade/Crenças Pessoais, contemplando a multidimensionalidade do instrumento (FLECK *et al.*, 1999).

No entanto devido à extensão do mesmo e a partir da necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF (FLECK *et al.*, 2000).

O WHOQOL-BREF consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas (domínios) que compõem o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-BREF é avaliada por apenas uma questão. Para cada questão existe uma escala do tipo likert que atribui os valores de 1 a 5 às respostas, sendo 1 a pior resposta sobre a QV e 5 a melhor resposta (FLECK *et al.*, 2000).

No entanto, apesar da utilização dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, ainda havia a necessidade de elaborar um instrumento específico, capaz de avaliar a percepção da QV dos idosos, levando em conta todos os fatores sociais, culturais, psicológicos e econômicos que interferem no processo de envelhecimento.

Desse modo, foi criado um módulo complementar para ser utilizado juntamente com os outros instrumentos, o WHOQOL-OLD. O instrumento foi testado em vários centros da OMS pela Europa, perfazendo um total de 22 centros, sob a coordenação do Centro de Edimburgo (Escócia). Em 2006, o instrumento foi traduzido e testado no Brasil por Chachamovic e Fleck (2006).

O WHOQOL-OLD é composto por 24 itens que compreendem seis facetas (domínios): Funcionamento do Sensório; Autonomia; Atividades Passadas; Presentes e Futuras, Participação Social; Morte e Morrer e Intimidade. Para cada questão existe uma escala do tipo likert que atribui os valores de 1 a 5 às respostas, sendo 1 a pior resposta sobre a QV e 5 a melhor resposta.

Porém para se escolher o instrumento correto para a avaliação, Mazo (2008), identifica alguns critérios a serem seguidos: trata-se de um bom instrumento genérico ou específico da QV; possui parâmetros subjetivos ou objetivos; método de aplicação flexível (deve ser administrado por alguém; em forma de entrevista ou não); as propriedades psicométricas foram avaliadas; entre outros.

Desse modo, a pesquisa relacionada à QV da população tem se desenvolvido, e diante do crescimento da população idosa, instrumentos voltados especificamente para esse grupo necessitam ser criados. Quando se avalia a QV dos idosos, podemos conhecer mais suas características e as condições necessárias para proporcionar um envelhecimento mais saudável e com bem-estar. Além disso, é possível obter subsídios necessários para o desenvolvimento e/ou implantação de programas voltados a esse grupo.

2.3.2. Estudos relacionados à qualidade de vida

Neste tópico, apresentaremos alguns estudos encontrados na literatura e que abordam a percepção da QV em vários aspectos. A prioridade foi dada a artigos que envolvessem idosos e principalmente, os instrumentos a serem utilizados na presente pesquisa (WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF). Os principais estudos encontrados, são apresentados no Quadro 2, onde estão presentes as informações de autoria, ano de publicação, local de realização, delineamento do estudo, instrumentos utilizados e informações sobre a amostra. O agrupamento dos estudos foi feito de acordo com o país de publicação, buscando caracterizar e contemplar as diferenças entre as regiões.

Quadro 2 – Resumo dos estudos sobre qualidade de vida

AUTORES (ANO)	PAÍS DE REALIZAÇÃO	TIPO DE ESTUDO (DELINEMENTO)*	INSTRUMENTO	AMOSTRA
<i>Carvalho-Loures et al. (2010)</i>	Brasil	Observacional e descritivo	WHOQOL-BREF; WHOQOL-OLD	38 idosos**
<i>Chachamovic et al. (2008)</i>	Brasil	Não informado	WHOQOL-OLD	424 idosos**
<i>Carvalho et al. (2010)</i>	Brasil	Transversal	WHOQOL-OLD; IPAQ-versão 8	271 idosos**
<i>Figueira et al. (2009)</i>	Brasil	Não informado	WHOQOL-OLD	31 idosos**
<i>Fleck et al. (2006)</i>	Brasil	Não informado	WHOQOL-OLD; WHOQOL-BREF; BDI; BHS	424 idosos**
<i>Margis et al. (2009)</i>	Brasil	Transversal	WHOQOL-OLD	57 idosos**
<i>Santos et al. (2010)</i>	Brasil	Longitudinal, quasi-experimental e correlacional	WHOQOL-OLD; Bateria de Rikli e Jones; Escala de Tinetti	323 idosos**

<i>Valadares et al. (2011)</i>	Brasil	Transversal	IPAQ-versão 8; WHOQOL-OLD	271 idosos**
<i>Oliveira et al. (2011)</i>	Brasil	Caso-controle	WHOQOL-BREF	100 idosos**
<i>Tamai et al. (2011)</i>	Brasil	Não informado	WHOQOL-BREF; Escala de Katz e Escala de Lawton	83 idosos**
<i>Tavares et al. (2012)</i>	Brasil	Analítico, transversal e observacional	WHOQOL-BREF; WHOQOL-OLD	122 idosos**
<i>Tavares et al. (2011)</i>	Brasil	Transversal	WHOQOL-BREF; WHOQOL-OLD	1303 idosos**
<i>Porto et al. (2012)</i>	Brasil	Não informado	WHOQOL-BREF; IPAQ	199 idosos**
<i>Teixeira et al. (2012)</i>	Brasil	Observacional, descritivo, de grupo, prospectivo, contemporâneo e transversal	WHOQOL-OLD	36 idosos**
<i>Bowling; Stenner (2011)</i>	Inglaterra	Transversal e Longitudinal	OPQOL; CASP-19; WHOQOL-OLD	2275 idosos***
<i>Eser et al. (2010)</i>	Turquia	Não informado	WHOQOL-BREF; WHOQOL-OLD; GDS-30	527 idosos**

<i>Halvorsrud et al. (2008)</i>	Noruega	Não informado	WHOQOL-OLD; WHOQOL-BREF	490 idosos**
<i>Luzny; Ivanova (2009)</i>	República Tcheca	Transversal	MMSE; GDS; WHOQOL-BREF	297 idosos**
<i>Norekval et al. (2010)</i>	Noruega	Longitudinal	WHOQOL-BREF; SOC-29	145 idosos**
<i>Bowling et al. (2009)</i>	Inglaterra	Não informado	OPQOL; CASP-19; WHOQOL-OLD	936 idosos**
<i>Molzahn et al. (2010)</i>	22 centros de QV (Europa, América, Ásia e Oceania)	Não informado	WHOQOL-OLD	7401 idosos**
<i>Espinoza et al. (2011)</i>	Chile	Não informado	WHOQOL-BREF	1520 idosos**
<i>Urzúa et al. (2011)</i>	Chile	Não informado	WHOQOL-OLD; GHQ-12; SF-12; Escala de Ryff; Escala de Duke-UNC	406 idosos**
<i>Estrada et al. (2011)</i>	Colômbia	Transversal	WHOQOL-OLD	276 idosos**

*De acordo com o que foi exposto na metodologia do artigo; **60 anos; ***65 anos ou mais.

A partir da análise dos estudos, percebemos que por vezes, o termo esteve relacionado à enfermidades, ou seja, buscou-se verificar a influência de algumas enfermidades na QV dos indivíduos. Como exemplo, de enfermidades, podemos citar: sintomas de zumbido (TEIXEIRA *et al.*, 2011); osteoporose (TAVARES *et al.*, 2012); hipertensão arterial (TAVARES *et al.*, 2011); infarto do miocárdio (NOREKVAL *et al.*, 2010); Parkinson (MARGIS *et al.*, 2009); distúrbios psiquiátricos (LUZNY; IVANOVA, 2009); fratura na coluna (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Alguns dos estudos encontrados eram relacionados a testes da validade psicométrica dos instrumentos, principalmente nas suas traduções para outras línguas, ou também na comparação da validade com outros instrumentos semelhantes (HAWTHORNE *et al.*, 2006; MOLZAHN *et al.*, 2010; CHACHAMOVIC *et al.*, 2008; BOWLING, 2009).

O questionário de QV desenvolvido para idosos, pelo grupo de QV da OMS, WHOQOL-OLD, teve as propriedades psicométricas da sua versão para língua portuguesa testadas por Fleck *et al.* (2006). O instrumento foi aplicado em uma amostra de 424 idosos, residentes na cidade de Porto Alegre/RS, e juntamente com o WHOQOL-OLD, foram aplicados os instrumentos WHOQOL-BREF, BDI (*Beck Depression Inventory*) e BHS (*Beck Hopeless Scale*). O instrumento WHOQOL-OLD apresentou consistência interna satisfatória além de validade discriminante, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Desse modo, o instrumento mostrou-se uma boa alternativa para a avaliação da QV em idosos, visto que é um dos poucos específicos para a terceira idade.

No estudo de Bowling e Stenner (2011), os autores aplicaram o OPQOL (*Older People's Quality of life questionnaire*), objetivando comparar a sua medida com o WHOQOL-OLD e o CASP-19, ambos os instrumentos utilizados para avaliar a QV em diferentes domínios. A amostra utilizada na pesquisa foi formada por idosos com idade superior a 65 anos, que responderam a três pesquisas nacionais na Grã-Bretanha (*Ethnibus*, ONS, pesquisa do acompanhamento da QV). O OPQOL foi administrado nas três pesquisas sendo que de forma longitudinal em uma delas. Já o WHOQOL-OLD e o CASP-19, foram administrados transversalmente nas outras duas pesquisas. Ao total foram entrevistados 2275 idosos no estudo que eram participantes das

pesquisas nacionais, na Grã-Bretanha. Como resultados os autores mencionam que os três instrumentos apresentaram um bom desempenho nas coletas transversais. Porém, apenas o OPQOL atendeu os critérios para a consistência das amostras, sugerindo uma superioridade sobre os demais. Como principal justificativa, os autores apontam o fato de a amostra apresentar uma diversidade étnica grande, e tal instrumento é capaz de atender melhor a todos os grupos.

Como exemplos de estudos que avaliaram as traduções dos instrumentos para outras línguas, estão os estudos de Eser *et al.* (2010) e Espinoza *et al.* (2011). No primeiro deles os autores verificaram a validade psicométrica da versão turca do WHOQOL-OLD, através da aplicação do instrumento juntamente com o WHOQOL-BREF e a escala GDS-30 (*Geriatric Depression Scale*) em uma amostra de 527 idosos (acima dos 65 anos) residentes na província de Manisa (Turquia). Já no segundo estudo, os autores verificaram a validade da versão em espanhol do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de 334 idosos do sexo masculino, residentes em Santiago (Chile). Em ambos os estudos, a validade dos instrumentos (a partir da tradução) foi satisfatória, mostrando que estes são adequados para aplicação nos entre os idosos.

Halvorshud *et al.* (2008), avaliou as propriedades psicométricas do WHOQOL-OLD, na sua versão em norueguês, a partir de entrevistas realizadas com 490 idosos residentes na Noruega. Sendo que destes 401 responderam ao questionário via-postal e 89 por entrevista. O questionário WHOQOL-BREF foi utilizado durante a coleta, e os resultados de ambos constituíram a avaliação da validade. Os resultados obtidos mostraram que a consistência interna do instrumento se mostrou aceitável, com exceção da faceta de atividades passadas, presentes e futuras, para ambos os grupos.

A QV se apresenta como um termo extremamente subjetivo e variável, que tem diferentes significações de acordo com a percepção de cada indivíduo. É necessário entender os diferentes contextos de avaliação do termo para que se possa compreendê-lo de uma forma mais ampla. Desse modo, os estudos apresentados a seguir, tratam da análise da QV de idosos em diferentes contextos.

O estudo de Carvalho-Loures *et al.* (2010), buscou avaliar a QV de idosas participantes da Universidade da Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Foram aplicados os questionários WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, em dois momentos durante o ano, com 38 mulheres que tinham 60 anos ou mais. Comparando os domínios do WHOQOL-BREF, não houve diferenças estatísticas significativas entre os domínios e entre as coletas. Quando avaliado o escore geral de QV, na primeira coleta o valor foi de 67,86 ($\pm 2,91$) e na segunda 60,71 ($\pm 8,71$) com diferença estatisticamente significativa entre as medidas ($p=0,049$). Os resultados do WHOQOL-OLD mostraram diferenças entre os domínios, no entanto, apenas dois deles apresentaram diferenças estatísticas significativas entre as coletas. O domínio “funcionamento sensorial” apresentou as médias 61,84 (antes) e 71,38 (depois) com diferença significativa entre elas ($p=0,014$). E o domínio “morte e morrer” apresentou as médias 56,36 (antes) e 67,27 (depois) com diferença estatística entre eles ($p=0,001$). Como conclusão os autores explicam que essas diferenças entre os domínios podem ter ocorrido pelas características particulares e peculiares do gênero.

Com o objetivo de analisar a influência de um programa governamental na qualidade de vida de idosos, sobretudo a interferência do envelhecimento na percepção da QV, Figueira *et al.* (2009), realizou um estudo transversal onde foi aplicado o questionário WHOQOL-OLD em 31 idosos (com 60 anos ou mais) de ambos os sexos, atendidos pelo Programa Saúde da Família em Caraguatatuba/SP. Os resultados indicaram que o domínio com maior média foi o da “Intimidade” ($13 \pm 3,65$) seguido pelo da “Morte e morrer” ($12,19 \pm 2,76$), e, além disso, a avaliação geral da QV apresentou uma média baixa ($11,67 \pm 1,65$) em relação à alguns domínios.

No estudo de Tamai *et al.* (2011), os autores buscaram avaliar os efeitos na QV de idosos matriculados no Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Compuseram a amostra, 83 idosos participantes do grupo de 2000 a 2002. Como instrumentos foram utilizados o WHOQOL-BREF (utilizado no início e no fim do programa) e as escalas de Katz e Lawton. Os resultados mostraram que houve um aumento do escore geral da QV com a participação no grupo, onde, no início, a média foi de $63,86 \pm 16,68$, e no final, a média foi de $67,62 \pm 15,38$. Com relação às escalas de

Lawton e Katz os indivíduos apresentaram o máximo de escore na primeira e 92,8% dos idosos tiveram o mesmo desempenho na segunda, mostrando que nenhum idoso apresentava déficits na sua capacidade funcional. Com relação aos domínios da QV, os idosos tiveram melhora, nos domínios: psicológico ($p<0,05$), das relações sociais e do meio ambiente ($p<0,01$), quando comparadas as médias das duas coletas. No entanto, houve uma diminuição na média do domínio físico ($p<0,05$), comparando a coleta inicial e a final.

Como justificativa para estes resultados, os autores mencionam a possibilidade da avaliação clínica, ter proporcionado a descoberta de outras doenças, alterando a percepção de saúde que os idosos tinham, o que pode ter interferido no resultado do domínio físico. Já a melhora dos domínios psicológico e meio ambiente pode estar relacionada ao suporte psicológico e social que o idoso recebeu dos colegas e profissionais e dos benefícios das atividades em grupo. Desse modo, concluem que a participação em um programa voltado para a terceira idade atua positivamente na percepção da QV de idosos.

Como fator de interferência na percepção da QV, a prática de AF regular surge como objeto de estudo e de análise. No estudo de Carvalho *et al.* (2010), o autor avaliou o nível de AF de mulheres idosas, comparando com a QV e os fatores associados. O estudo transversal foi realizado com 271 mulheres (60 anos ou mais) frequentadoras do centro de lazer do Serviço Social do Comércio (SESC) de Campinas/SP e do Laboratório da Menopausa da Universidade de Campinas (UNICAMP), onde foram aplicados os questionários WHOQOL-OLD e o IPAQ-versão 8. Os resultados mostraram que 33% das idosas são pouco ativas. O escore médio de QV foi de 66,9 ($\pm 11,7$). O maior valor foi observado no domínio referente às habilidades sensoriais ($72,0 \pm 18,8$), e o menor no que se refere à autonomia ($60,3 \pm 16,2$). O teste de regressão linear mostrou que a boa percepção da saúde aumentou o escore de QV das idosas assim como a prática de exercícios físicos moderados ou vigorosos.

Já no estudo de Estrada *et al.* (2011), os autores procuraram verificar a QV de idosos institucionalizados. Para tanto, entrevistaram 276 idosos de 39 Centros de Bem-estar para Idosos em Medellín (Colômbia). No entanto, além de avaliar a QV através do questionário WHOQOL-OLD, aplicaram outros instrumentos como a Escala

de Depressão de Yessavage, Escala de Ansiedade de Goldberg, Escala de Funcionalidade de Pfeffer e uma Escala de situação nutricional. Os resultados mostraram que a maioria dos idosos é independente (71%); a grande maioria não possuem sintomas depressivos (54,3%); a maioria não possui ansiedade (67%); e a maioria possui má-nutrição (54,3%). No que tange a QV, os domínios com maior média foram o “Morte e morrer” ($69,4 \pm 28,7$) seguido pelo da “Capacidade sensorial” ($60,8 \pm 25,2$). No entanto, só houve diferença estatisticamente significativa, quando comparados os domínios “Morte e morrer” e “Intimidade” por gênero, onde os homens apresentaram as médias $74,8 \pm 26,8$ e $48,1 \pm 20,5$, para os respectivos domínios, enquanto que as mulheres, $65,7 \pm 29,4$ e $55 \pm 19,5$. Os autores ainda apontam que diversos fatores que foram objeto do estudo influenciam na percepção da QV, e aqueles negativos, como baixa capacidade funcional, depressão, farão com que essa percepção seja negativa também.

Urzúa *et al.* (2011), avaliou a QV de idosos da cidade de Antofagasta (Chile) e a influência de outros fatores nessa percepção, como o bem estar psicológico, apoio social, estado de saúde, físico e mental. A amostra foi composta por 406 idosos de ambos os sexos (com 60 anos ou mais), sendo que destes 359 pertenciam a organizações sociais e 47 foram contatados por redes informais. Os instrumentos utilizados foram o questionário de QV – WHOQOL-OLD, a Escala de bem estar psicológico de Riff, a Escala de Apoio Social de Duke-UNC, o questionário de saúde física e mental (SF-12) e o questionário geral de saúde (GHQ-12).

Os resultados mostraram que em relação à QV, em todos os grupos o domínio com maiores médias foi o da “Participação Social”, e àquele com as piores médias foi o “Morte e morrer”. Quanto comparados os domínios por sexo, a única diferença estatística significativa foi no domínio da participação social, onde os homens tiveram média de $62,94 \pm 23,80$, e as mulheres $69,65 \pm 18,03$ ($p < 0,01$). Quando analisada a percepção de saúde dos indivíduos em relação à sua QV, houve diferenças estatísticas entre ambos os grupos em todos os domínios avaliados, sendo que, àqueles indivíduos que tem uma melhor percepção de saúde, apresentaram melhores médias nos domínios da “Autonomia”, “Atividades passadas, presentes e futuras”, “Participação social”, “intimidade” e na avaliação geral da QV ($p < 0,01$). Considerando a avaliação da QV, as variáveis do apoio social, auto aceitação e autonomia são

capazes de explicar 41% da variação no escore, a partir do modelo de regressão linear. Os autores concluem que a percepção de saúde assim como o sentimento de auto eficácia, o apoio social, a autonomia, atuam como agentes influenciadores da percepção da QV dos idosos.

Ainda relacionando a prática de AF com a percepção da QV, Santos *et al.* (2010), buscaram verificar a relação da prática de AF com os níveis de aptidão física, capacidade funcional, equilíbrio corporal e QV de mulheres idosas participantes do programa “Menopausa em forma” localizado em um Centro de Atenção ao idoso em Belém/PA. A amostra total foi de 323 mulheres idosas com média de idade de 69 ($\pm 5,53$) anos. As idosas participantes realizaram as atividades propostas pelo programa (dança e caminhada), em um período de 10 meses, e foram avaliadas antes de depois de começarem as atividades. Como instrumentos foram utilizados: a bateria de testes para a aptidão física de Rikli e Jones, o questionário de QV – WHOQOL-OLD, a escala de equilíbrio e marcha de Tinetti e as escalas de atividades de vida diárias (AVD) de Katz e a escala de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) de Lawton e Brody.

Os resultados mostraram que não houve diferenças na autonomia dos idosos com a participação no programa, segundo os resultados das escalas de AVD e AIVD, pois os resultados foram os mesmos tanto no pré-teste, quanto no pós-teste. O equilíbrio corporal e marcha, também não apresentaram diferenças significativas no pré-teste e no pós-teste. Nos testes da bateria realizada para aferir a aptidão física dos idosos, apenas alguns apresentaram diferenças significativas: teste de sentar e levantar ($p < 0,001$); flexão do antebraço ($p < 0,001$); marcha estacionária ($p < 0,001$) e teste de andar 2,44m e sentar ($p < 0,045$) – onde todas as idosas melhoraram seu desempenho. Com relação à QV, no pré-teste a média geral foi de 17,31 e no pós-teste a média aumentou para 18,90, com diferença estatisticamente significativa entre elas ($p < 0,05$). Neste estudo a QV foi influenciada positivamente com a participação em um programa de AF, assim como a capacidade funcional, corroborando com o que é apresentado na literatura.

No estudo de Valadares *et al.* (2011), foi avaliada a associação entre diferentes níveis de AF, com a QV. Para isso, foram avaliadas 271 mulheres com idade superior a 60 anos, de um ambulatório de menopausa e de um centro de

convivência em Campinas/SP. Como instrumentos de coleta, foram utilizados o WHOQOL-OLD e o IPAQ-versão 8. Os resultados mostraram que O tempo médio de AF foi de $2802,7 \pm 1154,9$ minutos na semana. O escore total do WHOQOL-OLD foi de $66,9 \pm 11,7$. Sendo que o domínio com maior média encontrada foi o das “Capacidades sensoriais” ($72,0 \pm 18,8$) e o domínio com menor média foi o da “Autonomia” ($60,3 \pm 16,2$). Os autores ainda apontam o fato de somente a AF realizada no lazer possuir influência positiva na QV das idosas participantes da pesquisa.

Na mesma linha de estudo, Porto *et al.* (2012), realizou um estudo com 199 idosos com idade superior a 60 anos, todos funcionários da Universidade Estadual de Londrina/PR, onde verificou a associação da AF com a percepção da QV destes idosos. Como instrumentos de coleta, foram utilizados o WHOQOL-BREF e o IPAQ. Os resultados mostraram que tanto entre os homens quanto entre as mulheres, o domínio da QV com maior média foi o psicológico ($16,1 \pm 1,6$) com diferença estatisticamente significativa entre as médias ($p < 0,05$), enquanto que o domínio com a pior média foi o do meio ambiente, com médias $14,4 \pm 1,8$ para as mulheres e $14,9 \pm 1,8$ para os homens. Com relação à prática de AF, os homens mostraram-se mais ativos do que as mulheres, onde, 76,1% praticam acima de 150 minutos semanais de AF por semana, enquanto que entre as mulheres o percentual cai para 75,6%. Como conclusão os autores inferem que a melhoria da auto percepção da QV está significativamente associada à prática de AF.

Em suma, dos estudos apresentados, percebemos que na grande maioria deles a prática de AF assume um papel positivo na percepção acerca da QV, assim como a participação em programas/grupos voltados para a terceira idade. O bem estar físico, principalmente quando relacionado à percepção favorável da saúde, assim como o sentimento de pertencimento e relacionamento social, figuram como os principais agentes influenciadores nesta percepção. Além disso, os domínios da QV que são abordados nos questionários mais utilizados nos estudos (WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF), são os que sofrem mais variação, de acordo com o contexto em que são avaliados.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Caracterização do estudo

O presente trabalho será realizado com todos os idosos que praticam AF orientada no Núcleo de Atividades para a Terceira Idade (NATI) da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (ESEF/UFPel). O projeto conta atualmente com 340 idosos de ambos os sexos, que realizam atividades físicas orientadas nas modalidades de ginástica, hidroginástica e musculação. Por se tratar de uma população específica, o estudo caracteriza-se por ser um estudo de caso. Segundo Gil (2011, p.58) o estudo de caso caracteriza-se “pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado”.

A pesquisa dar-se-á através de dois eixos de pesquisa, pois se julga necessária uma análise global do tema de pesquisa. Desse modo, o primeiro eixo, é caracterizado como um estudo quantitativo e o segundo eixo caracteriza-se por um estudo qualitativo, que serão explicados a seguir.

O estudo caracteriza-se como quantitativo-qualitativo exploratório de natureza descritiva, baseado na premissa que as práticas podem ser melhoradas por meio da descrição objetiva dos fenômenos (THOMAS; NELSON, 2002).

3.2. Eixo de Pesquisa I

3.2.1. População e Amostra

A população do estudo são idosos praticantes de AF orientada no Núcleo de Atividades para a Terceira Idade (NATI), da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (ESEF/UFPEL).

- ✓ *Critérios de inclusão:* todos os idosos (60 anos ou mais) devidamente cadastrados no NATI.

- ✓ *Critérios de exclusão:* possuir algum tipo de limitação mental, ou outro tipo de problema de saúde que impeça o idoso de responder aos instrumentos.

O presente estudo de caso tratará da realidade do Núcleo de Atividades para a Terceira Idade (NATI) da ESEF/UFPEL, e dos idosos integrantes do mesmo, desse modo, os resultados obtidos apresentam limitação quanto sua extrapolação e generalização.

3.2.2. Instrumentos

Como instrumentos para a coleta de dados serão utilizados: uma ficha para a caracterização sóciodemográfica; um questionário para avaliar a motivação, desenvolvido e validado por Balbinotti (2009); dois questionários desenvolvidos pela OMS, para avaliar a QV – WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

a) Ficha de caracterização sóciodemográfica

Na ficha sóciodemográfica, desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa e Estudos Sociológicos em Educação Física e Esporte (GPES), constam informações referentes ao gênero dos indivíduos, renda, escolaridade, ocupação, etnia, religião, doenças, uso de medicamentos, percepção de saúde, etc. Na ficha ainda constam informações sobre a posse de itens dos indivíduos e o grau de instrução do chefe da família, para a caracterização econômica, de acordo com a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP, 2009).

b) Inventário de Motivação à Prática Regular de Atividade Física e Esportiva (IMPRAFE-132)

Para a avaliação da motivação para a prática de AF, será utilizado o Inventário de Motivação à Prática Regular de Atividade Física e Esportiva (IMPRAFE-132), desenvolvido e por Balbinotti (2009). Este instrumento avalia a motivação para a prática de AF de acordo com seis dimensões: Controle do Estresse (ex.: ficar mais

tranquilo), Saúde (ex.: ficar livre de doenças), Sociabilidade (ex.: encontrar amigos), Competitividade (ex.: ser campeã no esporte), Estética (ex.: para ficar com o corpo bonito) e Prazer (ex.: obter satisfação). O instrumento é composto por 132 itens agrupados em 22 blocos de seis de acordo com a ordem das seis dimensões.

Para cada um dos itens é dada uma resposta bidirecional graduada em 7 pontos, de acordo com uma escala do tipo “*likert*”, que vai de “1 – este item não representa um motivo que me levaria a realizar uma AF regular ou esporte” até “7 – é por esse motivo que pratico AF ou esporte”. Todas as dimensões possuem igual número de itens, possibilitando a análise de cada uma de forma separada e também de forma comparada.

Figura 2 – Dimensões do IMPRAFE-132 de acordo com os itens

Dimensão	Nº do item
<i>Controle do Estresse</i>	01, 07, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49, 55, 61, 67, 73, 79, 85, 91, 97, 103, 109, 115, 121, 127
<i>Saúde</i>	02, 08, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 56, 62, 68, 74, 80, 86, 92, 98, 104, 110, 116, 122, 128
<i>Sociabilidade</i>	03, 09, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 57, 63, 69, 75, 81, 87, 93, 99, 105, 111, 117, 123, 129
<i>Competitividade</i>	04, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 52, 58, 64, 70, 76, 82, 88, 94, 100, 106, 112, 118, 124, 130
<i>Estética</i>	05, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 53, 59, 65, 71, 77, 83, 89, 95, 101, 107, 113, 119, 125, 131
<i>Prazer</i>	06, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66, 72, 78, 84, 90, 96, 102, 108, 114, 120, 126, 132

Com relação às seis dimensões do IMPRAFE-132, pode-se dizer que cada uma delas aborda um tipo de motivação específica. A primeira delas é a que trata do “Controle do Estresse”, a qual avalia em que nível as pessoas se utilizam da prática de AF regular como uma forma para controlar a ansiedade e o estresse da sua vida diária. A segunda dimensão que está presente no questionário é a da “Saúde”, que avalia em que nível o praticante se utiliza da prática regular de AF como uma forma de manutenção da saúde e prevenção de doenças. A dimensão da “Sociabilidade” avalia o quanto o indivíduo utiliza a AF regular, como uma forma de participar de um grupo ou relacionar-se com as pessoas. Já a dimensão da “Competitividade” avalia o nível em que o indivíduo utiliza a AF regular como forma de manifestação dos aspectos relacionados ao vencer, o que sugere uma sensação de superioridade ou destaque em alguma atividade ou desporto. A dimensão da “Estética” avalia o nível ao qual o indivíduo se utiliza da prática regular de AF como forma de obter um corpo atraente e/ou aprovado pela sociedade. A última dimensão do instrumento, é a do “Prazer”, relacionada ao bem estar, a diversão e a satisfação que a prática regular de AF pode proporcionar.

c) *WHOQOL-BREF*

Para avaliar a QV dos indivíduos serão utilizados dois instrumentos, o primeiro deles é o WHOQOL-BREF, que foi desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado por Fleck et al. (1999). Ele mede a QV dos indivíduos sob quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Este instrumento leva em consideração a percepção da QV em relação às últimas duas semanas, sendo composto por 26 questões fechadas, que abordam todos os domínios. Dentro de cada domínio existem facetas (subdomínios), que interferem na percepção da QV. Além disso, o instrumento fornece a informação de um escore geral de QV “*overall*”, que leva em consideração um item do questionário.

O domínio I – Físico, compreende a capacidade do indivíduo de realizar suas tarefas diárias de vida englobando sua capacidade funcional. As facetas presentes neste domínio são: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade,

atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e a capacidade de trabalho.

O domínio II – Psicológico, compreende os sentimentos dos indivíduos e suas aspirações quanto a sua vida. Possui as seguintes facetas: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais.

O domínio III – Relações Sociais, leva em conta a importância das relações sociais da pessoa, em especial sobre seu relacionamento com a família, no trabalho e no lazer, além dos sentimentos de acesso à saúde e amparo da sociedade, para uma vida plena. Estão presentes as seguintes facetas: relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual.

O domínio IV – Meio-Ambiente, considera itens como a sensação de conforto e segurança relacionados ao ambiente em que o indivíduo vive bem como a adequação do lar às suas necessidades. Possui as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de recreação/lazer (MAZO *et al.*, 2008).

Figura 3 – Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

Domínio Físico
1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades de vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho
Domínio Psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Autoestima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade, religião, crenças pessoais
<i>Domínio das Relações Sociais</i>
13. Relações pessoais
14. Suporte (apoio) social
15. Atividade sexual
<i>Domínio do Meio Ambiente</i>
16. Segurança física e proteção
17. Ambiente do lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em e oportunidades de recreação e lazer
22. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

d) *WHOQOL-OLD*

O segundo instrumento utilizado para avaliar a QV dos participantes da pesquisa, será o WHOQOL-OLD, um instrumento desenvolvido pela OMS,

especialmente para idosos, a partir de outros dois instrumentos, o WHOQOL-100 (1999) e o WHOQOL-BREF (2000).

O WHOQOL-OLD é composto por 24 itens que compreendem seis facetas (domínios): Funcionamento do Sensório (FS), Autonomia (AUT), Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF), Participação Social (PSO), Morte e Morrer (MEM) e Intimidade (INT). Para cada questão existe uma escala do tipo likert que atribui os valores de 1 a 5 às respostas, sendo 1 a pior resposta sobre a QV e 5 a melhor resposta.

A faceta “Funcionamento do Sensório” avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida.

A faceta “Autonomia” refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões.

A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia.

A faceta “Participação Social” delineia a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade.

A faceta “Morte e Morrer” relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer, além disso, a faceta da “Intimidade” avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas (CHACHAMOVIC; FLECK, 2006).

Figura 4 – Facetas e itens do WHOQOL-OLD

<i>Faceta 1 – Funcionamento dos Sentidos</i>	
1.	Perdas nos sentidos afetam a vida diária
2.	Avaliação do funcionamento dos sentidos
10.	Perda de funcionamento dos sentidos afeta a participação em atividades

20. Problemas com o funcionamento dos sentidos interferindo na habilidade de interagir

Faceta 2 – Autonomia

3. Liberdade para tomar suas próprias decisões

4. Sente que controla seu futuro

5. Consegue fazer as coisas que gostaria de fazer

11. Pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade

Faceta 3 – Atividades passadas, presentes e futuras

12. Feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente

13. Satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações

15. Recebeu o reconhecimento que merece em sua vida

19. Satisfeito com aquilo que alcançou em sua vida

Faceta 4 – Participação Social

14. Satisfeito com a maneira com a qual você usa seu tempo

16. Satisfeito com o seu nível de atividade

17. Tem o suficiente para fazer em cada dia

18. Satisfeito com as oportunidades para participar de atividades da comunidade

Faceta 5 – Morte e morrer

6. Preocupado com a maneira pela qual irá morrer

7. Medo de não poder controlar sua morte

8. Medo de morrer

9. Teme sofrer antes de morrer

Faceta 6 – Intimidade

21. Tem um sentimento de companheirismo em sua vida
22. Sente amor em sua vida
23. Oportunidades para amar
24. Oportunidades para ser amado

3.2.3. Procedimentos

Os indivíduos serão convidados a participar da pesquisa, e, caso aceitem, deverão assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que possui os objetivos da pesquisa, bem como, os possíveis riscos, a garantia do anonimato da identidade, e a autorização para a utilização dos dados com fins de pesquisa. O termo será feito em duas vias, sendo que uma fica com o participante da pesquisa e o outro com o pesquisador responsável.

Os dados serão coletados pelo pesquisador responsável e o grupo de bolsistas e voluntários do Núcleo de Atividades para a Terceira Idade. Para tanto, haverá um treinamento para exposição dos instrumentos, bem como, a aplicação dos instrumentos dentro do grupo, facilitando a familiarização o que auxiliará na explicação dos mesmos ao grupo de idosos participantes da pesquisa.

Os instrumentos utilizados no estudo são de auto resposta, no entanto, para que houvesse uma maior facilidade de entendimento dos idosos, julgou-se necessária a divisão da amostra em grupos pequenos (aproximadamente 10 pessoas), onde para cada grupo de idosos haverá pelo menos três bolsistas além do mestrando em cada sessão de coleta.

3.2.4. Análise de dados

Os dados obtidos serão digitados em um banco de dados no programa Excel 2007, e posteriormente serão analisados no programa SPSS 17.0.

As variáveis envolvidas neste primeiro eixo de pesquisa são apresentadas na tabela abaixo.

Quadro 3 – Operacionalização das variáveis

Variável	Tipo	Categorização
<i>Sexo</i>	<i>Dicotômica</i>	1 – Masculino 2 – Feminino
<i>Idade</i>	<i>Politômica Ordinal</i>	1 – Até 65 anos 2 – 66-70 anos 3 – 71 ou mais
<i>Etnia</i>	<i>Politômica Nominal</i>	1 – Branco 2 – Negro 3 – Pardo 4 – Asiático
<i>Estado Civil</i>	<i>Politômica Nominal</i>	1 – Solteiro 2 – Casado 3 – Viúvo 4 – Separado
<i>Religião</i>	<i>Politômica Nominal</i>	1 – Católico 2 – Evangélico 3 – Espírita 4 – Ateu 5 – Sem religião 6 – Outra
<i>Escolaridade</i>	<i>Politômica Nominal</i>	1 – Ensino Fundamental (Completo ou Incompleto) 2 – Ensino Médio (Completo ou Incompleto)

		3 – Ensino Superior (Completo ou Incompleto) 4 – Pós-Graduação (Completa ou Incompleta)
<i>Renda Mensal</i>	<i>Politômica Ordinal</i>	1 – Até dois salários 2 – 3-4 salários 3 – 5 salários ou mais
<i>Nível Socioeconômico</i>	<i>Politômica Ordinal</i>	1 – Classe A 2 – Classe B 3 – Classe C 4 – Classe D 5 – Classe E
<i>Percepção de saúde</i>	<i>Politômica Ordinal</i>	1 – Péssima 2 – Ruim 3 – Regular 4 – Boa 5 – Ótima
<i>Tempo no programa</i>	<i>Dicotômica</i>	1 – Até 2 anos 2 – 3 a 5 anos 3 – 6 anos ou mais
<i>Prática de AF fora do programa</i>	<i>Dicotômica</i>	1 – Sim 2 – Não
<i>Motivação para a prática de AF</i>	<i>Contínua</i>	Médias em cada dimensão
<i>Qualidade de Vida</i>	<i>Contínua</i>	Médias em cada domínio

Para a descrição dos resultados obtidos será utilizada a estatística descritiva com os valores de média e desvio padrão.

A normalidade dos dados será verificada através do teste de Shapiro Wilk e a variância pelo teste de Bartlett. Quando satisfeita a condição de normalidade dos dados e variância homogênea, será utilizada a estatística inferencial paramétrica.

Na comparação entre as médias dos domínios da QV e as dimensões da motivação de acordo com o sexo, será utilizado o teste t, para amostras independentes.

Para verificar as diferenças entre as variáveis escolaridade e renda, comparadas com os domínios da QV e as dimensões da motivação, será utilizado o teste ANOVA One-way, e o teste post-hoc de Bonferroni, para identificar as diferenças múltiplas entre as variáveis.

Na comparação entre as variáveis do nível socioeconômico, percepção de saúde com os domínios da QV e as dimensões da motivação será utilizado o teste de Tendência Linear. Para comparar as médias dos domínios da QV e as dimensões da motivação, será utilizado o teste de Correlação de Pearson.

Para controlar os possíveis fatores de confusão e verificar a associação entre as dimensões da motivação e os domínios da QV, em relação às variáveis sóciodemográficas, serão realizadas regressões lineares múltiplas.

Para todos os testes estatísticos será adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3.1.6. Aspectos Éticos¹

O presente estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, e os dados somente serão coletados mediante a aprovação do referido órgão.

¹ O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Educação Física no dia 11/10/2012.

3.3. Eixo de Pesquisa II

3.3.1. População e Amostra

Assim como no primeiro eixo de pesquisa, a população deste segundo eixo são os idosos praticantes de AF participantes do Núcleo de Atividades para a Terceira Idade (NATI).

A amostra nesse eixo de pesquisa será intencional, formada por 20 pessoas, divididas em dois grupos, com dez pessoas em cada um deles. O grupo 1 (G1), será formado pelos idosos que apresentaram as maiores médias de cada dimensão da motivação (Controle do Estresse, Saúde, Sociabilidade, Competitividade, Estética e Prazer). O grupo 2 (G2), será formado pelos idosos que apresentaram as menores médias de cada dimensão da motivação aferida pelo IMPRAFE-132.

3.3.2. Instrumentos

Como instrumento para a coleta de dados, será utilizada a entrevista focalizada, que é uma entrevista como as outras, no entanto, enfoca um tema específico. Neste tipo de técnica, “o entrevistador permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas, quando este se desvia do tema original, esforça-se para a sua retomada” (GIL, 2010, p.112).

Segundo Tanaka e Mello (2001), o “grupo focal” como também é chamada a entrevista focalizada, “é uma técnica de pesquisa ou de avaliação qualitativa, não diretiva, que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico sugerido pelo pesquisador”.

Para a realização do grupo focal deve-se respeitar alguns critérios específicos, com o objetivo de manter a fidedignidade e validade do método (MEYER e KUDLOWIEZ, 2003; GOMES e BARBOSA, 1999; TANAKA e MELLO, 2001; DEBUS, 1997; IERVOLINO; PELICIONE, 2001; ASCHIDAMINI e SAUPE, 2004):

- ✓ *Equipe responsável pela aplicação da técnica:* no que diz respeito à aplicação da técnica, sugere-se a utilização de pelo menos três pessoas – um moderador e dois observadores. O papel do moderador é um dos mais importantes nesta técnica de coleta de dados, pois cabe a ele direcionar a discussão com o intuito de satisfazer os objetivos da pesquisa. Ele deve ainda ficar atento para que o debate não se desvie da temática principal, para tanto, ele deve conhecer a fundo a pesquisa, porém, deve manter-se neutro na discussão, evitando colocar suas ideias no debate. O papel dos observadores restringe-se a captar as principais respostas dos participantes do grupo focal, bem como seu comportamento durante o método, além de controlar os aparelhos audiovisuais, ficando de fora da discussão.
- ✓ *Nº de participantes:* para que se tenha uma melhor interação entre os membros do grupo, e para que todos consigam expor suas ideias, recomenda-se a utilização de 7 a 12 pessoas. Um número inferior a sete (7) seria desfavorável pois seria mais difícil entender e explicar os fenômenos que acontecem com um grande grupo, desse modo as respostas seriam limitadas. Um número superior a doze (12) seria desfavorável, pois dependendo das características do grupo estudado, alguns membros não teriam a possibilidade de expor suas ideias da melhor maneira possível.
- ✓ *Nº de sessões:* para que se consiga obter as respostas esperadas com o estudo, ou responder as questões de pesquisa, sugere-se a realização de pelo menos duas sessões com cada grupo. Porém se necessário, mais sessões podem ser realizadas caso seja necessário. Deve-se ter o cuidado de marcar com antecedência o encontro, para que os participantes possam se programar.
- ✓ *Duração do encontro e local:* a duração média de cada encontro do grupo focal é de aproximadamente duas horas, pois desse modo, todos os participantes têm oportunidade de falar e o debate pode se tornar mais rico com um tempo maior de conversa. Quanto ao local para a realização do encontro, este deve ser o mais tranquilo possível, livre de ruídos e que não

tenha interferência externa. Sugere-se ainda que seja um local neutro, ou seja, diferente do local onde os participantes da pesquisa costumam conviver. Além disso, o ambiente deve possuir recursos audiovisuais, como aparelhos de captação de áudio e de vídeo, pois o grupo focal exige isso, para que se consiga extrair o máximo de informações dos participantes, inclusive àquelas relacionadas a seu comportamento.

- ✓ *Roteiro de pesquisa:* para se coletar as informações do grupo focal, deve-se seguir um roteiro elaborado previamente, pois desse modo, haverá a garantia de se alcançar os objetivos esperados. Sugere-se a elaboração de um roteiro não muito extenso, com a utilização de aproximadamente cinco itens, no máximo, pois desse modo, a discussão fica mais objetiva. Porém, se durante a discussão o moderador sentir a necessidade de modificar ou acrescentar questionamentos, a fim de enriquecer a discussão, ele tem esse poder, pois a discussão é bastante aberta, o que a torna mais suscetível a desvios do tema principal.

Na presente pesquisa o principal objetivo será identificar o impacto que a motivação para a prática de AF regular provoca na QV dos idosos. Para tanto será utilizado o seguinte roteiro de questionamentos:

- ✓ *Quais os principais motivos que levam o senhor (a) a praticar AF?*
- ✓ *O que o senhor (a) busca ao participar do projeto?*
- ✓ *O que muda na vida do senhor (a) com a participação no projeto?*
- ✓ *Qual a importância do projeto na vida do senhor (a)?*
- ✓ *O que significa para o senhor (a) ter uma boa QV?*

Apesar de se utilizar um roteiro prévio, caso seja necessário durante a aplicação do grupo focal, modificar ou acrescentar questionamentos, o mesmo será realizado.

3.3.3. Procedimentos

Para a participação do grupo focal, os indivíduos selecionados e que aceitarem participar da coleta, deverão assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que possui os objetivos da pesquisa, bem como, os possíveis riscos, a garantia do anonimato da identidade, e a autorização para a utilização dos dados com fins de pesquisa. O termo será feito em duas vias, sendo que uma fica com o participante da pesquisa e o outro com o pesquisador responsável, assim como no primeiro eixo de pesquisa.

Em cada sessão será utilizada uma câmera filmadora e um gravador de áudio, com o objetivo de captar o máximo de informações possíveis dos participantes. Haverá sempre um moderador e um observador em cada sessão, onde o moderador será sempre o mesmo para todas as sessões, podendo sofrer variações de observadores. As mesmas pessoas envolvidas no primeiro eixo de pesquisa (bolsistas e voluntários do NATI) estarão envolvidas, neste segundo eixo de pesquisa. Para isso, será realizado um treinamento prévio e um teste piloto, com o objetivo de aprofundar o conhecimento da técnica e esclarecer possíveis dúvidas que venham a surgir. Como mencionado anteriormente será realizada pelo menos duas sessões com cada grupo, com duração de duas horas cada uma, aproximadamente. Durante a coleta o roteiro apresentado anteriormente será seguido, porém se o moderador julgar necessário realizar alguma alteração, a mesma será executada.

Cada encontro terá a duração de aproximadamente duas horas, e serão realizadas pelo menos duas sessões com cada grupo de participantes. Os encontros serão realizados em uma sala da ESEF, e os mesmos serão agendados com antecedência. Quanto à organização da sala, o grupo será realizado na forma de círculo, para que todos os indivíduos consigam se enxergar, facilitando a interação entre todos e no centro do círculo ficará o gravador de áudio e fora dele a câmera de vídeo. O moderador participará do círculo e o observador ficará de fora anotando as principais informações.

3.3.4. Análise de dados

Os dados obtidos através da gravação dos grupos focais serão transcritos pelo pesquisador responsável. Os mesmos serão analisados através da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), que se desenvolve através de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamentos dos dados, inferência e interpretação.

Segundo Gil (2010) “A pré-análise é a fase de organização. Inicia-se geralmente com os primeiros contatos com os documentos (leitura flutuante)”. Durante a fase de pré-análise, através da leitura do que foi exposto através do grupo focal, possíveis categorias de análise já serão estruturadas, assim como as impressões do pesquisador durante a coleta, pois a técnica do grupo focal não se resume apenas na coleta pela entrevista, o comportamento também é analisado durante o processo.

A exploração do material constitui, geralmente, uma fase longa e fastidiosa que tem como objetivo administrar sistematicamente as decisões tomadas na pré-análise. Refere-se fundamentalmente às tarefas de codificação, envolvendo: o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação (escolha de categoria) (GIL, 2010, p. 152).

Na fase de exploração, os dados serão analisados de forma mais aprofundada e categorizados a partir das respostas obtidas com o método do grupo focal. A partir da análise dos dados obtidos com o projeto piloto, algumas categorias iniciais emergiram, e compõem o quadro abaixo. Existem alguns pressupostos que devem ser seguidos para que as categorias possam contemplar os resultados obtidos com a coleta.

Quadro 4 – Matriz de análise dos grupos focais

	Categoria	Unidade de Significado
Motivos de adesão	<i>Motivos Intrínsecos</i>	Melhorar a saúde
		Melhor autoestima
		Ficar bonito (a)
		Ficar mais forte

Percepção sobre a QV		Melhorar a QV
		Aprender coisas novas
		Aliviar o estresse
		Melhora estética
	<i>Motivos extrínsecos</i>	Conviver com os amigos
		Ordem médica
		Pertencer a um grupo
	<i>Percepções positivas</i>	Sentir-se bem
		Estar feliz
		Praticar AF
		Conversar com os amigos
		Ser saudável
		Conseguir fazer o que tem vontade
		Ter autonomia
		Estar bem consigo mesma

Analisando a matriz acima, no que diz respeito à motivação para a adesão ou à permanência no programa de AF, podemos perceber uma divisão dos motivos: motivos intrínsecos e motivos extrínsecos. Os motivos intrínsecos que emergiram da análise do projeto piloto, dizem respeito especificamente ao próprio indivíduo, nesse caso, suas vontades, aspirações e sentimentos. Os motivos extrínsecos apresentados, dizem respeito especificamente à interação do indivíduo com o ambiente em que estão inseridos, bem como as relações que estes estabelecem com seus semelhantes. No que tange à percepção da QV dos indivíduos, elencamos uma série de fatores positivos que contribuem para uma percepção favorável da QV, que surgiram a partir da análise dos resultados do projeto piloto.

Segundo Selltiz (1967), o conjunto de categorias deve ser derivado de um único princípio de classificação. Além disso, o conjunto de categorias deve ser

exaustivo e as categorias do conjunto devem ser mutuamente exclusivas, ou seja, as categorias elencadas devem contemplar todos os dados obtidos, e os dados que se encaixam em uma categoria, não podem ser classificados em outra.

O tratamento dos dados, a inferência e a interpretação, por fim, objetivam tornar os dados válidos e significativos. Para tanto, são utilizados procedimentos estatísticos que possibilitam estabelecer quadros, diagramas e figuras que sintetizam e põem em relevo informações obtidas. À medida que as informações obtidas são confrontadas com informações já existentes, pode-se chegar a amplas generalizações, o que torna a análise de conteúdo um dos mais importantes instrumentos para a análise das comunicações de massa (GIL, 2010, p.153).

Na fase de inferência e interpretação, as categorias emergentes serão preenchidas com as respectivas falas dos participantes. Além disso, inferências poderão ser feitas a partir destas falas, confrontando informações obtidas e sugerindo hipóteses para a explicação dos fenômenos.

3.3.5. Aspectos Éticos²

Como mencionado anteriormente, o presente estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, e os dados somente serão coletados mediante a aprovação do referido órgão.

4. PROJETO PILOTO

4.1. Aplicação do instrumento e atuação dos entrevistadores

Participaram do estudo, idosos de ambos os sexos que fazem parte do Núcleo de Atividades para a Terceira Idade (NATI). Assim como a pesquisa principal, o projeto piloto foi dividido em dois eixos: sendo um composto pela aplicação dos questionários e outro composto pela realização do grupo focal. Na primeira parte da coleta foram 30

² O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Educação Física no dia 11/10/2012.

idosos entrevistados, onde foram aplicados os instrumentos: Ficha para caracterização sócio-demográfica, Inventário de Motivação para a Prática de Atividade Física (IMPRAFE-132), questionário WHOQOL-BREF e questionário WHOQOL-OLD. Na segunda parte, a partir da análise preliminar dos instrumentos anteriores, os idosos que obtiveram as maiores médias no questionário de motivação, foram convidados a participar do grupo focal.

Os entrevistadores que foram envolvidos na coleta eram voluntários dentro do projeto e já conheciam a grande maioria da amostra, além de ter experiência com aplicação de instrumentos para a coleta de dados. Antes da aplicação dos instrumentos houve a apresentação dos mesmos entre o grupo que atuaria na coleta de dados. Para evitar qualquer tipo de dúvida que viesse a surgir durante a realização da coleta, os instrumentos foram aplicados entre o grupo. A aplicação foi feita sob a forma de entrevista, para deixar mais claras as informações contidas em cada instrumento. Além disso, os entrevistadores foram questionados sobre as possíveis dificuldades em responder aos instrumentos e todos compreenderam plenamente.

4.2. Procedimentos na aplicação dos instrumentos

Primeiramente, é importante ressaltar que os idosos selecionados para participar do estudo, foram contatados com antecedência e divididos em três grupos com 10 pessoas em cada um, com três entrevistadores por grupo. A média de idade dos participantes foi de 69,8 anos ($DP=4,6$). As entrevistas ocorreram em três dias da semana, sendo cada grupo entrevistado em um dia.

Na aplicação da ficha sócio-demográfica, não houve problemas para o entendimento e preenchimento do instrumento, visto que um instrumento semelhante é utilizado no cadastro dos idosos participantes do projeto. O tempo médio de resposta foi de 5 minutos.

No que diz respeito ao instrumento de motivação, este demandou um pouco mais de tempo para que os idosos entendessem os itens e a escala que o compõem e conseguissem responder aos itens com destreza. O tempo médio gasto para responder ao instrumento foi de 12 minutos. Com relação à escala utilizada no

instrumento, com 7 itens, a partir da aplicação do questionário, se fez necessária uma alteração, transformando-a em para uma escala de cinco itens, onde juntou-se os itens “isto me motiva pouco” e “isto me motiva pouquíssimo”, e os itens, “isto me motiva muito” e “isto me motiva muitíssimo”. Isto porque com a escala muito ampla, os idosos tinham uma margem muito grande e subjetiva de escolha, e mencionaram que ficava difícil escolher. Além disso, ao avaliar os questionários, as respostas concentraram-se, na sua grande maioria entre os itens 1, 3, 4, 5 e 7.

Quanto aos instrumentos de QV, WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF, os idosos não tiveram dificuldade em respondê-los, até mesmo porque, alguns deles já haviam participado de pesquisa anterior que utilizava um dos instrumentos. O tempo médio gasto para responder aos dois questionários foi de 20 minutos.

Depois de aplicados os questionários, foram realizadas as análises do instrumento de motivação, verificando aqueles idosos que obtiveram as maiores médias. Foram selecionados 10 idosos que obtiveram as maiores médias no instrumento e então aplicado o grupo focal. Porém uma idosa não compareceu e o grupo foi realizado com apenas 9 membros, porém isso não representou problema.

O procedimento foi realizado em uma sala da ESEF/UFPel, onde estavam presentes dois entrevistadores (sendo um o moderador e um observador) com a utilização de gravador de áudio. Foi seguido um roteiro de perguntas, que questionavam os motivos que levavam os idosos a participar do projeto, qual a importância atribuída a prática de AF, tempo de participação no projeto, qual o significado da QV. Buscou-se contemplar as mesmas questões que, estarão presentes no roteiro de perguntas da pesquisa principal. Devido ao clima descontraído que a técnica proporciona, as respostas foram fluindo da melhor maneira possível e todos conseguiram responder aos questionamentos, de maneira tranquila, sem problemas para o entendimento.

Outros questionamentos foram realizados no decorrer da entrevista, com o objetivo de enriquecer a discussão, porém não entrarão no roteiro final, a menos que durante a realização da técnica exija tais questionamentos. A técnica teve duração de aproximadamente duas horas, porém os idosos mencionaram o fato de terem gostado

de participar da técnica e não tiveram nenhuma dificuldade em participar respondendo aos questionamentos.

4.3. Aplicabilidade da Pesquisa

Com a realização do estudo piloto foi possível identificar as possíveis falhas nos instrumentos, e as respectivas alterações que devem ser feitas, sobretudo no instrumento de motivação, adaptando a escala de resposta. Foi possível também verificar a logística de aplicação dos questionários e realização do grupo focal, onde para os questionários um grupo de dez pessoas será suficiente para cada coleta, e talvez um grupo maior de indivíduos possa representar um problema, na medida em que os participantes tenham dificuldade em responder às questões. Caso o número de indivíduos por grupo seja aumentado, o número de entrevistadores também deverá ser acrescido. No que tange o grupo focal, a aplicação mostrou-se bastante satisfatória, e um grupo de dez pessoas se torna ideal.

De um modo geral, os idosos foram bastante receptivos e contribuíram muito para a realização do estudo. Sendo assim, com as alterações feitas, acreditamos que não haverá problemas para a realização da pesquisa.

5. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

[illegible]

6. ORÇAMENTO

Material	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Subtotal (R\$)
Folhas de ofício	4 x 500 folhas	15,00	60,00
Canetas	30	0,40	12,00
Filmadora Digital	-	-	-
Gravador de áudio	-	-	-
Toner para impressão	2	60,00	120,00
TOTAL DE GASTOS			R\$192,00

* Os custos com a pesquisa serão pagos pelo pesquisador responsável.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). **Guidelines for adults over age 65 (or adults 50-64 with chronic conditions, such as arthritis)**. 2009. Disponível em: <www.acsm.org>. Acessado em: Jun. 2011.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**. (Curitiba, PR). v. 9, n. 1, p. 9-14, jan/jun 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Avaliação Socioeconômica – 2009**. Disponível em: <www.abep.org>. Acessado em: Nov. 2010.

BALBINOTTI, M. A. A. **Inventário de Motivação à prática regular de atividade física (IMPRAFE-132)**. 2009.

BALBINOTTI, M. A. A.; BALBINOTTI, C. A. A. Motivação e perspectiva futura no tênis infanto-juvenil. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**. v.2 n.2. São Paulo, Dez. 2008.

BALBINOTTI, M. A. A.; BARBOSA, M. L. L. Análise da consistência interna e fatorial confirmatório do IMPRAFE-126 com praticantes de atividades físicas gaúchos. **Psico-USF**. v. 13, n. 1, p. 1-12, jan./jun. 2008.

BALBINOTTI, M. A. A.; CAPOZZOLI, C. J. Motivação à prática regular de atividade física: um estudo exploratório com praticantes em academias de ginástica. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v.22, n.1, p.63-80, jan./mar. 2008.

BALBINOTTI, M. A. A.; SALDANHA, R. P.; BALBINOTTI, C. A. A. Dimensões motivacionais de basquetebolistas infanto-juvenis: um estudo segundo o sexo. **Motriz**. Rio Claro, v.15 n.2 p.318-329, abr./jun. 2009.

BALBINOTTI, M. A. A. Inventário de Motivos para a Prática Regular de Atividades Físicas e Esportivas: Novas análises psicométricas. In: V Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. **Anais do...** Bento Gonçalves, 2011. Disponível em:<<http://www.ibapnet.org.br/congresso2011/home>>. Acesso em: Jan. 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

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.

BOWLING, A. The Psychometric Properties of the Older People's Quality of Life Questionnaire, Compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. **Gerontology and Geriatrics Research**. Volume 2009. Article ID 298950, 12 pages.

BOWLING, A.; STENNER, P. Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. **Journal of Epidemiology & Community Health**. 2011; 65: 273-280.

BOYLE, P. A.; BUCHMAN, A. S.; WILSON, R. S.; BIENIAS, J. L.; BENNETT, D. A. Physical activity is associated with incident disability in community-based older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**. 55(2), 2007. p. 195-201.

BRAZÃO, M. C.; HIRAYAMA, M. S.; GOBBI, S.; NASCIMENTO, C. M. C.; ROSEGUINI, A. Z. Estágios de mudança de comportamento e barreiras percebidas à prática de atividade física em idosos residentes em uma cidade de médio porte do Brasil. **Motriz**. Rio Claro, v.15, n.4, p.759-767, out./dez. 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

CARDOSO, A. S.; BORGES, L. J.; MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. B.; KUHNEN, A. P. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. **Revista Movimento**. Porto Alegre, v. 14, n. 01, p. 225-239, jan./abr. de 2008.

CARVALHO, E. D.; VALADARES, A. L. R.; COSTA-PAIVA, L. H.; PEDRO, A. O.; MORAIS, S. S.; PINTO-NETO, A. M. Atividade física e qualidade de vida em mulheres com 60 anos ou mais: fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2010; 32(9): 433-40.

CASPERSEN, C. J., POWELL, K. E., CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise and physical fitness. **Public Health Reports**. 1985. 100, 2, 126-131.

CASSOU, A. C. N.; FERMINO, R. C.; SANTOS, M. S.; RODRIGUEZ-ANÉZ, C. R.; REIS, R. S. Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. **Revista da Educação Física**. Maringá, v.19, n.3, p.353-360. 2008.

CAVALLI, A. S.; CAVALLI, M. O. O Brasil fica velho antes de ficar rico – O planejamento prognóstico como premissa para um envelhecimento saudável. In: CAVALLI, A. S.; AFONSO, M. R. (org.). **Trabalhando com a Terceira idade: práticas interdisciplinares**. Pelotas. Editora e Gráfica Universitária, 2011. p. 13-37.

CAWTHON, P. M.; FINK, H. A.; BARRETT-CONNOR, E.; CAULEY, J. A.; DAM, T. T.; LEWIS, C. E.; MARSHALL, L. M.; ORWOLL, E. S.; CUMMINGS, S. R. Alcohol use, physical performance, and functional limitations in older men. **Journal of the American Geriatrics Society**. 55(2), 2007. p. 212-20.

CHACHAMOVIC, E.; FLECK, M. P. A. **Manual WHOQOL-OLD**. 2006. Porto Alegre, UFRGS. Disponível em: <www.ufrgs.br/psiq/whowol-old>. Acesso em: Ago. 2007.

CHACHAMOVIC, E.; FLECK, M. P. A.; TRENTINI, C.; POWER, M. Brazilian WHOQOL-OLD Module version: a Rasch analysis of a new instrument. **Revista de Saúde Pública**. 2008. 42(2): 308-16.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. V.31, n.2, São Paulo, Abr. 1997.

CORRÊA, L. Q.; ROMBALDI, A. J.; SILVA, M. C. Atividade Física e Sintomas do Envelhecimento Masculino em uma População do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Vol. 17, N. 4. jul./ago., 2011.

COSTA, B. V.; BOTTCHEER, L. B.; KOKUBUN, E. Aderência a um programa de atividade física e fatores associados. **Motriz**. Rio Claro, v.15 n.1 p. 25-36, jan./mar. 2009.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the selfdetermination of behavior. **Psychological Inquiry**. 2000, 11:227–268.

DECI, E.; RYAN, R. **Intrinsic motivation and self-determination in human behavior**. New York: Plenum, 113–148. 1985.

DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. 2ª Ed. Campinas: Editora Alínea, 2006.

DOSIL, J. Motivación: motor del deporte. In: DOSIL, J. **Psicología de la actividad física y del deporte**. Madrid. Mcgrawhill, 2004.

DOWNS, D.S.; SAVAGE, J. S.; DINALLO, J. N. Self-Determined to Exercise? Leisure-Time Exercise Behavior, Exercise Motivation, and Exercise Dependence in Youth. **Journal of Physical Activity and Health**. 2012 Jun 12.

EIRAS, S. B.; SILVA, W. H. A.; SOUZA, D. L.; VENDRUSCOLO, R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas, v. 31, n. 2, p. 75-89, Jan 2010.

ESER, S.; SAATLI, G.; ESER, E.; BAYDUR, H.; FİDANER, C. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-OLD). **Turkish Journal of Psychiatry**. 2010.

ESPINOZA, I.; OSORIO, P.; TORREJÓN, M. J.; LUCAS-CARRASCO, R.; BUNOUT, D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. **Revista médica de Chile**. 2011. 139: 579-586.

ESTRADA, A.; CARDONA, D.; SEGURA, A. M.; CHAVARRIAGA, L. M.; ORDÓÑEZ, J.; OSORIO, J. J. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. **Biomédica**. 2011; 31: 492-502.

FARINATTI, P. T. V. **Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas**. v. 1, 1ª Ed. Barueri: Manole, 2008.

FARINATTI, P. T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 8, n. 4, jul./ago. 2002.

FERNANDES, H. M.; VASCONCELOS-RAPOSO, J. Continuum de Auto-Determinação: validade para a sua aplicação no contexto desportivo. **Estudos de Psicologia**. 2005, 10(3), 385-395.

FIGUEIRA, H. A.; GIANI, T. S.; BERESFORD, H.; FERREIRA, M. A.; MELLO, D.; FIGUEIRA, A. A.; FIGUEIRA, J. A.; DANTAS, E. H. M. Quality of life (QOL) axiological profile of the elderly population served by the Family Health Program (FHP) in Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. 49 (2009) 368–372.

FIORELLI, J. O. Condicionamento ou motivação? Introdução ao estudo do comportamento individual. In: FIORELLI, J. O. **Psicologia para administradores: integrando teoria e prática**. 4ª Ed. São Paulo. Atlas, 2004.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVIC, E.; TRENTINI, I. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 2003. 37(6):793-9.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Publica**. 2006. 40(5):785-91.

FLECK, M. P. A.; LOUSADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVIC, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100) 1999. **Revista de Saúde Publica**. 1999. 33:198-205.

FLECK, M. P. A.; S. LOUZADA, M. X.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". **Revista de Saúde Publica**. 34 (2): 178-83, 2000.

FRANCHI, K. M. B.; MONTEIRO, L. Z.; ALMEIDA, S. B.; PINHEIRO, M. H. P.; MEDEIROS, A. I. A.; MONTENEGRO, R. M.; MONTENEGRO JÚNIOR, R. M. Capacidade funcional e atividade física de Idosos com diabetes tipo 2. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Volume 13, Número 3, 2008.

FREITAS, C. M.; SANTIAGO, M. S.; VIANA, A. T.; LEÃO, A. C.; FREYRE, C. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. 2007. 9 (1): 92-100.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2005.

GARCIA, A.; PASSOS, A.; CAMPO, A. T.; PINHEIRO, E.; BARROSO, F.; COUTINHO, G.; MESQUITA, L. F.; ALVES, M.; SHOLL-FRANCO, A. A depressão e o processo de envelhecimento. **Revista Ciência & Cognição**. 2006. v. 7: 111-121.

GIEHL, M. W. C.; SCHNEIDERI, I. J. C.; CORSEUILII, H. X.; BENEDETTI, T. R. B.; D'ORSI, E. Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Revista de Saúde Pública**. 2012. 46(3):516-25.

GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª Ed. – 4ª reimp. – São Paulo: Atlas, 2011.

GOBBI, S.; CARITÁ, L. P.; HIRAYAMA, M. S.; JUNIOR, A. C. Q.; SANTOS, R. F.; GOBBI, L. T. B. Comportamento e Barreiras: Atividade Física em Idosos Institucionalizados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Out-Dez 2008, V.24 n. 4, p. 451-458.

GOMES, K. T.; ZAZÁ, D. C. Motivos de adesão a prática de atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. V.14, N.2, 2009. p. 132-138.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. **A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos**. Educativa – Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais. Fev. 1999. Disponível em: <<http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/>>

GONÇALVES, G. H. T. **Corridas de rua: um estudo sobre os motivos de adesão e permanência de corredores amadores de POA**. 2011. 52p. Trabalho de conclusão de curso. Escola de Educação Física – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre.

HALLAL, P. C.; VICTORA, C. G.; WELLS, J. C.; LIMA, R. C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Medicine Science and Sports Exercise*. 2003; 35:1894-900.

HALEY, C.; ANDEL, R. Correlates of Physical Activity Participation in Community-Dwelling Older Adults. **Journal of Aging and Physical Activity**. 2010, 18, 375-389.

HALVORSHUD, L.; KALFOSS, M.; DISETH, A. Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**. 2008; 22; 292–305.

HASKELL, W. L.; LEE, I, PATE, R. R.; POWELL, K. E.; BLAIR, S. N.; FRANKLIN, B. A.; MACERA, C. A.; HEATH, G. W.; THOMPSON, P. D.; BAUMAN, A. Physical Activity and Public Health – Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**. 116:1081-1093, 2007.

HAWTHORNE, G.; DAVIDSON, N.; QUINN, K.; MCCRATE, F.; WINKLER, I.; LUCAS, R.; KILIAN, R.; MOLZAHN, A. Issues in conducting cross-cultural research: implementation of an agreed international protocol designed by the WHOQOL Group for the conduct of focus groups eliciting the quality of life of older adults. **Quality of Life Research**. 2006; 15: 1257–70.

HILL, A. M.; HOFFMANN, T.; MCPHAIL, S.; BEER, C.; HILL, K. D.; BRAUER, S. G.; HAINES, T. P. Factors Associated With Older Patients' Engagement in Exercise After

Hospital Discharge. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 2011. 92: 1395-403.

IERVOLINO, S. A; PELICIONI, M. C. F. A Utilização do Grupo Focal como Metodologia Qualitativa na Promoção da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**. v.35, n.2, p. 115-21, jun., 2001.

INOUE, K.; SHONO, T.; MATSUMOTO, M. Absence of outdoor activity and mortality risk in older adults living at home. **JAPA**. 14(2), 2006. p. 203-11.

JACOB-FILHO, W. Atividade física e envelhecimento saudável. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v.20, p.73-77. Suplemento n. 5. Set. 2006.

JORDÃO-NETTO, A. **Gerontologia Básica**. São Paulo: Lemos, 1997.

KNIJNIK, J. D.; GREGUOL, M.; SANTOS, S. S. Motivação no esporte infanto-juvenil: uma discussão sobre razões de busca e abandono da prática esportiva entre crianças e adolescentes. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**. n.19 v.1, p.7-13, 2001.

KONTOS, P. C.; MILLER, K. L.; BROOKS, D.; JASSAL, S. V.; SPANJEVIC, L.; DEVINS, G. M.; SOUZA, M. J.; HECK, C.; LAPRADE, J.; NAGLIE, G. Factors influencing exercise participation by older adults requiring chronic hemodialysis: a qualitative study. **International Urology and Nephrology**. (2007) 39:1303–1311.

LENS, W. La signification motivationnelle de la perspective future. **Revue québécoise de psychologie**. 14, 69-83. 1993.

LIEURY, A.; FENOUILLET, F. **Motivação e aproveitamento escolar**. São Paulo: Loyola. 2000.

LOURES, M. C.; PORTO, C. C.; BARBOSA, M. A.; FREIRE-FILHA, L. G. Women's quality of life: University of the Third Age, Goiás, Brazil. **Revista de Salud Pública**. 12 (3): 391-401, 2010.

LUZNY, J.; IVANOVA, K. Quality of life in hospitalized seniors with psychiatric disorders (a cross-sectional study from the kromeriz district, czech republic). **Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacky - Olomouc - Czech Republic**. 2009 Dec; 153(4):315–318.

MALMBERG, J. J.; MIILUNPALO, S. I.; PASANEN, M. E.; VUORI I. M.; OJA, P. Associations of leisure-time physical activity with mobility difficulties among middle-aged and older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**. 14(2), 2006. p.133-53.

MANINI, T. M.; EVERHART, J. E.; PATEL, K. V.; SCHOELLER, D. A.; COLBERT, L. H. VISSER, M.; TYLAVSKY, F.; BAUER, D. C.; GOODPASTER, B. H.; HARRIS, T. B. Daily Activity Energy Expenditure and Mortality Among Older Adults. **JAMA** 2006;296:171-9.

MARGIS, R.; DONIS, K. C.; SCHÖNWALD, S. V.; RIEDER, C. R. M. WHOQOL-OLD assessment of quality of life in elderly patients with Parkinson's disease: influence of sleep and depressive symptoms. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol. 32. nº 2. jun. 2010.

MARTINS, M. O. **Estudo dos fatores determinantes da prática de atividade física de professores universitários**. Dissertação (Mestrado). Florianópolis: UFSC/CDS, 2000.

MASLOW, A. **Motivation and personality**. Nova York: Harper e Row, 1954.

MATIAS, T. S. **Motivação para a prática de atividade física relacionada aos estados de humor e de depressão na adolescência**. 2010. 197p. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) – Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis.

MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento & atividade física**. Londrina: Midiograf, 2001.

MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Boletim do Instituto de Saúde (Impr.)**. São Paulo, n. 47, abr. 2009. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 Ago. 2012.

MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Revista Mineira de Educação Física** Viçosa, v. 10, n. 1, p. 195-209, 2002.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; ANDRADE, E. L.; ANDRADE, D. R.; OLIVEIRA, L. Evolution of physical activity level of people over 50-years old involved in a community physical activity promotion program. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. 38(5 Suppl), 2006.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Vol. 7, Nº 1 – Jan/Fev, 2001.

MAZO, G. Z. **Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

MAZO, G. Z.; LOPES, M.; BENEDETTI, T. R. B. **Atividade Física e o Idoso: Concepção Gerontológica**. 3ª ed. ver. e ampl. Porto Alegre: Sulina, 2009.

MAZO, G. Z.; MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B. Motivação de idosos para a adesão a um programa de exercícios físicos. **Psicologia para América Latina**. n.18 México Nov. 2009.

MCCLELLAND, D. n-Achievement and entrepreneurship: a longitudinal study. **Journal of Personality and Social Psychology**. vol. 1, n. 4, p. 392-396, 1965.

MEIER, M. J. ; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto & Contexto Enfermagem** Florianópolis, v.12, n.3, p. 394-399, 2003.

MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v.16. n.1. 2011.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 28(2):208-209, fev, 2012.

MINICUCCI, A. Motivação. In: MINICUCCI, A. **Psicologia aplicada à administração**. 5ª Ed. São Paulo. Atlas, 1995.

MOLZAHN, A.; SKEVINGTON, S. M.; KALFOSS, M.; MAKAROFF, K. S. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. **Quality of Life Research**. 2010. 19:293–298.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**. 2010; 20(1): 67-73.

MORGAN, A. L.; TOBAR, D. A.; SNYDER, L. Walking toward a new me: the impact of prescribed walking 10,000 steps/day on physical and psychological well-being. **Journal of physical activity & health**. 7(3): 299-307, 2010.

MOSCHNY, A.; PLATEN, P.; KLAABEN-MIELKE, R.; TRAMPISCH, U.; HINRICHS, T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. International. **Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. 2011, 8:121.

MOTA, J. Atividade física para a terceira idade como promoção de saúde. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. 9 (Supl.1): S21-S22, 2007.

MURCIA, J. A. M.; COLL, D. G. C. Permanência de praticantes em programas aquáticos baseada na Teoria da Autodeterminação. **Fitness & Performance Journal**. vol. 5, núm. 1, ene-feb. 2006, p. 5-10.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. 2008; 6 (Supl 1):S4-S6.

NELSON, M. E. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Baltimore, v. 39, p. 1435-45, 2007.

NERI, A. L. Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: rumbo a una Psicología positiva en América Latina. **Revista Latino Americana de Psicología**. v. 43 n. 1-2, p. 55-74, 2002.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas (SP): Papirus; 2007.

NOREKVÅL, T. M.; FRIDLUND, B.; ROKNE, B.; SEGADAL, L.; WENTZEL-LARSEN, T.; NORDREHAUG, J. E. Patient-reported outcomes as predictors of 10-year survival in women after acute myocardial infarction. **Health and Quality of Life Outcomes**. 2010, 8:140.

NOVAES, M. E. **Conquistas possíveis e rupturas necessárias: Psicologia da terceira idade**. Rio de Janeiro: Grypho. 1995.

NUTTIN, J. **Théorie de la motivation humaine**. 1985. Paris: Presses Universitaires de France.

OKUMA, S. S.; MIRANDA, M. L. J.; VELARDI, M. Atitudes de idosos frente à prática de atividades físicas. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. 2007; 15(2): 47-54.

OLIVEIRA, P. P.; SANDRIN, C. C.; BATISTA, P. H.; MARINHEIRO, L. P. F.; WENDER, M. C. O.; ROISENBERG, F. Relação entre qualidade de vida e fratura vertebral em mulheres idosas residentes no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.33 no.5 Rio de Janeiro May 2011.

PATE, R. R.; PRATT, M.; BLAIR, S. N.; HASKELL, W. L.; MACERA, C. A.; BOUCHARD, C.; BUCHNER, D.; ETTINGER, W.; HEATH, G. W.; KING, A. C.; KRISKA, A.; LEON, A. S.; MARCUS, B. H.; MORRIS, J.; PAFFENBARGER, R. S.; PATRICK, K.; POLLOCK, M. L.; RIPPE, J. M.; SALLIS, J.; WILMORE, J. H. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Diseases and Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**. 1995; 273:402-7.

PATEL, K. V.; COPPIN, A. K.; MANINI, T. M.; LAURETANI, F.; BANDINELLI, S.; FERRUCCI, L.; GURALNIK, J. M. Midlife physical activity and mobility in older age: The InCHIANTI Study. **American Journal of Preventive Medicine**. 31(3), 2006. p.217-24.

PEREIRA, J. R. P.; OKUMA, S. S. O perfil dos ingressantes de um programa de educação física para idosos e os motivos da adesão inicial. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v.23, n.4, p.319-34, out./dez. 2009.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, R. C. L.; SAMPAIO, R. F.; PRIORE, S. E.; CECON, P. R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. jan/abr 2006. 28(1): 27-38.

PIRES, A.; CID, L.; BORREGO, C.; SILVA, C. Validação preliminar de um questionário para avaliar as necessidades psicológicas básicas em educação física. **Motricidade**. vol.6. n.1, p.35-51, 2010.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília v.10 n. 3 p.49-54. Jul. 2002.

PORTO, D. B.; GUEDES, D. P.; FERNANDES, R. A.; REICHERT, F. F. Perceived quality of life and physical activity in Brazilian older adults. **Motricidade**. 2012, vol. 8, n. 1, p. 33-41.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**. 47 (9), 1992: 1102-1114.

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, March 2007.

RIBEIRO, D. P.; MAZO, G. Z.; BRUST, C.; CARDOSO, A. S.; SILVA, A. H.; BENEDETTI, T. R. B. Programa de ginástica para idosos nos centros de saúde: avaliação da aptidão funcional. **Revista Fisioterapia em Movimento**. 2009 jul/set. 22(3): 407-417.

RIBEIRO, R. D. Elencando motivos para a prática de atividade física: um estudo de caso com idosos de dois núcleos do programa vida ativa da PBH - Prefeitura de Belo Horizonte – MG. **Fiep Bulletin** - Volume 81 - Special Edition - ARTICLE II – 2011.

ROBBINS, S. P. Motivação no trabalho e recompensas. In: ROBBINS, S. P. **Administração: mudanças e perspectivas**. São Paulo. Saraiva, 2002.

ROCHA, S. V.; CARNEIRO, L. R. V.; COSTA-JÚNIOR, L. O. S. Motivos para a prática de atividade física entre idosos no município de Itabuna – BA. **Rev APS**. 2011 jul/set; 14(3): 276-282.

RODRIGUES, N. C. Situação social do velho em diferentes épocas e sociedades. In: SHONS, C. M.; PALMA, L. T. S. (orgs.). **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social**. Passo Fundo, RS: UPF Editora, 2000.

ROLIM, F. S. **Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento**. Campinas – SP, 2005. UNICAMP. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em Educação Física, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, 2005.

RUEL, P. H. Motivation et représentation de soi. 1987. **Revue des sciences de l'éducation**. 13, 239-260.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. **American Psychologist**. 2000, 55:68–78.

SALCEDO, J. F. **Os motivos à prática regular do treinamento personalizado: um estudo com alunos de personal trainer**. 2010. 44p. Trabalho de conclusão de curso. Escola de Educação Física – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre.

SALVADOR, E. P.; FLORINDO, A. A.; REIS, R. S.; COSTA, E. F. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. **Revista de Saúde Pública**. 43(6): 972-80, 2009.

SANTOS, C. A. S.; DANTAS, E. E. M.; MOREIRA, M. H. R. Correlation of physical aptitude; functional capacity, corporal balance and quality of life (QoL) among elderly women submitted to a post-menopausal physical activities program. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. 53 (2011) 344–349.

- SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas. 25(4). p. 585-593, outubro - dezembro 2008.
- SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L.; COOK, S.; KIDDER, L. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1972.
- SETIÉN, M. L. **Indicadores sociales de calidad de vida**. Madrid: Siglo XIX de Espanha Editores, S. A.
- SHUMWAY-COOK, A.; GURALNIK, J. M.; PHILLIPS, C. L.; COPPIN, A. K.; CIOL, M. A.; BANDINELLI, S.; FERRUCCI, L. Age-associated declines in complex walking task performance: the Walking In. CHIANTI toolkit. **Journal of the American Geriatrics Society** 55(1), 2007. p.58-65.
- SO, C.; PIERLUISSI, E. Attitudes and Expectations Regarding Exercise in the Hospital of Hospitalized Older Adults: A Qualitative Study. **Journal of the American Geriatrics Society**. 60:713–718, 2012.
- SOLBERG, P. A.; HOPKINS, W. G.; OMMUNDSEN, Y.; HALVARI, H. Effects of three training types on vitality among older adults: A self-determination theory perspective. **Psychology of Sport and Exercise**. 13 (2012) 407e417.
- STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D. I.; COSTA, J. L. R. Depressão no Idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**. Rio Claro. Ago/Dez v.8 n.3, pp. 91-98, 2002.
- SUNDQUIST, K.; QVIST, J.; SUNDQUIST, J.; JOHANSSON, S. E. Frequent and occasional physical activity in the elderly: a 12-year follow-up study of mortality. **American Journal of Preventive Medicine**. 27(1), 2004. p. 22-7.
- TADIN, A. P.; RODRIGUES, J. A. E.; DALSOQUIO, P.; GUABIRABA, Z. R.; MIRANDA, I. T. P. O conceito de motivação na teoria das relações humanas. **Revista de Ciências Empresariais**. v.2, n.1, p.40-47, 2005.
- TAMAI, S. A. B.; PASCHOAL, S. M. P.; LITVOC, J.; MACHADO, N. A.; CURIATI, P. K.; PRADA, L. F.; JACOB-FILHO, W. Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. **Einstein**. 2011; 9 (Pt 1):8-13.
- TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.
- TAVARES, D. M. S.; GOMES, N. C.; DIAS, F. A.; SANTOS, N. M. F. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** (impr.). 2012 abr -jun; 16 (2):371-378.
- TAVARES, D. M. S.; MARTINS, N. P. F.; DINIZ, M. A.; DIAS, F. A.; SANTOS, N. M. F. Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):438-44.
- TEIXEIRA, A. R.; NUNES, M. G. P.; FREITAS, C. L. R.; GONÇALVES, A. K.; TEIXEIRA, S. B. Análise da Qualidade de Vida de Idosos com Sintoma de Zumbido.

Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia São Paulo - Brasil, v.14, n.1, p. 54-59, Jan/Fev/Março, 2010.

TEIXEIRA, P. J.; CARRAÇA, E. V.; MARKLAND, D.; SILVA, M. N.; RYAN, R. M. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. 2012, 9:78

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

URZÚA, A.; BRAVO, M.; OGALDE, M.; VARGAS, C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. **Revista médica de Chile**. 2011; 139: 1006-1014.

VALADARES, A. L. R.; CARVALHO, E. D.; COSTA-PAIVA, L. H.; MORAIS, S. S.; PINTO-NETO, A. M. Association between different types of physical activities and quality of life in women aged 60 years or over. **Revista da Associação Médica Brasileira** 2011; 57(4):450-455.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, São Paulo maio/jun. 2009.

VLACHOPOULOS, S. P.; GIGOUDI, M. A. Why don't you exercise? Development of the amotivation toward exercise scale among older inactive individuals. **Journal of Aging and Physical Activity**. 2008;16:316–341.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active ageing: a policy framework**. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, Apr. 2002. Disponível em: <www.who.org>. Acesso em: Out, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. 1994. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, p. 11-18.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Report 1998: Life in the 21st Century – A Vision for All**. Geneva:World Health Organization. 1998.

YOSHIUCHI, K.; INADA, S.; NAKAHARA, R.; AKABAYASHI, A.; PARK, H.; PARK, S.; SHEPARD, R. J.; AOYAGI, Y. Stressful life events and habitual physical activity in older adults: 1-year accelerometer data from the Nakanojo Study. **Mental Health and Physical Activity**. 3(1): 23-25, 2010.

ANEXOS

**Anexo A – Inventário de Motivação à prática de AF e Esportiva (IMPRAFE-132) –
instrumento original**

INVENTÁRIO DE MOTIVAÇÃO À PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA e/ou ESPORTE

Este inventário visa conhecer melhor o grupo de motivações que o faz realizar (ou o mantém realizando) atividades físicas e/ou esportivas, regulares. As afirmações (ou itens) descritas abaixo podem ou não representar suas próprias motivações. Indique, de acordo com a escala abaixo, o quanto cada afirmação representa (ou representaria) sua motivação para realizar uma atividade física regular ou um esporte. Note que, quanto maior o valor associado a cada afirmação, mais motivadora ela é para você. Responda a todos os itens de forma sincera, não deixando nenhuma resposta em branco.

- (1) – Este item não representa um motivo que me levaria a realizar uma atividade física regular ou esporte
 (2) – Isto me motiva pouquíssimo (para realizar uma atividade física regular ou esporte)
 (3) – Isto me motiva pouco (para realizar uma atividade física regular ou esporte)
 (4) – Isto me motiva “mais ou menos” (não sei dizer ou tenho dúvida) (para realizar uma atividade física regular ou esporte)
 (5) – Isto me motiva muito (para realizar uma atividade física regular ou esporte)
 (6) – Isto me motiva muitíssimo (para realizar uma atividade física regular ou esporte)
 (7) – É por esse motivo que eu pratico atividade física ou esporte

1	001. () liberar tensões mentais	6	031. () aliviar pressões da família
	002. () manter a forma física		032. () crescer com saúde
	003. () estar com os amigos		033. () conversar com outras pessoas
	004. () vencer competições		034. () superar meus limites
	005. () manter bom aspecto		035. () ficar forte
	006. () me sentir melhor		036. () me sentir à vontade
2	007. () relaxar	7	037. () gastar energia
	008. () manter o corpo em forma		038. () aumentar minha força
	009. () fazer novos amigos		039. () estar com outras pessoas
	010. () melhorar minhas habilidades		040. () melhorar meus índices físicos
	011. () emagrecer		041. () ser admirado pelos outros
	012. () obter satisfação		042. () descontraír
3	013. () sair do cotidiano	8	043. () realizar atividades do dia a dia, sem stress
	014. () manter a saúde		044. () ter índices saudáveis de aptidão física
	015. () encontrar amigos		045. () ter a oportunidade de rir
	016. () atingir meus objetivos		046. () ter a possibilidade de ganhar dinheiro
	017. () manter o corpo em forma		047. () ficar com o corpo bonito
	018. () meu próprio prazer		048. () adquirir gosto pelo exercício
4	019. () acalmar-me	9	049. () esquecer dos problemas
	020. () evitar a obesidade		050. () realizar as tarefas do dia a dia sem dificuldades
	021. () ter respeito pelos outros		051. () reunir meus amigos
	022. () ser reconhecido		052. () ter mais status social
	023. () ter bom aspecto		053. () ficar com o corpo definido
	024. () sentir-me mais satisfeito comigo mesmo		054. () ter a sensação de bem estar
5	025. () ter uma válvula de escape	10	055. () descontraír
	026. () diminuir o peso		056. () levar a vida com mais alegria
	027. () não ficar em casa		057. () participar de novos grupos de amizades
	028. () receber homenagens		058. () ganhar dos adversários
	029. () desenvolver a musculatura		059. () chamar a atenção das pessoas
	030. () contentar-me		060. () livrar-me de preocupações

Considere e escala abaixo:

- (1) – Este item não representa um motivo que me levaria a realizar uma atividade física regular ou esporte
 (2) – Isto me motiva pouquíssimo (para realizar uma atividade física regular ou esporte)
 (3) – Isto me motiva pouco (para realizar uma atividade física regular ou esporte)
 (4) – Isto me motiva “mais ou menos” (não sei dizer ou tenho dúvida) (para realizar uma atividade física regular ou esporte)
 (5) – Isto me motiva muito (para realizar uma atividade física regular ou esporte)
 (6) – Isto me motiva muitíssimo (para realizar uma atividade física regular ou esporte)
 (7) – É por esse motivo que eu pratico atividade física ou esporte

11	061. () tirar o stress mental 062. () não ficar doente 063. () divertir-me 064. () desenvolver habilidades 065. () ter um corpo definido 066. () sentir-me mais alegre	17	097. () ter sensação de repouso 098. () ficar mais forte 099. () participar nas aulas de educação física 100. () concorrer com os outros 101. () ser notado entre as pessoas 102. () ocupar meu tempo livre
12	067. () sair da agitação do dia-a-dia 068. () adquirir saúde 069. () brincar com meus amigos 070. () aprender novas habilidades 071. () sentir-me bonito 072. () divertir-me	18	103. () ficar mais tranquilo 104. () ter a sensação de auto-realização 105. () ser respeitado pelos outros 106. () atingir meus limites 107. () desenvolver o meu corpo 108. () entreter-me
13	073. () descansar 074. () melhorar a saúde 075. () fazer parte de um grupo de amigos 076. () ser campeão no esporte 077. () ser admirado 078. () distrair-me	19	109. () ficar sossegado 110. () viver mais 111. () ir a escolinhas de esporte 112. () competir com os outros 113. () tornar-me atraente 114. () alcançar meus objetivos
14	079. () diminuir a irritação 080. () manter um bom aspecto físico 081. () ser reconhecido entre meus amigos 082. () ser o melhor no esporte 083. () atrair a atenção 084. () me sentir bem	20	115. () diminuir a angústia pessoal 116. () ficar livre de doenças 117. () ir para a igreja ou culto religioso 118. () ganhar prêmios 119. () ter um corpo em boa forma física 120. () atingir meus ideais
15	085. () diminuir a ansiedade 086. () estar bem comigo mesmo 087. () sentir-me integrado com meus amigos 088. () ter prestígio 089. () ser considerado mais bonito 090. () realizar-me	21	121. () ficar mais calmo 122. () manter o corpo em forma 123. () encontrar amigos 124. () melhorar minhas habilidades 125. () ser admirado pelos outros 126. () meu próprio prazer
16	091. () sair do stress da família 092. () evitar o cansaço 093. () ir para escola 094. () ter retorno financeiro 095. () ser considerado mais bonito 095. () não engordar	22	127. () satisfazer uma necessidade pessoal 128. () melhorar minha condição cardiovascular 129. () mostrar aos meus amigos o que é importante para mim 130. () Enfrentar novos desafios 131. () motivar outras pessoas fazerem o mesmo 132. () me sentir competente

Anexo B – Questionário de QV (WHOQOL-BREF) – instrumento original

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo C – Questionário de QV (WHOQOL-OLD) – instrumento original



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz	Feliz	Muito feliz
1	2	nem infeliz	4	5
		3		

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim	Boa	Muito boa
1	2	nem boa	4	5
		3		

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

(Dissertação de José Antonio Bicca Ribeiro)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Escola Superior de Educação Física
Programa de Pós-Graduação em Educação Física



Relatório do Trabalho de Campo

**Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade
física em idosos e o impacto na qualidade de vida**

José Antonio Bicca Ribeiro

Pelotas, 2014

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório visa explicitar os contornos metodológicos e a logística do trabalho de campo que envolveu as coletas de dados do trabalho “Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade física em idosos e o impacto na qualidade de vida”, cujos desfechos principais eram a motivação para a prática de atividade física além da qualidade de vida. O estudo foi realizado na cidade de Pelotas, no ano de 2013, com idosos participantes do Núcleo de Atividades para a Terceira Idade (NATI) da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas.

Para a realização da pesquisa tomou-se por base duas abordagens metodológicas: a primeira delas, quantitativa (componente quantitativo), que foi realizada a partir da aplicação de quatro instrumentos (questionários); e a segunda, qualitativa (componente qualitativo), que tinha por base a aplicação de grupos focais.

Os objetivos da pesquisa foram:

- ✓ Identificar os principais motivos que levam idosos a praticar AF em um programa específico e o impacto dessa prática na sua qualidade de vida;
- ✓ Identificar o que leva os idosos a ingressarem em um programa de AF;
- ✓ Descrever quais os motivos que levam os idosos a permanecerem em um programa de AF;
- ✓ Verificar e analisar a relação entre a motivação para a prática de AF e a QV dos idosos;

Desse modo, neste relatório buscou-se descrever como ocorreu o processo de amostragem, bem como a aderência do grupo estudado à pesquisa, as questões referentes aos instrumentos utilizados, e a logística da coleta de dados propriamente dita.

É importante destacar que a presente pesquisa foi realizada através de um consórcio, pois parte dos dados referentes à qualidade de vida foram coletados por outra pesquisadora, que tinha por objetivo analisar a qualidade de vida de idosos, porém com outras associações.

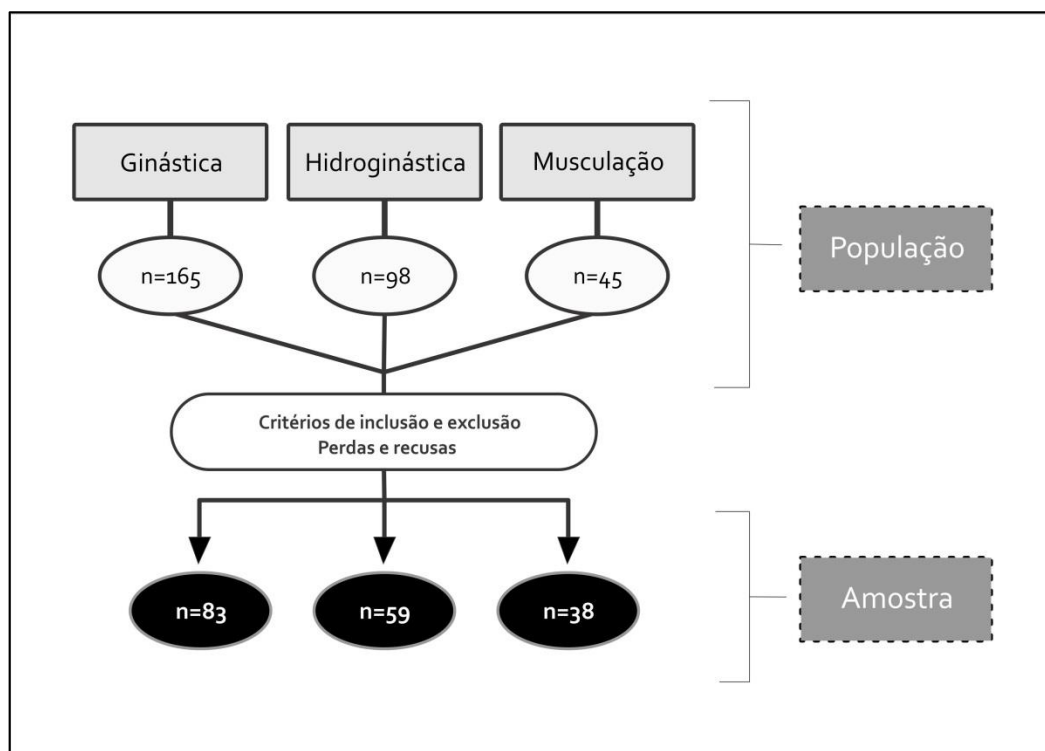
2. POPULAÇÃO ENVOLVIDA E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Primeiramente foi realizado um contato junto à coordenação do projeto, solicitando a autorização para a realização do estudo. Após a liberação da coordenação, foi feito um contato inicial com os participantes do projeto, buscando explicar os objetivos da pesquisa, bem como, a sua logística.

A população estudada foi composta por idosos praticantes de atividade física regular em um projeto universitário na cidade de Pelotas, selecionados intencionalmente. No total, haviam 308 idosos elegíveis para participar da pesquisa, pois preenchiam aos critérios de inclusão do estudo – tinham 60 anos ou mais, e estavam devidamente cadastrados no projeto, em uma das modalidades de atividade física (ginástica, hidroginástica ou musculação).

O contato inicial com os idosos foi realizado em outubro de 2012, ocasião em que foi realizado o estudo piloto, com o objetivo de verificar a logística de aplicação dos instrumentos. Todos os idosos foram convidados a participar do estudo através deste contato inicial, e avisados que seriam procurados nas aulas das modalidades em que eram participantes.

Ao final das coletas iniciais, verificamos uma defasagem no tamanho da amostra que ficou compreendido em 170 idosos, entre as três modalidades de atividades ofertadas no projeto (Figura 1). Muitos idosos acabaram se ausentando das aulas, por algum tempo, e como existe um controle da frequência destes indivíduos nas aulas das modalidades, eles foram afastados do projeto, inviabilizando sua participação na pesquisa. Outros se recusaram a participar do estudo, ou não estavam presente nas datas e locais das coletas, sendo considerados como perdas ou recusas.

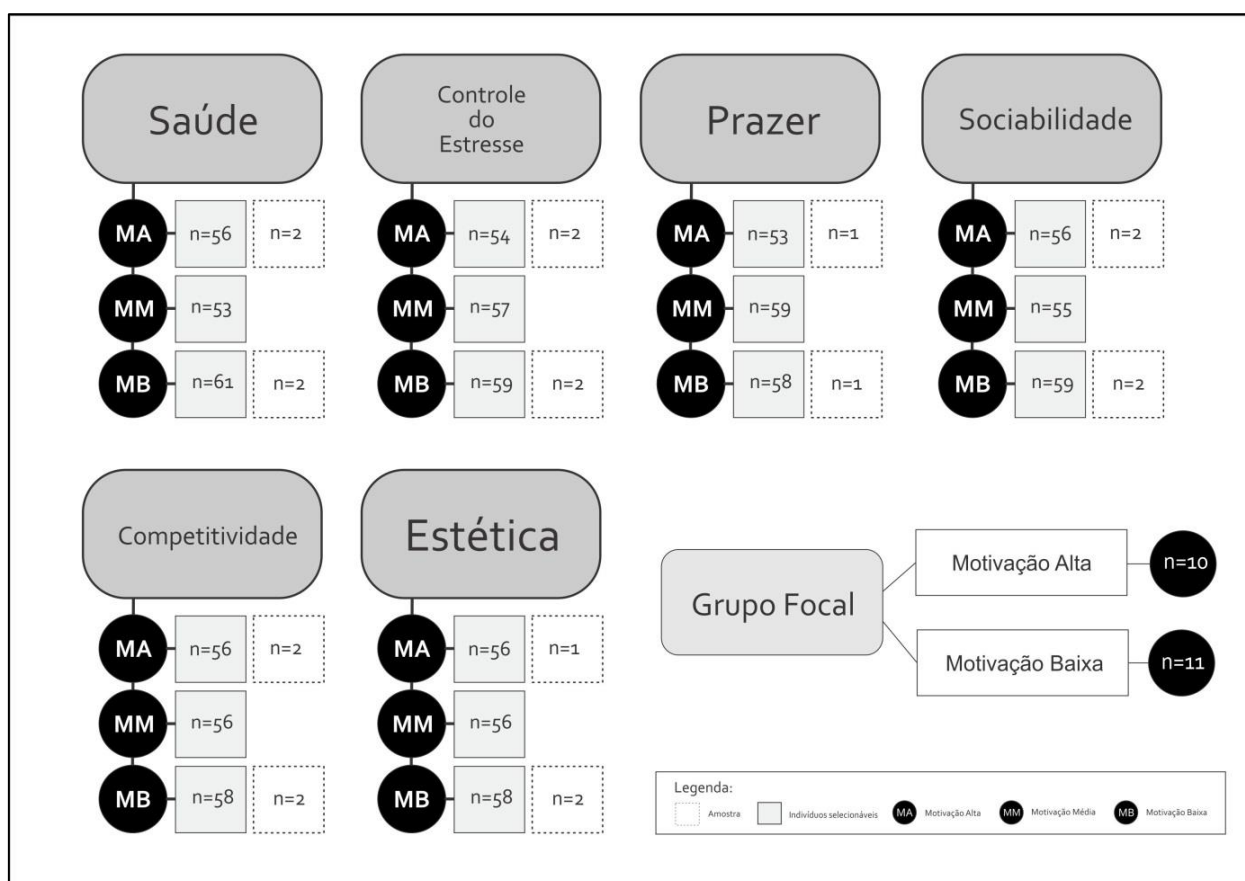
Figura 5 – Fluxograma de amostragem

Para a realização da abordagem Qualitativa do estudo, foi necessária a utilização dos resultados referentes à avaliação da motivação, sendo que, o nível motivacional foi aferido a partir do Inquérito de motivação para a prática de atividade física (IMPRAFE-132), cujas médias foram divididas de acordo com os tercís (tercil 1=motivação baixa; tercil 2= motivação média e tercil 3=motivação alta). O questionário divide a motivação de acordo com dimensões, a saber: Saúde, Controle do Estresse, Prazer, Sociabilidade, Competitividade e Estética. Desse modo, ainda considerou-se, as dimensões da motivação para a composição dos grupos focais, sendo que foram selecionados dois indivíduos com motivação baixa e dois indivíduos com motivação alta para cada uma das dimensões, desconsiderando as pessoas que apresentaram motivação média (Figura 2).

Após a análise dos dados referentes à abordagem Quantitativa, utilizando as médias obtidas em cada dimensão do IMPRAFE-132, foram selecionados 24 sujeitos para compor os grupos focais, de acordo como seu nível de motivação, sendo 12 com motivação alta e 12 com motivação baixa. Ainda buscou-se contemplar o número de quatro indivíduos para cada dimensão motivacional (dois com motivação alta e dois com motivação baixa). Alguns indivíduos não compareceram à coleta, desse modo,

algumas dimensões apresentaram um número menor de participantes. Participaram deste segmento da pesquisa, 11 idosos com motivação alta e 10 idosos com motivação baixa, totalizando 21 idosos nesse eixo de pesquisa.

Figura 6 – Fluxograma de composição dos grupos focais



3. LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

No planejamento das atividades, foi prevista a realização de um projeto piloto, com o objetivo de verificar a logística de aplicação dos instrumentos, bem como a necessidade de adequação para a coleta final.

O projeto piloto foi realizado no ano de 2012, com indivíduos que não fizeram parte da amostra final. A partir da realização do mesmo, não foi verificada a necessidade de alteração dos instrumentos utilizados, mas a forma de aplicação dos mesmos foi modificada, sendo que no piloto o instrumento foi auto preenchido, e para

a coleta, optou-se por realizar entrevistas, visto que a alteração facilitou o entendimento dos participantes.

Após a realização do piloto e defesa do projeto de qualificação, procederam-se as alterações sugeridas pela banca e iniciaram as coletas finais. Entre os meses de Março e Setembro de 2013 foram realizadas as coletas referentes ao componente Quantitativo do estudo, a partir da aplicação dos questionários: referente à motivação – IMPRAFE-132, e referentes à qualidade de vida – WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, junto aos idosos participantes do projeto. Durante esta fase de coleta, a avaliação da qualidade de vida foi feita em conjunto com outra pesquisadora, por meio de um consórcio de pesquisa. As coletas foram realizadas nos locais de aulas dos idosos, após a realização das mesmas, por considerar um ambiente oportuno e de fácil acesso aos participantes.

O pesquisador responsável esteve presente durante todo o período de coleta e contou ainda com o auxílio de um grupo de entrevistadores previamente treinados para a aplicação dos instrumentos, e que também estiveram presentes no estudo piloto. É interessante ressaltar que as coletas somente foram iniciadas mediante aprovação no comitê de ética em pesquisa da Escola Superior de Educação Física, em novembro de 2012.

Após a realização da coleta inicial, referente ao componente Quantitativo do estudo, os dados foram digitados em um banco de dados no programa Excel 2011 e transferidos para o software STATA 12.1, onde se procederam as análises. Foram seguidas as recomendações dos autores que desenvolveram os instrumentos para o cálculo das pontuações, e ambos os instrumentos forneciam escores contínuos de pontos. Depois de calculadas as médias dos instrumentos, foram utilizadas aquelas referentes à motivação para a seleção dos participantes para os grupos focais.

Os indivíduos selecionados foram contatados previamente, com o objetivo de verificar a disponibilidade em comparecer à sessão, realizada em uma sala da ESEF, sem ruídos e que propiciasse a sensação de bem-estar aos indivíduos e facilitasse a interação durante a realização do grupo focal. Ambos os grupos focais foram realizados no mesmo dia (9 de dezembro de 2013), sendo que o grupo com os idosos menos motivados foi realizado no período da manhã e o grupo com idosos mais motivados na parte da tarde. Cada sessão teve a duração de aproximadamente 65 minutos, e contou com a participação de um moderador (pré-requisito para a aplicação

da técnica), além de um observador externo, responsável pelo registro audiovisual dos mesmos. Após cada sessão foi disponibilizado um coffee-breake aos participantes, possibilitando um momento de interação e descontração com os idosos.

Após a coleta, os dados foram transcritos e os nomes dos participantes foram substituídos por outros fictícios, com o objetivo de garantir o sigilo das identidades dos participantes, uma vez que as falas estão presentes no artigo gerado a partir da coleta. As características dos participantes dos grupos focais são apresentadas na Tabela 1.

Quadro 5 – Caracterização dos participantes dos grupos focais

Nome fictício	Sexo	Idade	Modalidade	Nível de Motivação	Início no projeto	Nº de doenças
<i>Jade</i>	Feminino	78 anos	Hidroginástica	Baixa	2000	4
<i>Safira</i>	Feminino	81 anos	Hidroginástica	Baixa	2002	3
<i>Topázio</i>	Masculino	81 anos	Hidroginástica	Baixa	2003	4
<i>Madrepérola</i>	Feminino	67 anos	Hidroginástica	Baixa	1999	5
<i>Turquesa</i>	Feminino	80 anos	Hidroginástica	Baixa	2000	4
<i>Ágata</i>	Feminino	74 anos	Hidroginástica	Baixa	2012	3
<i>Turmalina</i>	Feminino	85 anos	Hidroginástica	Baixa	2006	3
<i>Bauxita</i>	Feminino	85 anos	Hidroginástica	Baixa	2000	1
<i>Zircão</i>	Masculino	72 anos	Hidroginástica	Baixa	2007	1
<i>Ônix</i>	Feminino	83 anos	Hidroginástica	Baixa	1999	4
<i>Fluorita</i>	Feminino	79 anos	Hidroginástica	Baixa	1993	9
<i>Esmeralda</i>	Feminino	62 anos	Musculação	Alta	2012	2
<i>Opala</i>	Feminino	71 anos	Ginástica	Alta	1999	2
<i>Ametista</i>	Feminino	60 anos	Ginástica	Alta	2009	1
<i>Cristal</i>	Feminino	60 anos	Musculação	Alta	2007	3
<i>Pérola</i>	Feminino	62 anos	Hidroginástica	Alta	2003	4
<i>Coral</i>	Feminino	73 anos	Ginástica	Alta	2008	1
<i>Âmbar</i>	Feminino	67 anos	Ginástica	Alta	2012	1

<i>Iolita</i>	Feminino	64 anos	Hidroginástica	Alta	2003	2
<i>Azurita</i>	Feminino	61 anos	Ginástica	Alta	2009	1
<i>Cianita</i>	Feminino	62 anos	Hidroginástica	Alta	1999	9

Por fim, algumas alterações no cronograma do projeto de pesquisa foram necessárias, principalmente devido à coleta dos dados se estender para um tempo além do planejado.

3. ARTIGO

“Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade física em idosos e o impacto na qualidade de vida”

(Nas normas da Revista Brasileira de Educação Física e Esporte)

ARTIGO ORIGINAL

Subárea: Comportamental e Pedagógica

**ASPECTOS MOTIVACIONAIS RELACIONADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E
O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS**

Título Abreviado: Motivação e qualidade de vida de idosos.

RESUMO

O estudo objetivou identificar os aspectos motivacionais que promovem a adesão e permanência de idosos em um programa de atividade física (AF) orientada e o impacto desta participação na qualidade de vida (QV). O delineamento seguiu duas abordagens – uma Quantitativa e outra Qualitativa. No componente quantitativo foram entrevistados 170 idosos participantes de um projeto voltado para a prática de AF na cidade de Pelotas/RS, que responderam aos seguintes instrumentos: ficha para a caracterização sócio-demográfica; Inventário de Motivação para a Prática de Atividade Física (IMPRAFE-132); WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. Os indivíduos foram classificados segundo a motivação em baixa, média ou alta. No componente qualitativo foram realizados dois grupos focais com 21 idosos selecionados aleatoriamente que tiveram nível de motivação baixa ou alta, no IMPRAFE-132. A dimensão motivacional com maior média foi a Saúde (116,66, DP=17,06), e os domínios das Relações Sociais (84,71; DP= 24,07) e das Atividades passadas presentes e futuras (80,21; DP= 22,17) apresentaram os maiores escores de QV. Identificou-se uma relação positiva entre QV e motivação, sendo que indivíduos mais motivados apresentaram melhores escores de QV ($p<0,01$). Através dos grupos focais foi possível identificar que a importância da AF se relaciona aos motivos de adesão ao Projeto: manutenção ou promoção da saúde, e a sensação de bem estar que a participação é capaz de promover. A percepção positiva da QV esteve relacionada à motivação para a prática de AF, uma vez que os idosos indicaram que a saúde é fator importante para a manutenção da mesma, desse modo, ao

1 perceber o que lhes é importante, mantem-se mais engajados, o que contribui positivamente para a sua
2 QV e proporciona um envelhecimento com mais saúde e autonomia.

3 Palavras-chave: Motivação; Atividade motora; Idoso; Terceira idade; Saúde; Envelhecimento.

4

5 ABSTRACT

6 The study aimed to identify the motivational aspects that promote adhesion and permanence of older
7 adults in a program of physical activity (PA) oriented and the impact of such participation on quality of
8 life (QOL). The study design was based on two approaches - one Quantitative and other Qualitative. In
9 component Quantitative were interviewed 170 elderly participants in a social project focusing on the
10 practice of PA in the city of Pelotas/RS, who responded the following instruments: Questionnaire for
11 sociodemographic characteristics; “Inventário de Motivação para a prática de atividade física e esportiva”
12 (IMPRAFE-132); WHOQOL-Bref and WHOQOL-Old. The subjects were classified according to
13 motivation (low, medium or high). In the Qualitative component were conducted two focus group with
14 21 elderly randomly selected who have had motivation level high or low, in IMPRAFE-132. The
15 motivational dimension with the highest average was Health (116.66, SD=17.06), and the domains of
16 Social Relations (84.71; SD=24.07) and Activities of past present and future (80.21; SD=22.17) showed
17 higher QOL scores. A positive relation between QOL and motivation has been identified, and most
18 motivated subjects had higher QOL scores ($p<0.01$). Through the focus groups we observed that the
19 importance of AF is related the reasons for joining the project: maintenance or promotion of health and
20 sense of well being promoted by participation. The positive perception of QOL was related to motivation
21 for PA practice as it the elderly indicated that health is important for maintaining the same factor. That
22 way, to perceive what is important to them, keeps more engaged, which contributes positively to their
23 QOL, providing more health and autonomy during their aging.

24 KEYWORDS: Motor activity; Motivation; Aged; Third age; Health; Aging.

25

26 Introdução

1 O fenômeno do envelhecimento populacional tem sido percebido no mundo inteiro, em
2 decorrência de fatores relacionados à transição demográfica, como mudanças de ordem social, biológica
3 e cultural, como por exemplo: a redução da taxa de fecundidade entre as mulheres acarretando a
4 diminuição do número de filhos na estrutura familiar; o aumento da longevidade devido aos avanços
5 tecnológicos principalmente relacionados à área da saúde; e a busca pela adoção de um estilo de vida mais
6 saudável entre a população¹⁻⁴. Segundo os dados do último Programa Nacional por Amostra de
7 Domicílios – PNAD⁵, 12,6% da população brasileira é constituída de indivíduos com idade igual ou
8 superior a 60 anos, sendo que deste total, a maioria concentra-se em estados como o Rio de Janeiro e Rio
9 Grande do Sul. Até 2050, a Organização Mundial da Saúde – OMS⁶ estima que o número de idosos no
10 mundo seja de aproximadamente dois bilhões, sendo que deste total, 80% deve se concentrar em países
11 como o Brasil.

12 O processo de envelhecimento é permeado por diversas mudanças de ordem física e psicológica
13 como, por exemplo, a perda de massa magra aliado ao aumento do percentual de gordura, diminuição na
14 capacidade funcional, aumento do sedentarismo, aumento do risco para o desenvolvimento de doenças
15 crônico-degenerativas, além da diminuição da autoestima, interferindo no modo de vida da população
16 idosa⁷⁻⁹. Atrelado a isso, percebe-se que existe um aumento na busca por alternativas que possam
17 promover um envelhecimento mais saudável da população idosa, e a prática de atividade física atua de
18 forma positiva nesse processo.

19 Dentre os principais benefícios acarretados pela prática de AF regular podemos citar a
20 recuperação da força, diminuição nos riscos de quedas e consequentes fraturas, diminuição das taxas de
21 morbidade e mortalidade, diminuição do risco para desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas,
22 o resgate do sentimento de auto eficácia e autoestima, entre outros¹⁰⁻¹⁴. Fatores estes que repercutem
23 positivamente na percepção que os indivíduos idosos tem da sua qualidade de vida¹⁴⁻¹⁶, entendida como
24 “a percepção de bem-estar que reflete um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais
25 que podem caracterizar as condições em que vive o ser humano” (p. 31)¹⁷. Desse modo, além de
26 envelhecer com mais saúde, é possível envelhecer com uma melhor qualidade de vida.

1 Apesar do conhecimento científico sobre os benefícios da prática de AF na terceira idade, ainda
2 existem alguns fatores que dificultam a adoção de um estilo de vida ativo pela população idosa, o que
3 resulta em números elevados de inatividade física entre esses indivíduos^{11,18}. Quanto as principais barreiras
4 para a prática de AF entre os idosos, podemos destacar os problemas de saúde, as questões relacionadas
5 ao ambiente, a falta de companhia para a prática e ainda, a falta de tempo ou de conhecimento sobre os
6 benefícios da prática para a saúde¹⁹⁻²¹.

7 Estudos tem buscado identificar quais os principais motivos que levam idosos a praticar atividade
8 física ou permanecerem em um programa de atividade física orientada, e os resultados sinalizam que, na
9 maioria das vezes, os indivíduos procuram através da prática regular de atividade física a manutenção da
10 saúde, o encontro com amigos, melhora dos aspectos psicológicos, recuperação de doenças ou lesões e
11 ainda a adoção de um estilo de vida ativo²²⁻²⁵.

12 Buscando explicar o processo de motivação humana, algumas teorias foram desenvolvidas.
13 Porém quando se leva em consideração a prática de atividade física e esportiva, a Teoria da
14 Autodeterminação (TAD) tem sido comumente utilizada para a compreensão de alguns fenômenos
15 relacionados a esse processo. Segundo a TAD, a motivação humana corresponde a um processo contínuo
16 de autodeterminação, onde os sujeitos mais autodeterminados, possuem uma maior motivação intrínseca
17 e os menos autodeterminados, possuem uma maior motivação extrínseca. A motivação intrínseca está
18 relacionada ao próprio indivíduo, sendo que este busca prioritariamente a satisfação própria. Já a
19 motivação extrínseca, está diretamente ligada à interferência do ambiente, que atua como agente
20 motivador, proporcionando o estímulo ao indivíduo^{26,27}.

21 A TAD ainda explica que o comportamento humano está pautado sob a ótica de três necessidades
22 básicas: a necessidade de autonomia (a possibilidade de escolha em participar de alguma atividade), a
23 necessidade de competência (sentimento de capacidade em realizar alguma atividade) e a necessidade de
24 relacionamento (capacidade de socialização e relacionamentos). Quanto tais necessidades são
25 contempladas, mais motivado (autodeterminado) o indivíduo se encontra^{27,28}.

26 Apesar da ser utilizada para explicar alguns fenômenos como: motivação em contextos de
27 aprendizagem²⁹; motivação relacionada ao engajamento em atividades³⁰; motivação relacionada ao esporte

1 entre jovens e adolescentes³¹, e ainda, motivação para a prática de AF e adoção de um estilo de vida
2 ativo³², a TAD está relacionada à jovens, adolescentes e adultos jovens, e estudos relacionados à terceira
3 idade ainda são escassos.

4 Compreender o processo de motivação entre indivíduos da terceira idade se torna imprescindível
5 para que as estratégias voltadas à promoção de saúde desta população sejam criadas, considerando seus
6 interesses e objetivos. Tal fato pode desencadear um aumento na adesão deste grupo, a um estilo de vida
7 mais ativo, promovendo um envelhecimento mais saudável, que consequentemente, repercutirá
8 positivamente na sua qualidade de vida.

9 Desse modo, o presente estudo teve por objetivo, identificar os aspectos motivacionais que levam
10 os idosos a participarem e permanecerem em um programa de atividade física orientada e qual o impacto
11 que esta participação pode promover na sua qualidade de vida.

12

13 **Método**

14 O presente estudo possui um caráter descritivo-exploratório³³ e foi realizado com idosos do
15 Núcleo de Atividades para a Terceira Idade (NATI) da Escola Superior de Educação Física
16 (ESEF/UFPEL), na cidade de Pelotas/RS.

17 Por considerar que uma aproximação entre abordagens pode proporcionar um entendimento
18 mais amplo do processo motivacional e dos fenômenos que estão ligados a ele, optou-se por utilizar dois
19 tipos de abordagens, uma Quantitativa e outra Qualitativa.

20 A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física
21 sob o protocolo 047/2012. Todos os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa e assinaram
22 o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o sigilo das identidades dos
23 participantes, os nomes originais foram substituídos por fictícios.

24

25 ***Abordagem Quantitativa***

26 A amostra que compôs este eixo do estudo foi do tipo intencional, inicialmente esteve composta
27 por um total de 308 idosos de ambos os sexos, que realizam atividades no projeto (NATI), nas

1 modalidades de ginástica (n=98), hidroginástica (n=165) ou musculação (n=45). No entanto, foram
2 considerados os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; estar devidamente
3 cadastrado no projeto; responder a todos os instrumentos de pesquisa; estar presente na data das coletas.
4 Os idosos que não atendessem a esses critérios ou que não aceitassem participar da pesquisa seriam
5 excluídos da amostra final. Desse modo, 170 idosos, com idade entre 60 e 87 anos, atenderam aos critérios
6 de seleção, compondo a amostra final do estudo.

7 Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos, um relacionado à motivação e dois
8 relacionados à qualidade de vida, além de informações relacionadas à caracterização sociodemográfica
9 (sexo, idade, participação no programa, etc.).

10 No que diz respeito à motivação, foi utilizado o Inventário de Motivação para a Prática de
11 Atividade Física e Esportiva – IMPRAFE-132, desenvolvido e validado por Balbinotti³⁴, que segue os
12 pressupostos da teoria da autodeterminação e avalia a motivação de indivíduos segundo seis dimensões:
13 controle do estresse, saúde, sociabilidade, competitividade, estética e prazer. O instrumento é composto
14 por 132 itens com uma escala de pontuação do tipo Likert, que varia de 1 (este item não representa um
15 motivo que me levaria a realizar uma AF regular ou esporte) à 7 (é por esse motivo que pratico AF ou
16 esporte) agrupados em 22 blocos de seis de acordo com a ordem das seis dimensões. Para o cálculo dos
17 escores de cada dimensão foi realizada a soma dos valores de cada resposta, consistindo a motivação para
18 cada dimensão³⁴. Sendo a pontuação máxima em cada dimensão de 147 pontos.

19 Para a avaliação da qualidade de vida foram utilizados o WHOQOL-Old³⁵, que é, que é
20 composto por 24 questões que compreendem seis domínios além de uma média geral da qualidade de
21 vida (funcionamento do sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social;
22 morte e morrer e intimidade) e o WHOQOL-Bref³⁶, que é composto por 26 questões, que compreendem
23 quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente). Em ambos os instrumentos,
24 para cada questão existe uma escala do tipo Likert que atribui os valores de 1 a 5 às respostas, sendo 1 a
25 pior representação da qualidade de vida em cada domínio e 5 a melhor resposta. O cálculo dos escores
26 de qualidade ocorreu de acordo com o manual de aplicação dos instrumentos, sendo o adotado o valor
27 máximo (melhor) o total de 100 pontos.

Cada participante respondeu aos instrumentos através de entrevista individual, no local onde realizava suas aulas. O período de coleta se estendeu de Março a Setembro de 2013, e as entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores responsáveis com o auxílio um grupo de acadêmicos do curso de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), previamente treinados para a aplicação dos instrumentos.

Os dados coletados foram digitados em um banco no Excel e transferidos para o STATA 12.1, onde foram realizadas as análises estatísticas. A estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência absoluta e percentual) foi utilizada para a exposição dos resultados referentes ao perfil sócio demográfico da amostra, as dimensões da motivação e aos domínios da qualidade de vida. Com relação ao tratamento das variáveis: a motivação foi tratada como categórica nominal, a partir da divisão dos escores em tercís: motivação alta, motivação média e motivação baixa; a variável qualidade de vida foi tratada como contínua; e as variáveis sóciodemográficas como categóricas nominais.

Os dados não tiveram distribuição normal a partir do teste de Shapiro Wilk, desse modo foi utilizada a estatística não paramétrica. Na comparação entre os escores brutos da qualidade de vida com o nível de motivação (alta, média e baixa) por domínios foi utilizado o teste de Kruska-Wallis. O nível de significância adotado foi de 5%.

Abordagem Qualitativa

Neste eixo de estudo, buscamos compreender de maneira mais aprofundada, quais os principais motivos que levam os idosos a participarem do projeto NATI, bem como suas impressões a respeito da influência que a prática de atividade física regular pode proporcionar na sua vida.

A partir do Inventário de Motivação para a Prática de Atividade Física e Esportiva (IMPRAFE-132), que também foi o foco de análise deste segmento do estudo, os idosos foram agrupados em categorias de acordo com os tercís referentes aos escores de motivação, em níveis de motivação (alta, média e baixa). No entanto, foram utilizados neste eixo de pesquisa, apenas os idosos com motivação alta e baixa.

1 Para a coleta de dados, optou-se por utilizar a técnica de entrevista por grupos focais que, segundo
2 Tanaka e Mello³⁸ é uma técnica de pesquisa ou de avaliação qualitativa, não diretiva, que coleta
3 informações por meio das interações grupais discutindo-se um tópico sugerido pelo pesquisador. Optou-
4 se pela utilização de 12 participantes em cada grupo separados de forma homogênea, pois segundo alguns
5 autores³⁹⁻⁴², um número elevado de indivíduos pode prejudicar a qualidade dos dados e o gerenciamento
6 das entrevistas pelo moderador, assim como indivíduos que não estejam em consonância com o grupo
7 investigado.

8 A seleção dos participantes foi aleatória, onde todos os tiveram a chance de participar, desde que
9 atendessem aos critérios de inclusão. Desse modo, foram sorteados 24 indivíduos dentre os elegíveis para
10 compor a amostra, no entanto, participaram da coleta apenas 21 idosos, sendo que destes dez tinham
11 motivação baixa.

12 As sessões de grupo focal foram realizadas em dezembro de 2013 e seguiram um protocolo
13 elaborado previamente e testado em um estudo-piloto. Foram realizadas duas sessões de entrevista, uma
14 com cada grupo, com duração de 50-70 minutos cada uma delas, em uma sala sem ruídos e familiar aos
15 idosos, para evitar qualquer interferência durante a coleta e facilitar a interação entre os participantes e o
16 moderador. Em cada uma das sessões havia um moderador com experiência na técnica, sendo
17 responsável pelo direcionamento das questões ao grupo e encaminhamento da entrevista e um
18 observador externo responsável pelo equipamento multimídia (gravação do áudio e registro fotográfico),
19 porém sem interferência durante a coleta.

20 Havia um roteiro, pré-determinado composto por questões abertas, que diziam respeito à
21 motivação, qualidade de vida e a participação no projeto. O roteiro de entrevistas tinha um total de dez
22 tópicos para discussão e foi dividido em três blocos de intervenção.

23 A primeira parte do grupo focal tinha por objetivo promover a socialização entre os indivíduos,
24 com a apresentação do mediador e de cada indivíduo, os objetivos do estudo e ainda, a caracterização
25 sócio-demográfica dos participantes, juntamente com o relato da atividade praticada. Já a segunda parte,
26 tinha por objetivo promover a discussão sobre a prática de atividade física, motivação e qualidade de vida

(importância atribuída, prática de atividade física fora do projeto, motivos de adesão e permanência, benefícios acarretados pela prática e a repercussão na qualidade de vida).

O último bloco tratava especificamente da motivação para a prática de atividade física, onde foram utilizadas algumas imagens relacionadas às dimensões da motivação e os idosos deveriam mencionar qual delas representava melhor a sua motivação, e depois enumerá-las em uma ordem de importância. Durante a realização dos grupos focais foi almejado que todos tivessem a possibilidade de participar amplamente das discussões, evitando qualquer tipo de constrangimento durante a entrevista.

Após a coleta, os áudios foram transcritos na íntegra e os nomes dos participantes foram substituídos por nomes fictícios, para evitar a identificação dos mesmos. Os dados foram analisados qualitativamente através da análise de conteúdo proposta por Bardin⁴³, que se divide em pré-análise, exploração do material e tratamentos dos dados, inferência e interpretação. Durante a fase inicial de análise foram elencadas as possíveis categorias de discussão. Posteriormente foram definidas as categorias finais de análise: motivação intrínseca para a prática, motivação extrínseca, aspectos sociais relacionados à motivação, influência da motivação na qualidade de vida. Por fim, foram analisadas as falas dos participantes e divididas de acordo com as categorias de análise.

Resultados

Abordagem Quantitativa

Participaram do estudo 170 idosos (152 mulheres), com média de idade de 69,87 (DP=6,01) anos, participantes do Núcleo de Atividades para a Terceira Idade, nas modalidades de ginástica (n=52), hidroginástica (n=96) e musculação (n=22). A Tabela 1 mostra as características sócio-demográficas da amostra, e verificou-se que dentre os participantes do estudo, 54,1% situa-se na faixa etária dos 60-69 anos; 76,0% têm até 9 anos de participação no projeto; 72,9% são aposentados; quanto à escolaridade, 54,7% possui apenas o Ensino Fundamental (completo ou incompleto); a renda da maioria (62,9%) varia entre dois a quatro salários, considerando o valor base regional para o ano de 2013 (R\$770,00)⁴⁴; 83,5% possui cor da pele branca; 47,1% são casados; e 72,9% moram acompanhados. Outro fator analisado,

presente na tabela 1, refere-se à saúde dos indivíduos, onde 55,9% considera ter uma boa saúde. Por outro lado, apesar da percepção positiva, 60,0% dos indivíduos possui de duas a quatro doenças diagnosticadas, e apenas oito entrevistados não possuem doenças. Além disso, 92,4% dos entrevistados faz uso de algum medicamento no seu dia-a-dia.

TABELA 1

A Tabela 2 apresenta os resultados referentes às dimensões da motivação e aos domínios da qualidade de vida. Entre as dimensões da motivação, àquela relacionada à Saúde, apresentou média superior às demais (111,66; DP=17,06), assim como, a dimensão da Competitividade, apresentou a menor média entre todas as dimensões motivacionais (73,40; DP=21,30). Com relação aos domínios de qualidade de vida, considerando o WHOQOL-Bref, o domínio das Relações Sociais apresentou a maior média entre todos (84,71; DP=24,07), e a menor média neste segmento foi o do Meio Ambiente (74,95; DP=18,46). Com relação aos domínios da qualidade de vida de acordo o WHOQOL-Old, pode-se perceber que o domínio com melhor resultado entre todos, foi o domínio das Atividades presentes, passadas e futuras (80,21; DP=22,17) e o pior resultado entre todos os domínios foi o do Funcionamento do sensorio (61,32; DP=30,12). Ainda é possível identificar na mesma tabela um escore geral para a qualidade de vida, com média 68,09 (DP=12,08), obtida pelo instrumento WHOQOL-Old.

TABELA 2

Os resultados apresentados na Tabela 3 são referentes à comparação entre os domínios da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) com as dimensões da motivação, segundo o nível de motivação (alta, média e baixa). Com relação à dimensão do Controle do Estresse, o maior escore da qualidade de vida foi encontrado entre os idosos que apresentaram motivação alta, referente ao domínio das Relações Sociais (91,76), e o mais baixo, no domínio Psicológico (68,40), considerando indivíduos com motivação baixa. Além disso, foram encontradas associações significativas entre os níveis de motivação e os

1 domínios Físico ($p<0,01$) e Psicológico ($p<0,01$), onde as maiores médias eram relacionadas à motivação
2 alta.

3 Na dimensão da Saúde, foi possível perceber algumas diferenças com relação à dimensão do
4 Controle do Estresse, onde em alguns domínios da qualidade de vida, os indivíduos com motivação baixa,
5 apresentaram médias superiores àqueles com motivação média na dimensão. O domínio das Relações
6 Sociais (94,57) apresentou a maior média, sendo que diz respeito a indivíduos com motivação alta. A
7 menor média foi encontrada no domínio Físico (69,98), entre os indivíduos com motivação média na
8 dimensão. Foram verificadas diferenças estatísticas entre as médias dos domínios Físico ($p<0,01$),
9 Psicológico ($p<0,01$), Relações Sociais ($p<0,05$) e Meio Ambiente ($p<0,05$), sendo as maiores médias na
10 dimensão, relacionadas a um índice de motivação alta.

11 Considerando a dimensão do Prazer (Tabela 3), o domínio que obteve a maior média foi o das
12 Relações Sociais (90,54), entre indivíduos que tinham motivação alta. Já o domínio com menor média foi
13 o Físico (69,52), considerando indivíduos com motivação baixa na dimensão. Foram encontradas
14 diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios Físico ($p<0,05$) e Psicológico
15 ($p<0,01$), onde as maiores médias eram referentes a indivíduos com motivação alta.

16 Na dimensão da Sociabilidade, o domínio das Relações sociais apresentou a maior média entre
17 todos os demais (92,06), e a menor média foi encontrada no domínio Físico (69,74). Nesta dimensão, a
18 média mais alta de qualidade de vida esteve relacionada à motivação alta, e a média mais baixa relacionou-
19 se ao nível baixo de motivação. Foram encontradas diferenças significativas entre as médias do domínio
20 Psicológico apenas ($p<0,05$), onde a maior média era referente aos indivíduos com motivação alta.

21 Quando analisada a dimensão da Competitividade, verificou-se uma heterogeneidade na
22 distribuição das médias de qualidade de vida entre os níveis de motivação, sendo que indivíduos com
23 baixas médias motivacionais apresentaram altas médias de qualidade de vida. O domínio da qualidade de
24 vida com maior, assim como em outras dimensões, foi o domínio das Relações Sociais (88,86), onde
25 indivíduos com alta motivação apresentaram tal média. A menor média encontrada foi referente ao
26 domínio Físico (70,27), considerando indivíduos com motivação baixa. Foram encontradas diferenças

estatísticas somente no domínio Físico ($p<0,05$), onde indivíduos com motivação alta apresentaram médias altas para a qualidade de vida.

No que tange a dimensão da Estética, o domínio das Relações Sociais (90,25), apresentou maior média entre todos os domínios da qualidade de vida, sendo que tal score é referente aos indivíduos com motivação alta, assim como em outras dimensões. Entretanto, o domínio que apresentou menor média foi o do Meio Ambiente (70,67), considerando indivíduos com motivação média, resultado diferente do exposto anteriormente. Além disso, foi possível identificar diferenças estatísticas somente entre os domínios Físico ($p<0,01$) e Psicológico ($p<0,01$), onde as maiores médias de qualidade de vida estavam relacionadas à motivação alta em todos os domínios.

TABELA 3

A Tabela 4 apresenta as médias dos domínios de qualidade de vida a partir do WHOQOL-Old, de acordo com os níveis motivacionais, segundo cada dimensão. É possível identificar a partir da tabela, que, o domínio com maior média de qualidade de vida, é o das Atividades passadas, presentes e futuras considerando todas as dimensões motivacionais, com as seguintes médias: Controle do Estresse (88,15); Saúde (87,36); Prazer (87,33); Sociabilidade (88,50); Competitividade (85,29); Estética (85,45). Em todas as dimensões motivacionais, as maiores médias de qualidade de vida, foram alcançadas por indivíduos que possuem motivação alta.

Considerando a dimensão motivacional do Controle do Estresse, o domínio com menor média de qualidade de vida foi o relativo ao Funcionamento do Sensorio (54,43), e tal score, foi encontrado entre idosos com baixa motivação. Encontramos relação positiva entre as médias, nos domínios do Funcionamento do Sensorio ($p<0,01$) e das Atividades passadas, presentes e futuras, onde os maiores scores de qualidade de vida foram encontrados entre indivíduos com motivação alta.

Na dimensão motivacional da Saúde, o domínio com menor média de qualidade de vida foi o Morte e morrer (55,07), entre indivíduos que tinham motivação baixa. Foi encontrada diferença estatística

1 somente entre as médias do domínio Físico ($p<0,05$), onde indivíduos com motivação alta tiveram os
2 maiores escores.

3 Quando analisada a dimensão motivacional do Prazer, verificou-se que a menor média de
4 qualidade de vida foi encontrada no domínio do Funcionamento do Sensório (54,84), entre indivíduos
5 que apresentaram nível de motivação baixo. Foi sinalizada uma relação positiva somente no domínio do
6 Funcionamento do sensório ($p<0,01$), sendo que os indivíduos com motivação alta apresentaram a maior
7 média.

8 Na dimensão da Sociabilidade, a menor média de qualidade de vida encontrada foi referente ao
9 domínio Morte e Morrer (45,76), e foi relacionada a indivíduos com motivação baixa. Além disso,
10 encontrou-se uma relação entre as médias do domínio das Atividades passadas, presentes e futuras
11 ($p<0,05$), onde os indivíduos com motivação alta apresentaram as médias mais altas.

12 Analisando os dados referentes à dimensão da Competitividade, foi evidenciado que a menor
13 média de qualidade de vida, é referente ao domínio Morte e Morrer (42,88), e, assim como em outros
14 domínios, este escore esteve relacionado a um índice de motivação baixa. Diferenças estatísticas foram
15 encontradas entre as médias dos domínios do Funcionamento do Sensório ($p<0,01$), e no domínio Morte
16 e Morrer ($p<0,05$), onde indivíduos com motivação média apresentaram melhores escores de qualidade
17 de vida.

18 Quando se considera os resultados referentes à dimensão da Estética, foi possível verificar que
19 entre os domínios da qualidade de vida, o que apresentou a menor média entre os demais, foi o domínio
20 Morte e Morrer (43,10), onde os indivíduos com baixa motivação obtiveram um escore baixo de
21 qualidade de vida. Pode-se identificar diferenças estatísticas entre as médias dos domínios:
22 Funcionamento do Sensório ($p<0,01$), Autonomia ($p<0,05$) e Morte e Morrer ($p<0,01$). Nestes
23 domínios, as maiores médias de qualidade de vida, relacionaram-se a níveis altos de motivação.

24 Na Tabela 4, foi apresentado o escore geral da qualidade de vida, gerado a partir do WHOQOL-
25 Old. O maior escore geral da qualidade de vida foi encontrado na dimensão do Controle do Estresse
26 (71,39), entre os indivíduos que tiveram motivação alta. Já o menor escore geral de qualidade de vida foi
27 referente à dimensão da Competitividade (65,53), considerando o nível de motivação baixo. Foi

encontrada diferença significativa entre os escores gerais da qualidade de vida segundo a dimensão do Controle do estresse ($p < 0,05$), onde a média mais alta de qualidade de vida foi relacionada à motivação alta.

TABELA 4

Abordagem Qualitativa

Foram realizados dois grupos focais para a obtenção dos resultados referentes à abordagem qualitativa, que também compunha o estudo. No primeiro grupo (G1), foram entrevistadas as idosas que apresentaram motivação baixa segundo a estratificação do IMPRAFE-132. Participaram deste grupo 11 indivíduos, sendo que destes dois eram homens e, no total, todos os participantes praticavam hidroginástica. Já no segundo grupo (G2), formado pelos participantes que obtiveram motivação alta segundo o mesmo instrumento, participaram dez mulheres, sendo que destas, seis eram participantes da ginástica, três da hidroginástica e uma da musculação.

Os resultados obtidos a partir dos grupos focais foram analisados segundo Bardin⁴³, e optou-se por definir algumas categorias e suas unidades de significado, conforme o Quadro 1, que serviram de base para a organização do roteiro de entrevista e, posteriormente, a análise de conteúdo do grupo focal.

QUADRO 1

A primeira categoria de análise trata dos aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade física, e está relacionada aos motivos de adesão e permanência dos idosos dentro do Projeto. Dentro desta categoria, destacam-se dois aspectos principais para análise: aspectos relacionados à motivação intrínseca e aspectos da motivação extrínseca. Foi possível identificar pelas unidades de significado que: melhorar a saúde, melhorar a autoestima, sentir-se bem, ficar mais forte, aprender coisas novas, sentir-se bonito, diminuir o estresse, ter autonomia, se encaixam nesta categoria como motivos intrínsecos para a

1 prática de atividade física. Ainda relacionado aos aspectos da motivação intrínseca, foi possível estabelecer
2 uma estreita relação entre a participação no Projeto e a busca por saúde.

3 Os indivíduos que apresentaram uma motivação mais alta relacionaram a sua motivação para a
4 prática de atividade física com a prevenção de alguma enfermidade, e estes indivíduos, em grande parte,
5 apresenta poucas doenças associadas (cerca de duas doenças em média), ou ainda, não associa a
6 possibilidade de melhora das suas enfermidades com a prática de atividade física. É importante salientar
7 outro fato, que diz respeito ao tempo de participação destes indivíduos no Projeto, pois a maioria possui
8 um vínculo inferior a cinco anos.

9 Já entre os indivíduos com motivação mais baixa, ocorreu o inverso, estes possuem um número
10 maior de enfermidades, e buscam através da prática de atividade física uma oportunidade de melhorar
11 sua saúde, recuperar-se de suas lesões ou incapacidades, e, além disso, estão participando do Projeto a
12 um tempo superior há cinco anos.

13 Outro aspecto que foi salientado nas falas dos participantes do grupo focal, diz respeito à melhora
14 da autoestima em decorrência da prática de atividade física e a participação no Projeto. Para muitos, este
15 espaço representa uma possibilidade de valorização pessoal, perante a comunidade, pois através desta
16 vivência, é possível resgatar valores esquecidos ou menos evidenciados devido ao processo de
17 envelhecimento, fazendo com que se sintam mais úteis e importantes. Foi possível identificar que, entre
18 os idosos mais motivados, tal aspecto foi mais enaltecido, tendo em vista que a grande maioria tem uma
19 percepção mais positiva de si mesmos, e conseguem relacionar isso à prática de atividade física.

20

21 “Eu entrei aqui para a ginástica porque tinha osteoporose, e problemas nas mãos, doía, não
22 conseguia mexer direito e fazer as coisas, não consegui fazer quase nada.”
23 *Turquesa (G1), 80 anos, Hidroginástica.*

24
25 Eu comecei sem ter recomendação, mas depois porque, a artrose e a osteoporose apareceram,
26 pra conseguir manter os movimentos.
27 *Safira (G1), 81 anos, Hidroginástica.*
28

29 Semelhanças foram encontradas entre as falas de ambos os grupos, no que diz respeito ao bem
30 estar físico e psicológico proporcionado pela participação no Projeto. Em ambos os grupos, os idosos

1 relataram sentirem-se bem com a relação estabelecida junto aos professores que ministram aulas, com as
2 amizades construídas através do tempo, e com o ambiente onde as atividades são desenvolvidas.

3 Esta unidade de significado relaciona-se a dois contextos principais: um físico e outro psicológico.
4 No que diz respeito ao aspecto físico, é possível perceber através das falas, que o bem estar percebido
5 está relacionado à saúde, onde os indivíduos relataram que ao praticar atividade física, sentem-se melhores
6 fisicamente e mais saudáveis. Quanto ao bem-estar psicológico, os indivíduos relataram que ao praticar
7 atividade física sentem-se melhores consigo mesmos.

8
9 “Eu tenho vontade, eu venho para cá e deu. Eu trabalhei muito tempo com crianças e sinto falta
10 de ver gente, conversar. Na verdade eu sou quieta, mas a gente sente falta daquele aconchego,
11 daquela coisa boa, né.”
12 *Esmeralda (G2), 62 anos, Musculação.*

13
14 “E aqui a gente se junta né, e percebe quando não vem uma, quando não vem aquela outra, e a
15 gente falta, porque isso aqui é uma família, é uma comunidade.”
16 *Jade (G1), 78 anos, Hidroginástica.*
17

18 Considerando os aspectos psicológicos ligados à motivação intrínseca, foi possível identificar
19 ainda duas outras unidades de análise – a estética e a diminuição do estresse. Entre os indivíduos mais
20 motivados, tais aspectos foram mais evidenciados do que entre os idosos com motivação baixa.

21 Com relação à estética, foi possível identificar na fala das idosas que a possibilidade de resgatar
22 sua autoestima, e sentirem-se mais bonitas, emagrecendo ou conseguindo alcançar um peso ideal,
23 representa um motivo de participação no Projeto. No que diz respeito ao estresse, os idosos sinalizaram
24 através de suas falas que o Projeto tem a possibilidade de fazê-los esquecer dos problemas cotidianos, ou
25 das pressões no seu ambiente familiar, deixando-os menos estressados.

26
27 “Eu gosto de falar na aula, o problema é o seguinte que eu me desestresso, me sinto bem, e meu
28 problema de saúde, quando eu fico dois ou três dias sem fazer, os músculos começam a ficar
29 rígidos, dos braços e das pernas.”
30 *Pérola (G2), 62 anos, Hidroginástica.*

31
32 “No meu caso fortalece os músculos, e eu tive um problema no joelho e eu fiquei com o joelho
33 assim, grandão. Agora depois de fazer a atividade ele fortaleceu, consigo agora até andar de
34 bicicleta que não conseguia mais.”
35 *Ametista (G2), 60 anos, Ginástica.*
36

Entre os aspectos motivacionais intrínsecos, podemos perceber outros motivos elencados pelos idosos mais motivados. A possibilidade de ficarem mais fortes ou aprender coisas novas, foram bastante destacadas e, segundo estes, através da participação no Projeto, existe a possibilidades de aquisição do conhecimento maior sobre sua saúde, além da aquisição de valores a partir das trocas de experiências oriundas da relação com os professores e seus pares.

A última unidade de significado contemplada pelos aspectos intrínsecos da motivação, diz respeito à autonomia proporcionada pela participação no Projeto. A grande maioria dos idosos, considerando ambos os grupos, sinalizou que a manutenção ou a aquisição de autonomia, representando um aspecto motivacional para a participação no Projeto.

“Eu tenho pressão alta, e tenho problema de lombalgia, então preciso fazer atividade. Agora consigo me movimentar também melhor, e consigo fazer as coisas.”
Coral (G2), 73 anos, Ginástica.

“Eu sempre fiz porque gostei, mas agora mais do que nunca eu preciso, porque estou com problemas no joelho porque eu sempre trabalhei, já faz 40 anos, caminhando por todos os lados, ou em pé e tu sabe né, como é, prejudica a gente.”
Madrepérola (G1), 67 anos, Hidroginástica.

Nesta categoria de análise, ainda foi possível identificar significados relacionados aos aspectos extrínsecos da motivação como: a possibilidade de encontrar os amigos, recomendação médica, ou a participação em um grupo de idosos.

Tanto entre os indivíduos mais motivados, quanto entre os indivíduos menos motivados o Projeto representa uma grande oportunidade de cultivar amizades, e de se sentirem pertencentes a um grupo da comunidade.

Através das falas, percebemos que a relação com os colegas e com os professores, são fatores importantes para sua participação. Quando consideramos a modalidade e o tempo de adesão de ao Projeto, os benefícios do convívio social se tornam mais evidentes, pois os idosos que estão há mais tempo no Projeto conseguiram estabelecer laços mais consolidados de amizade, e atribuem um significado maior a este contexto. Do mesmo modo os praticantes da ginástica, atribuíram maior significado as relações afetivas, devido à permanência nos mesmos grupos de convívio.

“Então isso aqui é a minha vida e também venho pelas pessoas, porque aqui é minha família também.”

Ônix (G1), 83 anos, Hidroginástica.

“E aqui a gente se junta né, e percebe quando não vem uma, quando não vem aquela outra ou a gente falta, porque isso aqui é uma família, é uma comunidade.”

Jade (G1), 78 anos, Hidroginástica.

No que diz respeito à motivação para a participação relacionada à manutenção da saúde, é possível estabelecer uma relação entre as falas dos idosos, considerando aspectos motivacionais extrínsecos, pois grande parte deles indicou participar do projeto principalmente pela influência de recomendações médicas. Foi possível identificar ainda a influência da família neste contexto, sendo que os idosos sinalizaram que este incentivo, os direcionou para a adoção de hábitos saudáveis, ou melhoria da saúde.

A segunda categoria de análise está relacionada à importância atribuída à prática de atividade física, além do impacto que a participação no Projeto proporciona na qualidade de vida dos idosos.

Foi possível verificar que as respostas relacionadas à importância da prática de atividade física são semelhantes aos motivos de participação no Projeto, evidenciado através das unidades de significado: benefícios para a saúde; melhora no sentimento de bem estar; aumento da disposição no dia-a-dia; diminuição do estresse; melhora na autoestima e aumento da autonomia.

O aspecto da saúde através da prática de atividade física foi representou tanto um motivo de adesão como de permanência no Projeto. Além disso, a prática de AF foi considerada importante na melhoria e manutenção do bem-estar do indivíduo, considerando independente do sexo ou nível motivacional.

“Eu comecei sem ter recomendação, mas depois, porque a artrose e a osteoporose apareceram, pra conseguir manter os movimentos.”

Ônix (G1), 83 anos, Hidroginástica.

“Tive recomendação médica por causa da prótese de quadril. Desde a cirurgia, recomendaram fazer a atividade, recuperando os movimentos.”

Topázio (G1), 81 anos, Hidroginástica.

Outro ponto chave encontrado nas falas dos idosos, diz respeito ao sentimento de bem-estar que a prática de atividade física pode proporcionar. Muitos idosos relataram que a atividade física é importante em suas vidas, na medida em que esta faz com que se sintam bem, tanto fisicamente quanto

psicologicamente. Os indivíduos relacionaram o bem estar físico à saúde, onde estar bem significou estar saudável. O bem estar psicológico proporcionado pela atividade física foi relacionado ao aumento da autoestima, diminuição do estresse e a percepção positiva da autoimagem. A diminuição do estresse foi citada, sobretudo entre as idosas menos motivadas, onde mencionaram o esquecimento dos problemas e maior tranquilidade e autonomia para enfrentar as dificuldades do cotidiano.

“Eu queria dizer que a convivência é muito importante, tanto com os colegas, quanto os professores. E quando a gente entra na terceira idade, parece que a gente entra numa ‘caixinha’ e a vida termina, e a gente faz a mesma coisa sempre, porque a minha vida é a doméstica e quando eu chego aqui, percebo que a vida tá só começando.”
Safira (G1), 81 anos, Hidroginástica.

“Aqui é diferente. Vamos ser sinceros, na família a gente fica jogado, aqui a gente se sente acolhido, fica perto uns dos outros, tem o barulho da água, conversa, tem a integração, e a gente tem idosos como a gente.”
Ônix (G1), 83 anos, Hidroginástica.

Os idosos foram questionados ainda sobre o que consideram uma boa qualidade de vida. Foi possível identificar algumas semelhanças entre as respostas, quando verificamos os motivos de participação e a importância atribuída à prática de atividade física. As unidades de significados sustentam o argumento de que ter uma boa qualidade de vida na opinião dos idosos significa: ser saudável; conversar com os amigos; estar feliz no ambiente; sentir-se bem consigo mesmo; conseguir fazer o que tem vontade e ter autonomia no dia-a-dia.

No que diz respeito à saúde, os idosos consideram que ser saudável, representa uma boa qualidade de vida, e esse resultado foi verificado em ambos os grupos, além de significar um motivo de adesão ao Projeto.

Grande parte dos idosos relacionou uma boa qualidade de vida com o ambiente vivenciado no Projeto, pois a oportunidade de trocar experiências com seus pares, com indivíduos de outras idades e o sentimento de acolhimento durante as aulas, proporciona uma boa qualidade de vida para eles. Para ambos os grupos a possibilidade de sentir-se bem no ambiente que estão inseridos, além de ser um importante agente motivador, interfere no sentimento de bem estar e felicidade dos idosos, fazendo com que se sintam bem e percebam sua qualidade de vida de forma positiva.

Identificou-se uma relação positiva entre qualidade de vida e autonomia, uma vez que, os idosos relataram que desempenhar as tarefas diárias com autonomia representa uma boa qualidade de vida. Foi relatado ainda que a prática de atividade física está relacionada a melhor condição física na realização das tarefas no dia-a-dia, como por exemplo, conseguir pagar suas contas, interagir com os netos ou realizar tarefas domésticas.

“Se sentir bem né, viver com qualidade, e se precisar de alguma ajuda relacionada à saúde ter acesso. Poder pagar as contas, tomar banho, conseguir fazer as coisas sem depender de ninguém, ter a oportunidade de conhecer pessoas novas, aprender, ler bons livros. Estar conectada no mundo, poder entender melhor as coisas porque quando a gente fica mais velha, a gente vai precisar de alguma coisa, sabe que vai depender de alguém e precisa estar preparada para isso. E também cultivar coisas boas, pra colher coisas boas também.”

Esmeralda (G2), 62 anos, Musculação.

“É conseguir fazer as coisas, se movimentar, ser dona do corpo, não se pode parar. Se o corpo parara a cabeça para. E também é fazer o que se gosta, procurar fazer algo que gosta, não adianta fazer as coisas só por fazer.”

Safira (G1), 81 anos, Hidroginástica.

“Conseguir fazer as coisas em casa, sem depender de ninguém. Eu tenho 85 anos e vou ao centro receber meu dinheiro, lavo minha roupa na mão, porque não gosto de máquina.”

Turmalina (G1), 85 anos, Hidroginástica.

A partir das falas obtidas através dos grupos focais, relações importantes entre a motivação e a qualidade de vida dos idosos foram detectadas, sendo que, aspectos extrínsecos da motivação, (ex.: possibilidade de conversar e interagir com outras pessoas), tem associação com a percepção da qualidade de vida, assim como, os aspectos intrínsecos de participação no Projeto, (ex.: ter saúde), tem uma aproximação com a importância atribuída a prática de atividade física.

Discussão

O presente estudo objetivou analisar os aspectos motivacionais que envolvem a participação de idosos em um programa de atividade física orientada na cidade de Pelotas. Buscando ainda identificar os aspectos relacionados à permanência destes idosos no Projeto, estabelecendo uma relação entre a motivação para a prática de atividade física e a qualidade de vida destes indivíduos.

Conforme a Tabela 2, identificou-se que entre as dimensões motivacionais, a Saúde, apresentou a maior média entre todas (116,66; DP=17,06), e o Prazer (109,90; DP=16,90) são as razões motivacionais prioritárias para a prática de atividade física, sendo a Competitividade (73,40; DP=21,30) a que menor representa a motivação dos idosos. A dimensão da Saúde avalia o nível em que o praticante utiliza a prática de atividade física como uma forma de manutenção da saúde e prevenção de doenças.

Em um estudo realizado por Meurer et al.⁴⁵ resultados semelhantes foram encontrados. Os autores buscaram identificar os fatores que motivam idosos a ingressarem em um programa de AF orientada, utilizando o Inquérito de Motivação para a prática de Atividade Física e Esportiva (IMPRAFE-54), pautado na Teoria da Autodeterminação. Foram pesquisados 48 idosos participantes do programa Floripa Ativa – B, que trata da prevenção secundária e terciária de doenças a partir da prática de AF. Os resultados mostraram que entre as dimensões motivacionais a Saúde (35,98), obteve a maior média seguida pelo Prazer (33,68), sendo que a Competitividade (19,07) apresentou a menor média. Quando estratificadas de acordo com o nível de motivação (baixa, média e alta), os idosos apresentaram motivação alta relacionada à saúde, o que pode ser um importante fator para permanência no programa.

Tal resultado pode ser explicado, na medida em que, grande parte dos participantes do Projeto apresenta doenças e faz uso de medicamentos. Desse modo, o Projeto funciona como um importante agente na prevenção de doenças adquiridas e associadas, além de amenizar os sintomas de suas enfermidades.

É comum verificar entre indivíduos da terceira idade, uma alta prevalência de enfermidades, visto que o processo de envelhecimento promove mudanças significativas no organismo, provocando um aumento no aparecimento de doenças com características fisiológicas e psicológicas. Segundo Mazo et al.⁴⁶, com o processo de envelhecimento, há uma diminuição na síntese de proteínas, um declínio das funções imunológicas, diminuição no sentimento de autoestima e auto eficácia, além do aumento da prevalência de doenças não transmissíveis.

Apesar dos participantes da pesquisa apresentarem uma alta prevalência de enfermidades, os resultados indicaram que a maioria tem uma percepção positiva de sua saúde (boa ou ótima), o que pode estar relacionado com o tempo de participação no projeto, pois grande parte dos idosos está inserido há

1 pelo menos cinco anos, e podem ter adquirido benefícios biopsicossociais a partir da prática de atividade
2 física regular. Segundo Corrêa et al.⁴⁷, evidências epidemiológicas apontam que a atividade física é capaz
3 de proporcionar uma série de modificações positivas na saúde física e mental dos praticantes como um
4 efeito protetor para determinadas enfermidades como as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão,
5 além disso, é capaz de prevenir alguns tipos de câncer, e diminuir a prevalência de ansiedade e depressão.

6 No que diz respeito ainda aos aspectos motivacionais avaliados na pesquisa, é possível perceber
7 que as dimensões do Controle do Estresse, Sociabilidade e Estética, apresentaram escores intermediários,
8 conforme a Tabela 2. Os resultados do presente estudo corroboram com o estudo realizado por Mazo et
9 al.⁴⁸, com idosos de ambos os sexos iniciantes em um programa de atividade física, sendo que, a dimensão
10 que apresentou maior média foi a Saúde, seguida pelo Prazer, Sociabilidade, Controle do Estresse,
11 Estética e Competitividade, sinalizando que os comportamentos dos grupos em que se inserem também
12 interfere em tal percepção.

13 A qualidade de vida foi aferida a partir de dois instrumentos, o WHOQOL-Bref e WHOQOL-
14 Old, onde foi possível identificar a partir da Tabela 2, que de acordo com o primeiro instrumento, o
15 domínio que apresentou maior média entre os demais foi o das Relações Sociais (84,71; DP=24,07), e o
16 domínio com menor média foi o do Meio Ambiente (74,95; DP=18,46).

17 O domínio das Relações Sociais está vinculado ao convívio dos indivíduos com sua família, no
18 lazer e no trabalho, além dos sentimentos de amparo social e acesso à saúde. Já o domínio do Meio
19 Ambiente, compreende a sensação de conforto e segurança relacionados ao ambiente em que o indivíduo
20 vive e a adequação do lar às suas necessidades^{37,49}.

21 Segundo Mazo⁴⁹ e Santos et al.⁵⁰, o maior escore no domínio das Relações Sociais evidencia que o
22 idoso, como qualquer ser humano, tem necessidade de se relacionar e manter uma convivência com os
23 outros, e seu desenvolvimento pessoal, tem seu alicerce nos relacionamentos estabelecidos, construindo
24 tal indivíduo como um ser existencial.

25 A grande maioria dos idosos que participou da pesquisa como já mencionado, é integrante do
26 Projeto há pelo menos cinco anos, estabelecendo relações de amizade e companheirismo, tanto com

1 outros colegas quanto com os professores que ministram as atividades físicas, e isto pode explicar a média
2 elevada neste domínio da qualidade de vida.

3 Em contrapartida, a maior parte dos idosos que participou da pesquisa é aposentada, possui uma
4 renda familiar que varia de dois a quatro salários mínimos, além de uma escolaridade baixa, o que pode
5 explicar a média baixa de qualidade de vida relacionada ao Meio Ambiente, pois as condições do seu lar
6 podem não estar de acordo com a sua necessidade, assim como nos demais ambientes em que estão
7 inseridos.

8 Em um estudo realizado por Chain et al.⁵¹, com 31 idosas praticantes e não praticantes de
9 atividade física, foi possível identificar resultados semelhantes, pois o domínio com menor média entre
10 as praticantes de atividade física foi o do Meio Ambiente (66,8), e o domínio com a maior média foi o
11 das Relações Sociais (78,1), fato semelhante a outros estudos⁵²⁻⁵⁴.

12 Considerando a qualidade de vida, segundo o WHOQOL-Old, a Tabela 2 mostra que o domínio
13 com maior média foi o das Atividades passadas, presentes e futuras (80,21; DP=22,17), que descreve a
14 satisfação sobre conquistas na vida e o anseios individuais³⁶.

15 Já o domínio que apresentou a menor média entre todos (52,57; DP=34,70) foi o domínio Morte
16 e Morrer, relacionado às preocupações, inquietações e temores sobre a perspectiva de morrer e a maneira
17 pela qual é enfrentada a proximidade desta fase da vida com o óbito³⁶.

18 Entretanto, o estudo realizado por Carvalho et al.¹⁴, realizado com 271 mulheres idosas,
19 participantes de dois projetos sociais na cidade de Campinas/SP, indicou resultados diferentes do
20 presente estudo, sendo que a maior média de qualidade de vida foi encontrada no domínio do
21 Funcionamento do sensório (66,9) e a menor no domínio da Autonomia (60,3).

22 O escore geral de qualidade de vida foi aferido através do WHOQOL-Old, sendo que a média
23 obtida pela amostra foi de 68,09 (DP=12,08). Tal resultado é semelhante ao estudo realizado por
24 Carvalho et al.¹⁴, sendo que a média apresentada foi de 66,9 (DP=11,7). Esse escore relaciona-se com a
25 percepção global da qualidade de vida de cada indivíduo, influenciada por todos os domínios que
26 compõem o instrumento, desse modo, pode-se inferir que uma média alta neste índice, representa uma
27 qualidade de vida positiva.

Com o avanço da idade, percebem-se mudanças significativas no modo de vida das pessoas, pois atividades que eram realizadas em outros momentos, a partir do ingresso na terceira idade têm de ser repensadas e modificadas, com o objetivo de atender às necessidades de cada um^{55,56}. Esta informação subsidia o resultado referente aos domínios do WHOQOL-Old, pois a participação no projeto proporciona uma melhor percepção de bem estar, fazendo com que os idosos repensem sua trajetória de vida, considerando principalmente as realizações positivas.

A Tabela 3 mostra a comparação entre as dimensões da motivação segundo os domínios da qualidade de vida do WHOQOL-Bref. É possível identificar que entre todas as dimensões da motivação o domínio das Relações Sociais apresentou a maior média entre todos da qualidade de vida. Além disso, estes escores foram obtidos por indivíduos que apresentaram motivação alta em cada dimensão. A participação no Projeto pode explicar tal relação onde o convívio social com seus pares e indivíduos de outras faixas etárias, mais avançadas ou de menor idade (como os professores e acadêmicos do curso de Educação Física), faz com que permaneçam nas atividades, visto que devemos considerar que 27,1% moram sozinhos no lar e 30,5% já perderam seu cônjuge.

O domínio Físico apresentou os menores escores de qualidade de vida entre todas as dimensões da motivação exceto na dimensão do Controle do estresse, e, tais resultados estavam relacionados especificamente a indivíduos com motivação média ou baixa. Nesse sentido, entende-se que os indivíduos menos motivados a participar do projeto, percebem sua qualidade de vida relacionada à capacidade para desempenhar tarefas cotidianas de maneira negativa. Isto pode ser explicado devido o número elevado de doenças dos idosos, e ser a saúde o principal desfecho relacionado à motivação para a prática de atividade física.

Reforçando o resultado encontrado, em um estudo realizado por Santos et al.⁵³, com idosas praticantes de atividade física em um programa governamental de Belém/PA, mostrou que a qualidade de vida e a aptidão física melhoraram significativamente a partir da prática de atividade física regular em um período de dez meses. O índice geral de qualidade de vida passou de 17,31 no começo do estudo para 18,90 no final das coletas, sustentando a relação positiva entre atividade física e qualidade de vida.

Considerando ainda o exposto na Tabela 3, o domínio Psicológico apresentou diferença significativa considerando todas as dimensões da motivação, onde indivíduos mais motivados apresentaram maior escore de qualidade de vida, exceto na dimensão da Competitividade. Tal resultado pode ser explicado na medida em que os idosos participantes do projeto assumiram uma posição de estabilidade em sua vida e não tem a necessidade de competição ou de provação da superioridade no seu cotidiano, pois, na sua grande maioria são aposentados, e estão fora do mercado de trabalho.

Foi encontrada ainda, uma relação positiva ($p < 0,05$) entre os escores de qualidade de vida do domínio relacionado ao Meio Ambiente e os níveis de motivação da dimensão Saúde, onde indivíduos mais motivados também apresentaram uma melhor percepção da qualidade de vida. O domínio do Meio Ambiente se relaciona com a percepção que os indivíduos têm do local em que vivem, de acordo com suas necessidades e também com o acesso aos serviços de saúde, e satisfação com os mesmos. Uma hipótese para tais resultados pode estar relacionada ao fato de que, idosos com motivação voltada para a melhora da saúde, têm um ambiente mais adequado para suprir suas necessidades com atendimento médico especializado e oportunidades de tratamento imediato.

Através das análises entre os domínios da qualidade de vida do WHOQOL-Old (Tabela 4), foi possível identificar que o domínio que apresentou as maiores médias entre todas as dimensões da motivação foi o referente às Atividades passadas, presentes e futuras, com associações significativas nas dimensões do Controle do Estresse ($p < 0,05$) e Sociabilidade ($p < 0,05$). Os idosos por estarem inseridos em um contexto voltado para a prática de atividade física podem perceber de forma mais positiva sua saúde, e, por conseguinte, adquirir uma nova perspectiva de vida, em um contexto voltado para um envelhecimento mais saudável.

Teixeira et al.⁵⁷ sinaliza que o elemento essencial relacionado ao envelhecimento bem-sucedido não refere-se à preservação dos níveis de desempenho semelhantes a indivíduos mais jovens, mas que um elemento fundamental nesse processo está pautado na preservação do potencial para o desenvolvimento do indivíduo.

Assim como nos escores de qualidade de vida apresentados pelo WHOQOL-Bref, os escores do WHOQOL-Old associaram-se positivamente a motivação alta nas dimensões da motivação.

Diferentemente do encontrado em outros estudos^{14,16}, a qualidade de vida referente ao domínio do Funcionamento do sensório, apresentou baixos escores, considerando as dimensões do Controle do Estresse ($p<0,01$) e do Prazer ($p<0,01$), considerando especificamente idosos que possuem motivação baixa. Desse modo, idosos que não procuram o projeto com o objetivo de modificar sua percepção relacionada ao bem estar psicológico considerando o estresse, apresentaram uma baixa qualidade de vida neste contexto e aqueles indivíduos com baixa motivação relacionada ao prazer pela prática de atividade física, também tiveram resultados semelhantes.

O domínio Morte e morrer, apresentou as médias mais baixas de qualidade de vida entre as dimensões motivacionais Sociabilidade ($p>0,05$), Competitividade ($p<0,05$) e Estética ($p<0,01$), considerando especificamente indivíduos com baixa motivação nas dimensões e, ainda indivíduos com motivação média na dimensão da Saúde ($p>0,05$). A participação nas atividades proporciona aos indivíduos uma percepção diferente para cada contexto de suas vidas, com uma melhora nos aspectos de saúde, convívio social, e percepção positiva da imagem corporal. Ao analisarmos os resultados referentes a este domínio da qualidade de vida, é possível verificar esta relação onde àqueles idosos que apresentaram perspectivas negativas quanto a esse domínio, também estão menos motivados a participar do Projeto, justificando a relação.

Destaca-se ainda uma relação entre a motivação alta na dimensão motivacional da Estética e o domínio Autonomia, presente no WHOQOL-Old. Idosos que apresentaram melhor qualidade de vida, também apresentaram uma motivação alta, o que pode ser explicado uma vez que estes ao se sentirem mais preparados para desempenhar suas tarefas diárias, conseguem ter um olhar diferenciado para outros contextos da sua vida, avaliando de forma mais positiva sua imagem corporal, e aumentando seu sentimento de autoestima, o que interfere no seu bem-estar psicológico.

É possível afirmar que a imagem corporal dos idosos se modifica gradualmente durante o processo de envelhecimento. Além disso, esta pode sofrer alterações devido à visão negativa em relação à velhice, quando esta é relacionada ao sentimento de incompetência ou ineficácia^{55,57}.

Com relação ao índice geral de qualidade de vida calculado através do WHOQOL-Old, verificou-se que os idosos com motivação alta na dimensão do Controle do Estresse (71,39) apresentaram a maior

1 média geral de qualidade de vida entre todas ($p < 0,05$) e indivíduos com uma baixa motivação na dimensão
2 da Estética (64,97), apresentaram a menor média geral ($p > 0,05$).

3 Desse modo, uma das hipóteses para tal resultado pode estar condicionada à motivação dos
4 idosos para a prática de atividade física, pois a saída do ambiente domiciliar, e o ingresso em um ambiente
5 de convívio com outros indivíduos, pode promover a diminuição do estresse ou pressões familiares
6 modificando positivamente a sua percepção global da qualidade de vida, ao alcançarem tal objetivo.

7 Outra hipótese pode estar relacionada ao fato que os idosos não buscam melhorar aspectos da
8 autoimagem como fator primordial de adesão ao projeto, deste modo isto pode contribuir para um escore
9 mais baixo na qualidade de vida global, visto que vários fatores interferem nesta percepção.

10 Nesta segunda fase de discussão buscou-se discutir os resultados referentes às coletas por meio
11 dos grupos focais, presentes na abordagem Qualitativa da pesquisa (Quadro 1). A primeira questão do
12 roteiro de entrevista dizia respeito aos motivos de participação (adesão e permanência) dentro do Projeto,
13 e foi possível identificar que grande parte dos idosos busca prevenir doenças, ou melhorar de alguma
14 enfermidade ao participar do projeto. Este contexto relacionado à saúde é bastante evidente no presente
15 estudo, pois tanto no instrumento específico da motivação quanto nas falas dos participantes do grupo
16 focal, percebe-se a importância desta dimensão. Tal resultado corrobora com outros estudos^{25,58-59},
17 comprovando que a busca por um envelhecimento saudável é uma constante entre os indivíduos da
18 terceira idade.

19 Ainda considerando o contexto de motivação, identificou-se que idosos com um maior número
20 de doenças, relacionaram a participação no projeto à saúde, principalmente pelo fato que estes procuram
21 através das atividades amenizar suas enfermidades ou prevenir o surgimento de novas doenças. Tal fato
22 relaciona-se ainda com a modalidade praticada, onde as participantes da hidroginástica (modalidade de
23 baixo impacto e na qual as propriedades físicas da água facilitam os movimentos)⁶⁰ relacionaram a prática
24 de atividade física com a saúde, uma vez que estas também apresentam um número maior de
25 enfermidades, e muitas destas relacionadas à problemas musculoesqueléticos, quando comparados às
26 demais modalidades.

1 Os idosos que praticam hidroginástica, por apresentarem alguma limitação física ou enfermidade
2 com grau de comprometimento maior do que os praticantes das demais modalidades tiveram uma
3 percepção negativa da sua autonomia, e consequentemente, da possibilidade de melhora dos aspectos
4 físicos que podem ser modificados pela prática de atividade física, ou ainda, relacionados às perspectivas
5 de novos aprendizados ou experiências.

6 Diante das falas dos participantes do grupo focal, identificou-se ainda uma forte relação entre a
7 motivação para a prática de atividade física e o convívio social proporcionado pela participação no
8 projeto. O Projeto NATI, possui uma trajetória de 20 anos, e assumiu uma grande importância tanto
9 para a comunidade acadêmica, quanto para a vida dos idosos que participam dele. Este ambiente de troca
10 entre universitários e comunidade, construído com o passar do tempo, também influencia na
11 permanência dos idosos no Projeto, uma vez que, o bem estar proporcionado pela participação e as
12 atividades desenvolvidas, foram citadas nas falas destes indivíduos, como fatores influentes neste
13 processo.

14 Com relação à percepção da imagem corporal e estética, o estudo mostrou uma baixa relação
15 entre a motivação dos indivíduos com este aspecto, e isto foi percebido entre as falas dos idosos, pois na
16 sua grande maioria não relacionaram tal aspecto como um motivo para a participação no projeto. É
17 importante destacar ainda o fato da estética, estar presente somente nas falas dos participantes do sexo
18 feminino, assim como o fato da interferência positiva da prática de atividade física no controle do estresse,
19 ou seja, entre os homens, tais motivos não estão diretamente vinculados à sua participação no Projeto.

20 Percebeu-se uma relação entre a motivação para a prática de atividade física e a busca pela
21 autonomia por grande parte dos idosos, principalmente entre os indivíduos que apresentavam um maior
22 número de enfermidades, onde estes procuram através do projeto, uma melhoria nas suas capacidades
23 físicas, repercutindo na sua vida diária.

24 A relação positiva entre a prática de atividade física e os benefícios proporcionados pela mesma
25 foi evidenciado em um estudo realizado por Lopes et al.⁶¹, com idosas praticantes e não praticantes de
26 atividade física na cidade de Florianópolis/SC. O estudo foi realizado com 59 idosas (39 ativas e 30
27 inativas) a partir de grupos focais que identificaram modificações positivas na saúde daquelas

1 consideradas ativas como: a melhora do autoconceito, da autoestima e da imagem corporal; diminuição
2 do estresse e da ansiedade; melhora da tensão muscular e do sono; diminuição do consumo de
3 medicamentos; melhora das funções cognitivas e da socialização.

4 Os indivíduos mais motivados mostraram-se mais autônomos para a realização de suas tarefas
5 diárias, considerando estão engajados em diversas atividades durante a semana, como outros grupos de
6 terceira idade e demais atividades. Entre os indivíduos menos motivados, percebemos uma autonomia
7 menor, pois alguns idosos dependem de outras pessoas para desempenhar algumas atividades do seu dia-
8 a-dia. As mulheres mostraram-se mais autônomas do que os homens, visto que além de suas tarefas
9 domésticas, conseguem realizar outras atividades ocupacionais em grande parte do seu tempo semanal.

10 Apesar das diferenças entre os grupos, a necessidade de autonomia pode ser percebida na fala
11 dos idosos, pois, independente do nível de motivação, a dependência de outras pessoas para desempenhar
12 tarefas cotidianas, repercute negativamente em aspectos psicológicos como o bem-estar ou o sentimento
13 de autoestima deles.

14 Foi destacado ainda nas falas, o prazer que a participação no projeto proporciona aos idosos,
15 indicando maior motivação pelo sentimento de bem-estar, e o gosto pela atividade praticada. Esta questão
16 apresentou uma relação com o tempo de participação no projeto, pois os indivíduos inseridos há mais
17 tempo, indicaram um maior número de fatores positivos relacionados a este contexto.

18 Parece haver ainda uma estreita relação entre o convívio social obtido através da adesão ao projeto
19 com a motivação que estes idosos têm para a prática de atividade física. Com o passar dos anos, existe
20 um aumento do isolamento por parte dos idosos, seja por motivação própria ou do meio em que se
21 inserem. Podemos perceber algumas mudanças no nicho familiar, onde cada pessoa tem seus interesses
22 e prioridades.

23 Tais fatores acabam influenciando na procura destes idosos por locais onde consigam adquirir
24 uma importância maior perante a sociedade, com o intuito de resgatar alguns valores esquecidos, e
25 adquirindo novamente, uma importância entre seus semelhantes⁶².

Os motivos de adesão explicitados anteriormente relacionam-se tanto com aspectos intrínsecos da motivação quanto com aspectos extrínsecos. Como já mencionado, segundo a TAD, quanto mais motivados intrinsecamente os indivíduos estiverem, mais motivados em direção à uma ação eles estarão.

É importante ressaltar que apesar dos indivíduos motivarem-se devido à influências do meio em que se inserem (motivação extrínseca), em alguns momentos, tal aspecto motivacional representa um benefício, pois grande parte dos aspectos extrínsecos aqui citados (indicação médica, convívio social, prazer em estar no ambiente) relaciona-se à Integração, que diz respeito a aceitação de uma ação pelos indivíduos, quando esta é considerada benéfica e útil a ponto de representar um motivo para seu comportamento²⁶.

O último componente tratado no presente trabalho, relacionado às falas das idosas nos grupos focais, é a importância atribuída à prática de atividade física e a percepção sobre a qualidade de vida.

Identificou-se novamente, uma influência da prática de atividade física na saúde, onde os idosos relataram que ela é capaz de proporcionar tanto benefícios físicos, quanto psicológicos. Além disso, foi possível entender os motivos de adesão ao projeto, pois estes são importantes na opinião dos idosos e relacionam-se à prática de atividade física, como por exemplo, a melhora da auto estima, o aumento da autonomia, a melhora no sentimento de bem estar, entre outros.

Em estudo realizado por Rocha et al.⁵⁹, com idosos residentes em Itabuna/BA e vinculados à uma Unidade de Saúde da Família (USF), os participantes, indicaram em sua totalidade que a atividade física é extremamente importante para a saúde, e outros aspectos como o controle do peso, a aptidão física, o humor, a atratividade, o divertimento ou a harmonia receberam uma importância menor.

É possível ainda estabelecer algumas relações entre os participantes dos dois níveis de motivação com sua percepção sobre a qualidade de vida, onde os idosos menos motivados atribuem uma significância maior à saúde, como fator principal para uma boa qualidade de vida. Tal fato é semelhante ao que foi relatado por idosos que participam do Projeto a um tempo inferior, pois estes ingressaram no mesmo, buscando saúde, para alcançar uma melhor qualidade de vida.

Tal questão pode ser respaldada na medida em que políticas governamentais de saúde voltadas para a terceira idade como a “*Active Ageing*” (Envelhecimento Ativo), desenvolvida pela Organização

1 Mundial da Saúde⁶ têm sido fomentadas, buscando propiciar um envelhecimento com mais saúde e
2 qualidade de vida à população idosa.

3 Os idosos apontaram uma relação entre a qualidade de vida com a autonomia para realização das
4 atividades diárias, onde alguns deles mencionaram ter uma maior facilidade para desenvolver suas tarefas
5 domésticas e cotidianas a partir da participação no Projeto, o que significou um avanço na sua qualidade
6 de vida. Entre os idosos menos motivados, percebemos esta relação de forma mais explícita, pois os
7 indivíduos relataram uma necessidade maior de autonomia, visto que possuem algumas limitações na sua
8 saúde, que os impede de realizar com facilidade as tarefas diárias. De certa forma, para estes idosos, não
9 depender de outras pessoas, está relacionado a uma percepção positiva da qualidade de vida.

10 Segundo Cipriani et al.⁶³ a prática de atividade física atua como um importante fator para a
11 manutenção da aptidão funcional. Além disso, a prática de atividade física regular parece reduzir os efeitos
12 negativos acarretados pelo processo de envelhecimento, retardando inclusive algumas restrições quanto
13 à realização das atividades de vida diária, prolongando inclusive o tempo de vida ativa desta população⁶⁴.

14 A qualidade de vida para os idosos relacionou-se também à possibilidade de conviver com outras
15 pessoas. Na terceira idade o sentimento de isolamento por muitas vezes faz parte do cotidiano, e este
16 acaba interferindo tanto no contexto da saúde (física e mental), quanto nos aspectos da autoestima e
17 autoimagem dos idosos. A participação dos idosos em atividades físicas tem associação positiva com o
18 bem-estar e saúde psicológica⁶⁵.

19 Segundo Strawbridge et al.⁶⁶, a prática de atividade física, sobretudo quando praticada em grupo,
20 é capaz de elevar a autoestima de idosos, contribuindo para a melhora das relações psicossociais e do
21 reequilíbrio emocional além da qualidade de vida.

22 Segundo os idosos a possibilidade do convívio social representa uma boa qualidade de vida na
23 sua percepção, pois conseguem se sentir mais capazes e assumem uma importância que acabam perdendo
24 com o tempo. Entre os participantes que tem um vínculo mais duradouro, essa relação é mais evidente,
25 pois indicaram através de suas falas que o Projeto assumiu uma grande importância na sua vida,
26 possibilitando uma maior convivência com outras pessoas, uma melhora na sua saúde, levando-os a ter
27 uma maior felicidade.

Desse modo, foi possível identificar uma forte relação positiva entre a participação no Projeto com a qualidade de vida dos idosos, independente da modalidade praticada e o motivo de adesão, mostrando que a prática de atividade física é capaz de proporcionar benefícios psicossociais a este grupo estudado. No entanto, foi notável através das falas destes indivíduos que quanto maior o tempo de participação e importância atribuída a prática de atividade física, melhor a qualidade de vida.

Apesar da saúde representar um importante aspecto motivacional, o convívio social estabelecido através da troca de experiências com os pares e com indivíduos de outras faixas etárias, é capaz de motivar estes idosos a praticarem atividade física, proporcionando um aumento do seu bem estar, resgatando sentimentos de autoestima e auto eficácia.

Salienta-se a necessidade de realização de mais estudos como este, considerando um tamanho de amostra maior, em diferentes contextos, pois desse modo, será possível conhecer os interesses dos idosos, tornando mais fácil a criação e implementação de projetos e atividades direcionados aos seus interesses, podendo garantir a adoção e manutenção de um estilo de vida ativo, repercutindo positivamente na sua qualidade de vida.

Tabela 1. Características sócio-demográficas da amostra (n=170).

Variável	n	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	18	10,6
Feminino	152	89,4
<i>Modalidade</i>		
Ginástica	52	30,6
Hidroginástica	96	56,5
Musculação	22	12,9
<i>Idade</i>		
60-69 anos	92	54,1
70-79 anos	63	37,1
80 anos ou mais	15	8,8
<i>Tempo de participação no projeto</i>		
≤ 9 anos	127	76,0
10-14 anos	33	19,8
≥ 15 anos	7	4,2
<i>Ocupação</i>		
Aposentado	124	72,9
Outro	46	27,1

<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto	2	1,2
Ensino Fundamental*	95	54,7
Ensino Médio*	54	31,7
Ensino Superior*	21	12,4
<i>Renda Familiar**</i>		
≤ 1 salário	57	33,6
2-4 salários	107	62,9
≥ 5 salários	6	3,5
<i>Cor da pele</i>		
Branca	142	83,5
Não branca	28	16,5
<i>Estado civil</i>		
Casado	80	47,1
Viúvo	52	30,5
Outro	38	22,4
<i>Convivência no lar</i>		
Sozinho	46	27,1
Acompanhado	124	72,9
<i>Percepção de saúde</i>		
Ótima/Boa	126	74,1
Regular/Ruim	44	25,9
<i>Uso de medicamentos</i>		
Sim	157	92,4
Não	13	7,6
<i>Quantidade de doenças</i>		
Nenhuma	8	4,7
Uma doença	37	21,8
2-4 doenças	102	60,0
≥ 5 doenças	23	13,5

*Completo ou Incompleto; **Considerando o salário de R\$770,00.

Tabela 2. Escores de motivação e qualidade de vida segundo dimensões e domínios

Dimensões da motivação e domínios da qualidade de vida	Média (DP)	Med	IC (95%)
<i>Dimensões da Motivação</i>			
Controle do Estresse	97,82 (22,15)	97,00	94,47 – 101,18
Saúde	116,66 (17,06)	117,00	114,08 – 119,24
Sociabilidade	96,59 (19,49)	94,00	93,64 – 99,54
Prazer	109,90 (16,90)	107,00	107,30 – 112,43
Competitividade	73,40 (21,30)	69,00	70,18 – 76,63
Estética	78,14 (24,46)	78,50	74,43 – 81,84
<i>Domínios da Qualidade de vida (WHOQOL-Bref)</i>			
Físico	75,30 (19,79)	71,43	72,30 – 78,30
Psicológico	75,29 (19,26)	70,83	72,38 – 78,21
Relações Sociais	84,71 (24,07)	83,33	81,06 – 88,35
Meio Ambiente	74,95 (18,46)	71,88	72,16 – 77,75

Domínios da Qualidade de vida (WHOQOL-Old)

Funcionamento do Sensorio	61,32 (30,12)	62,50	56,76 – 65,88
Autonomia	72,46 (18,51)	75,00	69,66 – 75,27
Atividades PPF	80,21 (22,17)	75,00	76,85 – 83,56
Participação Social	74,70 (15,84)	75,00	72,30 – 77,10
Morte e Morrer	52,57 (34,70)	59,37	47,31 – 57,82
Intimidade	74,85 (22,55)	75,00	71,43 – 78,26
Escore Geral da qualidade de vida	68,09 (12,08)	67,71	66,26 – 69,92

DP=desvio padrão; Med=mediana; IC=intervalo de confiança; PPF=passadas, presentes e futuras

Tabela 3. Comparação entre a motivação e os domínios da qualidade de vida (WHOQOL-Bref)

Dimensões da motivação	n	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
<i>Controle do Estresse</i>					
MA	54	84,31‡	84,77‡	91,76	82,13
MM	57	73,53	73,28	82,35	71,47
MB	59	68,59	68,40	80,46	71,77
<i>Saúde</i>					
MA	56	84,67‡	84,13‡	94,57†	82,09†
MM	53	69,98	70,24	79,94	70,15
MB	61	71,31	71,58	79,78	72,57
<i>Prazer</i>					
MA	53	81,71†	83,02‡	90,54	80,86
MM	59	75,22	73,97	83,19	71,84
MB	58	69,52	69,58	80,92	72,72
<i>Sociabilidade</i>					
MA	56	82,34	82,58†	92,06	82,53
MM	55	74,09	73,40	83,15	71,80
MB	59	69,74	70,14	79,18	70,70
<i>Competitividade</i>					
MA	56	81,54†	80,98	88,86	79,86
MM	56	74,27	72,87	81,08	71,69
MB	58	70,27	72,14	84,20	73,37
<i>Estética</i>					
MA	56	82,77‡	81,92†	90,25	80,19
MM	56	72,36	72,50	80,28	70,67
MB	58	70,92	71,60	83,62	74,04

MA= motivação alta; MM= motivação média; MB= motivação baixa. †=p<0,05; ‡=p<0,01.

1

Tabela 4. Comparação entre a motivação e os domínios da qualidade de vida (WHOQOL-Old)

Dimensões da motivação	n	Funcionamento do Sensório	Autonomia	Atividades PPF	Participação Social	Morte e Morrer	Intimidade	Total da QV
<i>Controle do Estresse</i>								
MA	54	73,64‡	76,86	88,15†	74,65	59,95	75,00	71,39†
MM	59	56,71	70,55	75,70	75,52	47,24	73,51	65,89
MB	57	54,43	70,28	77,35	73,90	51,09	76,09	67,25
<i>Saúde</i>								
MA	53	71,82†	76,38	87,36	75,00	54,91	71,09	69,42
MM	56	57,17	68,76	75,62	71,81	55,07	75,82	66,86
MB	61	55,29	72,08	77,63	76,94	48,25	77,45	67,94
<i>Prazer</i>								
MA	53	73,96‡	75,49	87,33	75,23	59,90	74,17	70,91
MM	59	56,35	71,80	76,53	72,45	48,51	75,84	66,13
MB	58	54,84	70,37	77,43	76,50	50,00	74,46	67,51
<i>Sociabilidade</i>								
MA	56	68,48	78,34	88,50†	74,88	54,35	74,66	69,60
MM	55	60,44	68,71	76,36	76,81	58,06	74,65	68,95
MB	59	55,36	70,38	75,92	72,56	45,76	75,21	65,85
<i>Competitividade</i>								
MA	56	64,76	76,53	85,29	76,22	54,57†	74,88	68,73
MM	56	67,69‡	69,49	76,87	73,21	60,60	75,66	70,10
MB	58	51,86	71,40	78,51	74,67	42,88	74,03	65,53
<i>Estética</i>								
MA	56	67,66‡	76,03†	85,45	74,88	59,37‡	73,99	69,40
MM	56	66,37	71,09	78,38	75,22	55,58	76,11	70,01
MB	58	50,33	70,34	76,91	74,03	43,10	74,46	64,97

2

MA= motivação alta; MM= motivação média; MB= motivação baixa; PPF=passadas presentes e futuras; †=p<0,05; ‡=p<0,01.

Quadro 1. Categorias de análise dos grupos focais

Categoria 1 – Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade física	
Aspectos intrínsecos	<i>Unidade de significado</i>
	Melhorar a saúde
	Melhorar a autoestima
	Sentir-se bem
	Ficar mais forte
	Aprender coisas novas
	Sentir-se bonita
	Diminuir o estresse
	Ter autonomia
Aspectos Extrínsecos	Encontrar os amigos
	Participar de um grupo com semelhantes
	Recomendação médica
	Influência da família
Categoria 2 – Aspectos relacionados à atividade física e qualidade de vida	
Importância atribuída à prática de atividade física	<i>Unidade de significado</i>
	Proporciona benefício para a saúde
	Melhora o sentimento de bem-estar
	Diminui o estresse
	Melhora a percepção de autoestima
	Aumenta a disposição para o dia-a-dia
	Proporciona maior autonomia
Aspectos da qualidade de vida	Ser saudável
	Conversar com os amigos
	Estar feliz no ambiente
	Sentir-se bem consigo mesmo
	Conseguir fazer o que tem vontade
	Ter autonomia no dia-a-dia

REFERÊNCIAS

01. Chaimowicz FA. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saude Publica. 1997; 31(2):184-200.
02. Matsudo SMM. Envelhecimento & atividade física. Londrina: Midiograf, 2001.
03. Nasri FO. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein. 2008; 6 (Supl 1):S4-S6.
04. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. Cad. Saúde Pública. 2012;28(2):208-209.
05. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Síntese de indicadores. 2012. Disponível em:

- 1 <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default.shtm>
- 2 >.
- 3 06. World Health Organization (WHO). Active ageing: a policy framework. A contribution of the
- 4 World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain,
- 5 Apr. 2002. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf>.
- 6 07. Milanovic Z, Pantelic S, Trajkovic, N, Sporis, G, Kostic R, James, N. Age-related decrease in
- 7 physical activity and functional fitness among elderly men and women. *Clinical Interventions in Aging*.
- 8 2013;8:549–556.
- 9 08. Zaitune MPA, Barros MBS, César CLG, Crandina L, Goldbaum M, Alves MCG. Fatores associados
- 10 à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo
- 11 (ISA-SP), Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(8):1606-1618.
- 12 09. Farinatti PTV. Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas. v.
- 13 1, 1ª Ed. Barueri: Manole, 2008.
- 14 10. Mazo GZ. Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento. Porto Alegre: Sulina, 2008.
- 15 11. Madeira MC; Siqueira FCV; Facchini LA et al. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos
- 16 do Brasil: prevalências e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(1):165-174.
- 17 12. Nelson ME. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American
- 18 College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. 2007; 39:1435-
- 19 45.
- 20 13. Phoenix C, Grant B. Expanding the agenda for research on the physically active aging body. *J Aging*
- 21 *Phys Act*. 2009; 17:362-79.
- 22 14. Carvalho ED, Valadares, ALR, Costa-Paiva LH.; Pedro AO, Moraes SS, Pinto-Neto AM. Atividade
- 23 física e qualidade de vida em mulheres com 60 anos ou mais: fatores associados. *Revista Brasileira de*
- 24 *Ginecologia e Obstetrícia*. 2010; 32(9):433-40.
- 25 15. Santos CAS, Dantas EEM, Moreira MHR. Correlation of physical aptitude; functional capacity,
- 26 corporal balance and quality of life (QoL) among elderly women submitted to a post-menopausal
- 27 physical activities program. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011; 53:344–349.

- 1 16. Valadares ALR, Carvalho ED, Costa-Paiva LH, Moraes SS, Pinto-Neto AM. Association between
2 different types of physical activities and quality of life in women aged 60 years or over. *Revista da*
3 *Associação Médica Brasileira*. 2011; 57(4):450-455.
- 4 17. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida
5 ativo. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.
- 6 18. Siqueira, FV; Facchini LA; Piccini RX et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas
7 de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad.*
8 *Saúde Pública*. 2008;24(1):39-54.
- 9 19. Reichert FF, Barros AJD, Domingues MR, Hallal PC. The Role of Perceived Personal Barriers to
10 Engagement in Leisure-Time Physical Activity. *Am J Public Health*. 2007;97(3): 515-519.
- 11 20. Cassou ACN, Fermino RC, Santos MS, Rodriguez-Anêz CR; Reis RS. Barreiras para a atividade
12 física em idosos: uma análise por grupos focais. *Revista da Educação Física/UEM*. 2008; 19(3):353-360.
- 13 21. Bjornsdottir G, Arnadottir SA, Halldorsdottir S. Facilitators of and Barriers to Physical Activity in
14 Retirement Communities: Experiences of Older Women in Urban Areas. *Phys Ther*. 2012;92:551-562.
- 15 22. Okuma SS, Miranda MLJ, Velardi M. Atitudes de idosos frente à prática de atividades físicas.
16 *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 2007; 15(2):47-54.
- 17 23. Hill AM, Hoffmann T, Mcphail S, et al. Factors Associated With Older Patients' Engagement in
18 Exercise After Hospital Discharge. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011; 92: 1395-403.
- 19 24. So C, Pierluissi E. Attitudes and Expectations Regarding Exercise in the Hospital of Hospitalized
20 Older Adults: A Qualitative Study. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60:713–718.
- 21 25. Ribeiro JAB, Cavalli AS, Cavalli MO, Pogorzelski LV, Prestes MR, Ricardo LI. Adesão de idosos a
22 Programas de atividade física: motivação e significância. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*. 2012;34(4):969-984.
- 23 26. Deci E, Ryan R. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York:
24 Plenum, 1985.
- 25 27. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social
26 development, and well-being. *Am Psychol*. 2000;55:68–78.

- 1 28. Pires A, Cid L, Borrego C, Silva C. Validação preliminar de um questionário para avaliar as
2 necessidades psicológicas básicas em educação física. *Motricidade*. 2010; 6(1):35-51.
- 3 29. Rufini SE, Bzuneck JA, Oliveira KL. A Qualidade da motivação em Estudantes do Ensino
4 Fundamental. *Paidéia*. 2012; 22(51):53-62.
- 5 30. Lyness JM, Lurie SJ, Ward D, Mooney CJ, Lambert DR. Engaging students and faculty:
6 implications of self-determination theory for teachers and leaders in academic medicine. *BMC Med*
7 *Educ*. 2013;13(151):1-7.
- 8 31. Kondric M, Sindik J, Furjan-Mandic G, Schiefler B. Participation Motivation and Student's Physical
9 Activity among Sport Students in Three Countries. *J Sports Sci*. 2013;12:10-18.
- 10 32. Springer JB. "I am very, very proud of myself": improving youth activity levels using self-
11 determination theory in program development. *Front Public Health*. 2013;1:1-9.
- 12 33. Thomas JR, Nelson JK. Métodos de pesquisa em atividade física. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed,
13 2002.
- 14 34. Balbinotti MAA. Inventário de Motivos para a Prática Regular de Atividades Físicas e Esportivas:
15 Novas análises psicométricas. V Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica; 31 Mai-4 Jun; Bento
16 Gonçalves, RS; 2011; p.1.
- 17 36. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini, C. Development and validation of the Portuguese version
18 of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica*. 2006;40(5):785-91.
- 19 37. Fleck MPA, Louzada MX, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em
20 português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Rev Saude*
21 *Publica*. 2000;34(2):178-83.
- 22 38. Tanaka OY, Melo, C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – um modo de fazer. São
23 Paulo: Edusp, 2001.
- 24 39. Meier MJ, Kudlowicz S. Grupo focal: uma experiência singular. *Texto & Contexto Enfermagem*.
25 2003; 12(3):394-399.

- 1 40. Gomes MES, Barbosa EF. A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos.
2 Educativa – Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais (publicação interna). 1999. Disponível
3 em: <<http://www.tecnologiadeprojetos.com.br>>
- 4 41. Iervolino AS, Pelicioni MCFA. A Utilização do Grupo Focal como Metodologia Qualitativa na
5 Promoção da Saúde. Revista da Escola de Enfermagem – USP. 2001;35(2):115-21.
- 6 42. Aschidamini IM, Saupe R. Grupo focal estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico.
7 Cogitare Enfermagem. 2004;9(1):9-14.
- 8 43. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
- 9 44. Bovespa. Bolsa de valores de São Paulo. Indicadores de salário mínimo. Disponível em:
10 <<http://br.advfn.com/indicadores/salario-minimo/2013/rio-grande-do-sul>>
- 11 45. Meurer ST, Benedetti, TRB, Mazo, GZ. Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores
12 motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. Revista Brasileira de Atividade
13 Física e Saúde. 2011;16(1):18-24.
- 14 46. Mazo GZ, Lopes M, Benedetti TRB. Atividade Física e o Idoso: Concepção Gerontológica. 3ª ed.
15 Porto Alegre: Sulina, 2009.
- 16 47. Corrêa LQ, Rombaldi AJ, Silva MC. Atividade Física e Sintomas do Envelhecimento Masculino em
17 uma População do Sul do Brasil. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. 2011;17(4):228-231.
- 18 48. Mazo GZ, Meurer ST, Benedetti TRB. Motivação de idosos para a adesão a um programa de
19 exercícios físicos. Psicologia para América Latina. 2009;18:1-15.
- 20 49. Mazo GZ. Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento. Porto Alegre: Sulina, 2008.
- 21 50. Santos CAS, Dantas EEM, Moreira MHR. Correlation of physical aptitude; functional capacity,
22 corporal balance and quality of life (QoL) among elderly women submitted to a post-menopausal
23 physical activities program. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2011;53:344–349.
- 24 51. Chaim J, Rarnudo ME, Ferreira CAS, Yuaso DR. Prática regular de atividade física e sedentarismo:
25 influência na qualidade de vida de idosas. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.
26 2010;7(2):198-209.

- 1 52. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, et al. Contribuição dos domínios físico, social,
2 psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande*
3 *do Sul*. 2006;28(1):27-38.
- 4 53. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto e*
5 *Contexto – Enfermagem, Florianópolis*. 2012;21(1):112-20.
- 6 54. Rodrigues NC. Situação social do velho em diferentes épocas e sociedades. In: Shons CM, Palma
7 LTS, organizadores. *Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social*. Passo Fundo,
8 RS: UPF Editora, 2000.
- 9 55. Novaes ME. *Conquistas possíveis e rupturas necessárias: Psicologia da terceira idade*. Rio de
10 Janeiro: Grypho. 1995.
- 11 56. Teixeira JS, Corrêa JC, Rafael CBS, Miranda VPN, Ferreira, MEC. Envelhecimento e Percepção
12 Corporal de Idosos Institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2012;15(1):63-
13 68.
- 14 57. Freitas CM, Santiago MS, Viana AT, Leão AC, Freyre C. Aspectos motivacionais que influenciam a
15 adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. *Revista Brasileira de*
16 *Cineantropometria e Desempenho Humano*. 2007;9(1):92-100.
- 17 58. Gomes KT, Zazá DC. Motivos de adesão a prática de atividade física em idosos. *Revista Brasileira*
18 *de Atividade Física e Saúde*. 2009;14(2):132-138.
- 19 59. Rocha SV, Carneiro LRV, Costa-Júnior LOS. Motivos para a prática de atividade física entre idosos
20 no município de Itabuna-BA. *Revista de Atenção Primária à Saúde (APS)*. 2011;14(3):276-282.
- 21 60. Alberton CL, Rothman CRC, Pinto SS, Coertjens M, Kruel LFM. Consumo de oxigênio e índice de
22 esforço percebido em diferentes ritmos de execução na hidroginástica. *Revista Motriz*. 2012;18(3):423-
23 431.
- 24 61. Lopes MA, Krug RR, Mazo GZ, Bonetti A. Percepção de idosos longevas sobre atitudes positivas
25 diante da prática de atividade física: um estudo em grupo focal. *Saúde e Transformação Social*.
26 2013;4(3):91-97.

- 1 62. Bittar C, Lima LCV. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na
2 senescência. *Revista Kairós Gerontologia*. 2011;14(4):101-118.
- 3 63. Cipriani NCS, Meurer ST, Benedetti TRB, Lopes MA. Aptidão funcional de idosas praticantes de
4 atividades físicas. *Revista Brasileira de Cineantropometria Desempenho Humano*. 2010;12(2):106-111.
- 5 64. Rosa MF, Mazo GZ, Silva AH, Brust C. Efeito do período de interrupção de atividades aquáticas na
6 aptidão funcional de idosas. *Revista Brasileira de Cineantropometria Desempenho Humano*.
7 2008;10(3):237-42.
- 8 65. Chodzko-zajko WJ, Proctor DN, Singh MA, Fiatarone M, Christopher T, Nigg CR. et al. Exercise
9 and Physical Activity for Older Adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009;41(7):1510-30.
- 10 66. Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical Activity Reduces the Risk of
11 Subsequent Depression for Older Adults. *Am J Epidemiol*. 2002; 156(4):328-34.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho intitulado “*Aspectos motivacionais relacionados à prática de atividade física em idosos e o impacto na qualidade de vida*”, realizado na cidade de Pelotas/RS, com praticantes de atividade física em um projeto social (Núcleo de Atividades para a Terceira Idade – NATI) buscou através da união de duas abordagens – Quantitativa e Qualitativa, explicar o processo motivacional relacionado à prática de atividade física em idosos, verificando ainda a relação estabelecida entre a participação no projeto com a qualidade de vida dos indivíduos.

Foi possível identificar por meio da abordagem Quantitativa, que o principal aspecto motivacional relacionado à participação dos idosos no Projeto, refere-se à Saúde, pois esta dimensão segundo o instrumento utilizado na coleta – Inquérito de Motivação para a Prática de Atividade Física (IMPRAFE-132), obteve a maior média entre todas (116,66; DP=17,06), sendo que a Estética (78,14; DP=24,46) foi àquela com pior resultado.

Considerando a Qualidade de vida dos idosos referente à mesma abordagem citada anteriormente, entre os domínios analisados através do WHOQOL-Bref, o das Relações Sociais apresentou maior escore entre os demais; e o relacionado ao Meio Ambiente (74,95; DP=18,46) apresentou a pior média entre todos.

Já entre os domínios analisados segundo o WHOQOL-Old, o domínio das Atividades passadas, presentes e futuras, apresentou a maior média entre todos (80,21; DP=22,17), e o domínio Morte e morrer, apresentou o pior resultado (52,57; DP=34,70). Com relação ao escore geral de qualidade de vida, este apresentou uma média intermediária quando comparado com os outros domínios da qualidade de vida.

Tais resultados mostram que os indivíduos participantes do projeto motivam-se principalmente pela possibilidade de manutenção da sua saúde ou recuperação de alguma enfermidade. Além disso, a participação no Projeto representa um fator positivo na qualidade de vida destes indivíduos em várias esferas, sobretudo, no que tange o convívio social, e os benefícios que ele pode proporcionar, principalmente quando consideramos que o afastamento e isolamento social são comuns na terceira idade.

Quando relacionadas às médias das dimensões da motivação e os domínios da qualidade de vida, foi possível verificar de maneira mais concreta a magnitude desta influência, pois aqueles indivíduos que mostraram-se mais motivados a participar do Projeto, sob diferentes dimensões, apresentaram médias mais elevadas de qualidade de vida, revelando uma associação positiva entre os dois desfechos.

Levando em consideração a abordagem Qualitativa também utilizada na pesquisa, foi possível identificar através das falas dos idosos: a importância atribuída a prática de atividade física; quais os motivos para a participação no Projeto; além da percepção relacionada à qualidade de vida.

Na opinião dos idosos, a atividade física assume uma importância significativa para a recuperação de suas enfermidades, prevenção de futuras doenças. Estes ainda atribuem a esse contexto, a principal motivação para participação no Projeto, levando em consideração outros benefícios que esta participação promove como: o aumento do convívio social, tanto com seus pares como indivíduos de outras faixas etárias; a sensação de bem estar proporcionada pela prática de atividade física; o resgate de sua autonomia, tão necessária para a realização de suas atividades diárias; e o aumento do seu sentimento de autoestima, e autoimagem.

Identificou-se ainda uma relação entre a motivação e a qualidade de vida com o número de enfermidades dos indivíduos, o tempo de participação no Projeto e a modalidade praticada. Os participantes do projeto, vinculados à modalidade de hidroginástica, que estão no projeto há mais tempo, possuem um número maior de enfermidades, e estes por sua vez apresentaram uma motivação mais baixa ou especificamente relacionada à saúde, o que influenciou diretamente na sua percepção da qualidade de vida.

Com o presente estudo foi possível identificar as nuances que a prática de atividade física e, por conseguinte, a participação em um projeto social pode promover na vida de idosos. Apesar de considerar um local específico, impossibilitando maiores generalizações, conseguimos compreender de forma satisfatória as relações que a motivação tem com a qualidade de vida.

Estudos como este devem ser realizados, na medida em que presenciamos um fenômeno mundial – o rápido envelhecimento populacional, e necessitamos uma melhor compreensão dos aspectos que permeiam este processo, sobretudo no que diz respeito às estratégias de promoção de saúde junto a essa população. Dessa forma, ao conhecer seus interesses, ações diretas podem ser tomadas, possibilitando a estas pessoas um envelhecimento com mais saúde, autonomia e qualidade de vida.

APÊNDICES

Apêndice A – Ficha de avaliação sóciodemográfica



Universidade Federal de Pelotas
Escola Superior de Educação Física
Núcleo de Atividades para a Terceira Idade – NATI



1. Avaliação Sócio-demográfica:

Nome: _____										
Data de Nascimento: ____/____/____				Idade: _____		Sexo: () M () F				
Ano de início no programa: _____										
Pratica alguma atividade física fora do programa?				() Sim		() Não				
Qual? (vezes por semana): _____										
Ocupação:	() Aposentado			() Pensionista						
	() Aposentado e pensionista			() Aposentado ativo						
	() Pensionista ativo			() Aposentado e pensionista ativo						
	() Remunerado ativo			() Não remunerado ativo						
Etnia:	() Branco			() Pardo						
	() Negro			() Asiático						
Estado civil:	() Solteiro			() Casado						
	() Viúvo			() Separado						
Religião:	() Católico			() Evangélico		() Espírita				
	() Sem religião			() Ateu		() Outra _____				
Escolaridade:	() Analfabeto			() Fundamental Incompleto						
	() Fundamental Completo			() Médio Incompleto						
	() Médio Completo			() Superior Incompleto						
	() Superior Completo			() Pós-Graduação Completa						
Mora com quem?	() Sozinho			() Cônjuge		() Filhos				
	() Netos			() Outros: _____						
Renda mensal familiar em salários mínimos: (salário R\$ 540,00)				() <1	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() >5
Como você considera sua saúde?		() Ótima		() Boa		() Regular		() Ruim		() Péssima

Você possui alguma das doenças abaixo?			
() Doença cardíaca	() Osteoporose	() Diabetes	() Gastrite
() Hipertensão	() Osteopenia	() Prisão de ventre	() Tumores
() Sequela AVC (derrame)	() Asma / Bronquite	() Incontinência urinária	() Doença dos olhos
() Artrose	() Fibromialgia	() Alzheimer	() Dificuldades auditivas
() Artrite	() Enfisema	() Depressão	() Triglicérides ou Colesterol alto
() Dores lombares	() Outros _____		

Quantos destes itens você tem em casa?					
TV em cores	0	1	2	3	4 ou mais
Rádio	0	1	2	3	4 ou mais
Banheiro	0	1	2	3	4 ou mais
Automóvel	0	1	2	3	4 ou mais
Empregada Mensalista	0	1	2	3	4 ou mais
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou mais
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou mais
Videocassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou mais
Geladeira	0	1	2	3	4 ou mais
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou mais

Qual o grau de instrução do chefe da família?	
Analfabeto / Primário Incompleto	()
Primário Completo / Ginásio Incompleto	()
Ginásio Completo / Colegial Incompleto	()
Colegial Completo / Superior Incompleto	()
Superior Completo	()

Apêndice B – Inventário de motivação para a prática de Atividade Física (IMPRAFE-132)
– (utilizado na coleta)



1. Avaliação da Motivação:

Coloque nos parênteses a principal justificativa para a afirmação, de acordo com os valores abaixo:

1	2	3	4	5	6	7
Este item não me levaria a praticar atividade física	Me motiva pouquíssimo	Me motiva pouco	Me motiva mais ou menos	Me motiva muito	Me motiva muitíssimo	É por isso que pratico atividade física

1	() liberar tensões mentais	37	() estar com outras pessoas
2	() manter a forma física	38	() melhorar meus índices físicos
3	() estar com os amigos	39	() ser admirado pelos outros
4	() vencer competições	40	() descontraír
5	() manter bom aspecto	41	() realizar atividades do dia-a-dia, sem stress
6	() me sentir melhor	42	() ter índices saudáveis de aptidão física
7	() relaxar	43	() ter a oportunidade de rir
8	() manter o corpo em forma	44	() ter a possibilidade de ganhar dinheiro
9	() fazer novos amigos	45	() ficar com o corpo bonito
10	() melhorar minhas habilidades	46	() adquirir gosto pelo exercício
11	() emagrecer	47	() esquecer dos problemas
12	() obter satisfação	48	() realizar as tarefas do dia-a-dia, sem dificuldade
13	() sair do cotidiano	49	() reunir meus amigos
14	() manter a saúde	50	() ter mais status social
15	() encontrar amigos	51	() ficar com o corpo definido
16	() atingir meus objetivos	52	() ter a sensação de bem-estar
17	() manter o corpo em forma	53	() descontraír
18	() meu próprio prazer	54	() levar a vida com mais alegria
19	() acalmar-me	55	() participar de novos grupos de amizade
20	() evitar a obesidade	56	() ganhar dos adversários
21	() ter respeito pelos outros	57	() chamar a atenção das pessoas
22	() ser reconhecido	58	() livrar-me das preocupações
23	() ter bom aspecto	59	() tirar o stress mental
24	() sentir-me mais satisfeito comigo mesmo	60	() não ficar doente
25	() ter uma válvula de escape	61	() divertir-me
26	() diminuir o peso	62	() desenvolver habilidades
27	() não ficar em casa	63	() ter um corpo definido
28	() receber homenagens	64	() sentir-me mais alegre
29	() desenvolver a musculatura	65	() sair da agitação do dia-a-dia
30	() contentar-me	66	() adquirir saúde
31	() aliviar pressões da família	67	() brincar com meus amigos
32	() crescer com saúde	68	() aprender novas habilidades
33	() conversar com outras pessoas	69	() sentir-me bonito
34	() superar meus limites	70	() divertir-me
35	() ficar forte	71	() descansar
36	() me sentir à vontade	72	() melhorar a saúde

73	() gastar energia	103	() fazer parte de um grupo de amigos
74	() aumentar minha força	104	() ser campeão no esporte
75	() ser admirado	105	() ser respeitado pelos outros
76	() distrair-me	106	() atingir meus limites
77	() diminuir a irritação	107	() desenvolver meu corpo
78	() manter um bom aspecto físico	108	() entreter-me
79	() ser reconhecido entre meus amigos	109	() ficar sossegado
80	() ser o melhor no esporte	110	() viver mais
81	() atrair a atenção	111	() ir a escolinhas de esporte
82	() me sentir bem	112	() competir com os outros
83	() diminuir a ansiedade	113	() tornar-me atraente
84	() estar bem comigo mesmo	114	() alcançar meus objetivos
85	() sentir-me integrado com meus amigos	115	() diminuir a angústia pessoal
86	() ter prestígio	116	() ficar livre de doenças
87	() ser considerado o mais bonito	117	() ir para a igreja ou culto religioso
88	() realizar-me	118	() ganhar prêmios
89	() sair do stress da família	119	() ter um corpo em boa forma física
90	() evitar o cansaço	120	() atingir meus ideais
91	() ir para a escola	121	() ficar mais calmo
92	() ter retorno financeiro	122	() manter o corpo em forma
93	() ser considerado mais bonito	123	() encontrar amigos
94	() não engordar	124	() melhorar minhas habilidades
95	() ter sensação de repouso	125	() ser admirado pelos outros
96	() ficar mais forte	126	() meu próprio prazer
97	() participar nas aulas de educação física	127	() satisfazer uma necessidade pessoal
98	() concorrer com os outros	128	() melhorar minha condição cardiovascular
99	() ser notado entre as pessoas	129	() mostrar aos amigos o que é importante para mim
100	() ocupar meu tempo livre	130	() enfrentar novos desafios
101	() ficar mais tranquilo	131	() motivar outras pessoas a fazer o mesmo
102	() ter a sensação de auto-realização	132	() me sentir competente

Apêndice C – Questionário de qualidade de vida (WHOQOL-OLD) – (utilizado na coleta)



3. Avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-OLD):

Levando em consideração as suas últimas duas semanas, circule o número que satisfaz a resposta para a pergunta.

		Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
2	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5
3	Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
4	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
5	O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
6	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
7	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
8	O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
9	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1	2	3	4	5
11	Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
12	Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5
13	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
14	Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
15	Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5
19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5
20	Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
21	Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
22	Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5
23	Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
24	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

Apêndice D – Questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) – (utilizado na coleta)



4. Avaliação da Qualidade de vida (WHOQOL-Bref):

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito Bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com	1	2	3	4	5

	sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Mariângela da Rosa Afonso
Instituição: Escola Superior de Educação Física
Endereço: Rua Luis de Camões, 625
Telefone: (53) 3273-2752

Convidamos a participar do estudo “**Motivação para a prática de atividade física em idosos e o impacto na qualidade de vida**”.

Procedimentos: Fui informado de que o objetivo geral será avaliar a motivação para a prática de atividade física, bem como a qualidade de vida a partir de domínios diferenciados. Este termo será elaborado em duas vias, sendo que uma será entregue ao participante do estudo, e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Riscos e possíveis reações: Fui informado de que não existem riscos no estudo.

Benefícios: O benefício de participar na pesquisa relaciona-se ao fato que os resultados serão incorporados ao conhecimento científico e posteriormente a situações de ensino-aprendizagem.

Participação voluntária: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

Despesas: Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

Confidencialidade: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

Consentimento: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de consentimento pré-informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Nome do participante: _____ Identidade: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Declaração de responsabilidade do investigador: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me a disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de ética em pesquisa, pelo fone: (53) 3921-1427.

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Mariângela da Rosa Afonso

ANEXOS

Anexo A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESEF/UFPEL



Pelotas, 10 de Janeiro de 2013.

À Prof^a.
Mariângela da Rosa Afonso

Prezada Senhora,

Vimos, através deste, informar a aprovação do projeto intitulado "Motivação para a prática de atividade física em idosos e o impacto na qualidade de vida" no Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPEL, com protocolo nº 047/2012.

Sendo o que se apresenta, reitero votos de apreço e consideração.

Cordialmente

Suzete Chiviacowsky Clark

Profa. Dra. Suzete Chiviacowsky Clark
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
ESEF-UFPEL

Anexo B – Normas da Revista Brasileira de Educação Física e Esporte

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE (RBEFE)

Instruções aos autores

A Revista Brasileira de Educação Física e Esporte (RBEFE) é uma publicação trimestral da Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, e tem por objetivo publicar pesquisas que contribuam para o avanço do conhecimento nas áreas de Educação Física, Esporte e afins.

POLÍTICA

- Serão consideradas para publicação investigações originais sob condição de serem contribuições exclusivas para esta RBEFE, ou seja, que não tenham sido, nem venham a ser publicadas em outros locais.
- A submissão de artigos será feita somente por meio de *upload* no *website* (<http://submission.scielo.br/index.php/rbefe/login>). Antes da submissão, os autores deverão passar por um *checklist*, verificando se todos os procedimentos listados foram realizados antes da submissão final.
- Os artigos serão avaliados em duas fases. A primeira envolverá verificações de formato, aspectos gerais da escrita e coerência do trabalho com o escopo da RBEFE. Os editores poderão tanto recusar o artigo, quanto solicitar alterações antes do aceite da submissão. Uma vez consolidada a submissão, na segunda fase o artigo será avaliado por dois especialistas em sistema duplo cego. No caso de pareceres contraditórios, considerados os seus conteúdos, o artigo poderá ser avaliado por um terceiro especialista ou rejeitado.
- No momento da submissão, os autores poderão solicitar tanto dois possíveis revisores quanto dois possíveis não revisores. Porém, a decisão final quanto à escolha dos revisores caberá aos editores da revista.
- Os revisores receberão os artigos por via eletrônica juntamente com um formulário contendo os principais pontos a serem avaliados no processo de revisão. Eles também receberão e-mails diários na última semana do prazo estipulado para envio do parecer.
- Os seguintes tipos de artigos poderão ser submetidos à RBEFE:
- Artigos originais.

- Ensaaios (*short reviews*), escritos por autores convidados ou especialistas de notória capacidade acadêmica. Cada número da RBEFE contará com, no máximo, dois ensaios.
- Comunicações especiais: Avanços Metodológicos e Carta ao editor.
- No momento, não estamos aceitando artigos de revisão.

SUBÁREAS

1. Os autores deverão indicar uma das subáreas da Educação Física e Esporte a qual desejam submeter o artigo.
 - Sociocultural - artigos relacionados à história, filosofia, antropologia, sociologia, política, economia, administração.
 - Biodinâmica - artigos relacionados à bioquímica, treinamento esportivo, treinamento físico, fisiologia, biomecânica, medicina, nutrição e demais subáreas da Educação Física e Esporte.
 - Comportamental e Pedagógica - artigos relacionados à psicologia, comportamento motor, pedagogia e demais subáreas da Educação Física e Esporte.
2. Os autores terão no máximo 30 dias para realizar as modificações sugeridas pelos revisores. Caso o retorno do artigo aconteça após esse prazo, o artigo será considerado como uma nova submissão, e não como um artigo em processo de revisão. Essa medida visa acelerar o processo de revisão e publicação dos artigos recomendados.
3. Os artigos poderão ser enviados em três línguas: português, inglês e espanhol.
 - Os autores são responsáveis pelo conteúdo e pela escrita dos artigos. Eventuais erros são de responsabilidade exclusiva dos mesmos.
 - Durante o processo de revisão os autores deverão incluir no cabeçalho o código do artigo e o número da revisão (ex: RBEFE-94 revisão 1)
4. Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

O autor encarregado das correspondências deve ser claramente definido. Os manuscritos devem ser preparados de acordo com o padrão de estilo indicado abaixo. Os editores reservam-se ao direito de ajustar o estilo para manter o padrão de uniformidade.

Um artigo original deve conter os seguintes itens:

- **Página Título**

1. Título com no máximo 120 caracteres, incluindo espaços.
2. Nome completo dos autores - apenas aqueles com participação substancial na condução da pesquisa e edição do manuscrito (conforme normas acima). O corpo editorial reserva o direito de requisitar a redução do número de autores.
3. Afiliação institucional de cada autor, referenciada a cada autor pelo uso de número em sobrescrito.
4. Nome do autor para correspondência, endereço, telefone, fax e e-mail (indicar também um e-mail alternativo).
5. Título abreviado com no máximo 60 caracteres, incluindo espaços.

- **Resumo**

1. Limitado em 275 palavras, incluindo números, abreviações e símbolos.
2. O resumo deve ser estruturado em: objetivos, método, resultados e conclusão (mas não deve ser dividido em seções).
3. Não é permitido o uso de citações no resumo.
4. É também requerido, um resumo em Inglês (Abstract) para os manuscritos redigidos em Língua Portuguesa ou em Espanhol.

- **Palavras-chave**

1. Quatro (4) a seis (6) palavras-chave devem ser incluídas após o resumo.
2. Não repetir termos ou palavras contidos no título.

- **Introdução**

1. Apresentar, de maneira clara, os objetivos e hipóteses do estudo.
2. Apresentar um referencial teórico adequado e atual que sustente os objetivos e hipóteses do estudo.

- **Método**

1. Apresentar o delineamento experimental.

2. Apresentar informações sobre os sujeitos.
3. Identificar os métodos, equipamentos e procedimentos utilizados de forma a permitir a reprodução dos resultados por pares.
4. Apresentar referências para os métodos e procedimentos estatísticos utilizados.

- **Resultados**

1. Apresentar os resultados do estudo em forma de texto, tabelas e/ou figuras.
2. Não duplicar os dados expostos em texto nas tabelas/figuras.

- **Discussão**

1. Enfatizar a originalidade e relevância do estudo, sem repetir as informações apresentadas anteriormente.
2. Contextualizar a significância dos achados em perspectiva com outras observações já publicadas.
3. Limitar as conclusões a apenas aquelas que possam ser sustentadas pelos resultados do estudo.

- **Agradecimentos**

1. Identificar as fontes de financiamento.
2. Identificar possíveis colaboradores no estudo.

- **Conflito de interesse.**

- **Referências**

A *RBEFE* adota o estilo Vancouver para citações e referências bibliográficas. As referências devem ser listadas (em espaçamento duplo) em ordem numérica correspondente à ordem de citação no texto. As abreviações para os títulos dos periódicos devem estar em conformidade com a edição mais atual do *Index Medicus*. A primeira e última página de cada referência devem ser informadas.

MONOGRAFIAS (Livros, folhetos, guias, folders, dicionários e trabalhos acadêmicos)
- um autor

Barbanti J. Treinamento físico: bases científicas. São Paulo: CLR Baleiro; 1986.

Santos S. Cognitive aspects of movement timing control in old age. Saarbrücken: VDM Verlag; 2010.

- até 6 autores

[Nunes MES](#), Santos S. Frequency of knowledge of performance in motor learning in the elderly: an analysis of the process through which an elderly individual learns a motor skill. Saarbrücken: VDM Verlag; 2011.

Tani G, Bento JO, Gaya AC, Boschi C, Garcia RP, editores. Celebrar a lusofonia ensaios e estudos em desporto e educação física. Belo Horizonte: Casa da Educação Física; 2012.

- com mais de 6 autores

Tani G, Canfield MS, Silva MM, et al. Subsídios para professores de educação física de primeira a quarta série do primeiro grau. Brasília: MEC-SEED; 1987.

(citar 3, seguido da expressão 'et al.' Ou de acordo com o idioma do documento 'e outros', 'and others')

EDITOR, ORGANIZADOR, COORDENADOR, etc.

Cattuzzo MT, Tani G, editores. Leituras em biodinâmica e comportamento motor: conceitos e aplicações. Recife: EDUPE; 2009.

CAPÍTULO DE LIVRO

Lancha Junior AH, Costa AS. Proteínas e aminoácidos. In: Lancha Junior AH, Lancha, LOP, organizadores. Nutrição e metabolismo aplicados à atividade motora. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 31-46.

Braga Neto L, Bezerra EC, Serrão JC, [Amadio AC](#). Dynamic characteristics of two techniques applied to the field tennis serve. In: Haake SJ, Coe A, organizers. Tennis science & technology. Oxford: Blackwell Science; 2000. v. 1, p. 389-93.

AUTOR ENTIDADE

Universidade de São Paulo. Escola de Educação Física. Departamento de Ginástica. Educação física de 5a. a 8a. série: princípios e aplicações. São Paulo: EEFUSP; 1990.

TRABALHOS ACADÊMICOS

Freudenheim AM. Formação de esquema motor em crianças numa tarefa que envolve timing coincidente [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Educação Física; 1992.

RELATÓRIOS

Simões AC. Comportamento ideológico de liderança de professores-técnicos de equipes escolares masculinas e femininas de basquetebol, handebol, futsal e voleibol uma análise da descrição dos professores-técnicos e percepção dos alunos-atletas. São Paulo; 2005. Relatório Científico FAPESP.

ARTIGO DE PERIÓDICO

Basso L, Souza CJF, Araújo UO, et al. Olhares distintos sobre a noção de estabilidade e mudança no desempenho da coordenação motora grossa. Rev Bras Educ Fís Esporte. 2012;26:495-509.

Meira Junior CM, Maia JAR, Tani G. Frequency and precision of feedback and the adaptive process of learning a dual motor task. Rev Bras Educ Fís Esporte. 2012;26:455-62.

ARTIGO DE PERIÓDICO “ahead of the print”

Queiroz AC, Kanegusuki H, Chehuen MR, et al. Cardiac work remains high after strength exercise in elderly. Int J Sports Med. 2012. Epub 2012 Dec 5. doi: 10.1055/s0032-1323779. PubMed PMID: 23225272.

Papacosta E, Gleeson M. Effects of intensified training and taper on immune function. Rev Bras Educ Fís Esporte. 2013. Epub 2013 Fev 27.

EVENTO

Trabalho apresentado no Evento

Rezende AE, Mansoldo AC, Tertuliano IW, Vieira SS, Silva CGS. Análise longitudinal e avaliação quantitativa do desempenho no nado costas em jovens nadadores a interferência da experiência na tarefa nadar. 16o Congresso Paulista de Educação Física; 07 jul-09 2012; Jundiaí, BR. Jundiaí: Unifitalo; 2012. p. 19.

Trabalho de Evento publicado em periódico

Alves CR, Benatti FB, Tritto AC, et al. Creatine supplementation plus strength training on cognition and depression in elderly women: a pilot study. 59. Annual Meeting and III Congress on Exercise is Medicine; 2012; San Francisco, USA. Abstracts. (Med Sci Sports Exerc. 2012;44:S430).

Evento em meio eletrônico

Rocha CM, Barbanti VJ. We got the big ones! Comparing Brazilian's support for the 2014 FIFA World Cup and the 2016 Summer Olympic Games. 2012 North American Society for Sport Management Conference; 2012 May 23-26; Seattle, USA. Seattle: NASSM; 2012. p. 122-3. Available from: http://www.nassm.com/files/conf_abstracts/2012-028.pdf.

Editorial, carta, abstract, entrevista

Tani G. A Escola de Educação Física e Esporte... [Editorial]. Rev Paul Educ Fís. (São Paulo). 1999;13(n. Esp.):6.

Figuras

A *RBEFE* aceita apenas figuras em formato eletrônico. As figuras devem ser apresentadas em documentos separados do manuscrito e são requeridas legendas (inseridas no manuscrito, após a seção de *Referências*) para cada uma das figuras submetidas junto com o manuscrito.

Instruções para edição de figuras:

- Cada figura deve ser salva em um arquivo separado, sem legendas.
- Os arquivos devem ser salvos e enviados em tiff.
- Fotografias, imagens de tomografia computadorizada, raio-x etc devem ser salvas com resolução mínima de 300 dpi.
- Figuras que combinem fotografias com artes gráficas, bem como figuras em escala de cinza devem ser salvas com resolução mínima de 600-900 dpi.
- Imagens em cores devem ser escaneadas em modo CMYK (cyan, magenta, yellow, black). Não submeta figuras escaneadas em modo RGB (red, green, blue). Submeta figuras em cores apenas se as cores forem imprescindíveis.
- Letras, símbolos e números devem ser editados em fontes de 8 a 12 em estilo Garamond, Agaramond ou Adobe Garamond.
- Editar (cortar) qualquer espaço branco ou preto desnecessário ao redor da imagem principal.
- As Figuras devem ser enviadas no formato final, com tamanho, recortes e orientação (rotação) em que devem ser inseridas na versão final do artigo.

Tabelas

- As tabelas devem ser editadas em espaçamento duplo.

- Cada tabela deve ser acompanhada de uma legenda. As notas explanatórias devem ser posicionadas no rodapé da tabela.
- As tabelas devem conter as médias e unidades de variância (DP, EP, etc). Não devem ser utilizadas casas decimais insignificantes.
- As abreviações utilizadas nas tabelas devem ser consistentes com aquelas utilizadas ao longo do texto e nas figuras.

A RBEFE requer que todos os procedimentos de pesquisa sejam avaliados por um Comitê de Ética ou órgão similar. No caso de pesquisas com seres humanos, os mesmos ou seus responsáveis devem assinar um termo de consentimento livre e esclarecido antes da participação. A RBEFE reserva-se o direito de requerer o formulário de aprovação do Comitê de Ética em caso de dúvida quanto a qualquer procedimento. Estudos que envolvam experimentos com animais devem conter uma declaração na seção "Método", assegurando que os experimentos foram realizados em conformidade com a regulamentação sobre o assunto adotada no país. O sistema de medidas básico a ser utilizado na Revista deverá ser o "Système International d'Unités". Como regra geral, só deverão ser utilizadas abreviaturas e símbolos padronizados. Se abreviações não padronizadas forem utilizadas, recomenda-se a definição das mesmas no momento da primeira aparição no texto.

Checklist

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
- O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.
- O texto contém até 40 laudas (papel A-4), digitado em espaço duplo, com estilo Garamond, Agaramond ou Adobe Garamond (fonte 12). As páginas com linhas numeradas, reiniciando a contagem a cada página.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página sobre a Revista.
- Indicar a área do artigo - Biodinâmica; Sociocultural; Comportamental e Pedagógica.
- A identificação do Artigo - Título, ordem dos Autores, Instituições, endereço e e-mail - deverá ser apresentado diretamente no sítio de submissão e, portanto, separadamente do texto do artigo;

- O arquivo do artigo não poderá ter nenhuma possibilidade de identificação da autoria, pois o computador também identifica o arquivo (verificar em: Preparar/Propriedades do Word).

Envio de manuscritos:

Os manuscritos deverão ser submetidos por meio do endereço:

<http://submission.scielo.br/index.php/rbefe/login>

Anexo C – Roteiro de perguntas dos Grupos Focais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ROTEIRO-GUIA PARA OS GRUPOS FOCAIS:

1. Porque vocês praticam atividade física?
 - a. Existe algum motivo próprio (vontade própria) ou a participação está ligada a influências externas?
2. Há quanto tempo praticam?
3. Praticam atividade física em outro local? Desde quando?
4. Qual a importância da prática de atividade física nas suas vidas?
5. O que vocês mais gostam nas aulas? E o que menos gostam?
6. O que vocês consideram como qualidade de vida?
7. Qual a influência do projeto (atividade física) na qualidade de vida de vocês?
 - a. Acham que a atividade física pode influenciar de alguma forma na qualidade de vida?
8. Olhando para as imagens, qual a relação que cada uma delas tem com a prática de atividade física?



Anexo D – Fotos das sessões de Grupos Focais

