



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

WESLEY LESSA PINHEIRO

**PERFIL DOS IDOSOS USUÁRIOS DE ACADEMIAS AO AR LIVRE PARA A
TERCEIRA IDADE DA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ**

FORTALEZA

2016

WESLEY LESSA PINHEIRO

PERFIL DOS IDOSOS USUÁRIOS DE ACADEMIAS AO AR LIVRE PARA A
TERCEIRA IDADE DA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia do envelhecimento.

Orientador: Prof. Dr. João Macedo Coelho Filho

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P722p Pinheiro, Wesley Lessa.
Perfil dos Idosos Usuários de Academias Ao Ar Livre para a Terceira Idade da Cidade de Fortaleza,
Ceará / Wesley Lessa Pinheiro. – 2016.
91 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2016.
Orientação: Prof. Dr. João Macedo Coelho Filho.

1. Saúde do Idoso. 2. Promoção da Saúde. 3. Serviços de Saúde. I. Título.

CDD 610

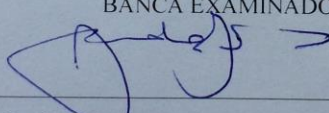
WESLEY LESSA PINHEIRO

PERFIL DOS IDOSOS USUÁRIOS DE ACADEMIAS AO AR LIVRE PARA A
TERCEIRA IDADE DA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia do envelhecimento.

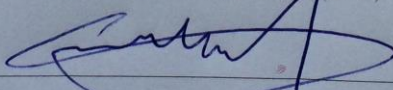
Aprovada em: 30 / 08 / 2016 .

BANCA EXAMINADORA



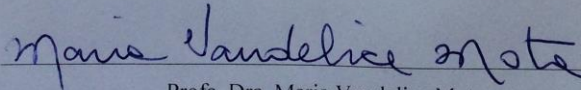
Prof. Dr. João Macedo Coelho Filho (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva

Universidade Federal do Ceará (UFC)



Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota

Universidade Federal do Ceará (UFC)

A meu irmão, Rodolfo Lessa Pinheiro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial ao meu pai José Pinheiro de Sousa Filho, minha mãe Maria José Lessa Pinheiro e meu irmão Rodrigo Lessa Pinheiro por todo o suporte fornecido durante todo o período de realização do mestrado.

Agradeço também meu orientador, o Professor Doutor João Macedo Coelho Filho por toda a paciência e ajuda que culminaram na elaboração deste trabalho acadêmico.

Aos meus amigos também não poderia deixar de agradecer, por há muito tempo se constituírem em um importante alicerce. Dizem que os amigos são a família que podemos escolher, nesse caso, as escolhas não poderiam ter sido melhores.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer as vivências, experiências e companheirismo proporcionados pela minha turma do Mestrado em Saúde Pública, contribuições que carregarei comigo pelo resto da vida.

“Eu não chuto. Como cientista eu chego a conclusões baseadas em observação e experimentação.” (Sheldon Cooper)

RESUMO

Academias ao Ar-Livre para a Terceira Idade vem sendo implantadas em diversas cidades brasileiras, entretanto, o perfil dos idosos que utilizam os equipamentos das referidas academias ainda é desconhecido. Este estudo tem o objetivo de descrever o perfil dos idosos usuários das academias ao ar-livre da cidade de Fortaleza. Realizou-se um estudo transversal, por meio de um questionário aplicado com 374 idosos com idade maior ou igual a 60 anos, usuários das 11 primeiras academias ao ar-livre instaladas em Fortaleza. Coletaram-se dados de cunho sociodemográfico, condições clínicas e padrão de utilização. Verificou-se que a maioria dos idosos eram mulheres (54,7%), na faixa etária entre 60 a 69 anos (66,8%), da cor branca (66%), casada (61%), possuía segundo grau completo (38,5%) e ensino superior completo (34,8%) sendo em sua maioria aposentados ou pensionistas (77,3%). Entre as condições clínicas autorreferidas, a hipertensão arterial (40,9%), o colesterol alto (32,4%), a osteoartrite (26,2%) e o consumo de bebidas alcoólicas (31,6%) foram as condições mais relatadas. No que diz respeito ao perfil de utilização, a maioria (68,2%) utilizava as academias há mais de um ano, por um tempo de até 30 minutos por dia (49,5%), frequentando ao menos 5 dias na semana (51,1%), morando no mesmo bairro em que a academia se encontrada instalada (83,2%), locomovendo-se até ela a pé (72,5%). Pouco mais da metade (50,5%) fizeram avaliação médica antes de iniciar a prática de exercícios. A maioria (84%) praticava outro exercício e possuía histórico de prática anterior (74,6%), sendo que mais da metade (55,3%) praticava esportes quando jovens. Grande parte recebia incentivo familiar (66%). A melhora do condicionamento físico e saúde foi o motivo mais citado (93%) para a prática. Melhora de vida com a prática foi relatada por 93,6% dos sujeitos. Uma prevalência de excesso de peso foi encontrada em 42,8% dos indivíduos. Poucas diferenças foram encontradas entre grupos que utilizavam as academias instaladas em locais de diferentes condições econômicas. Verificou-se que os idosos apresentam um perfil jovem e ativo, sendo as condições de saúde de maior prevalência nesse grupo facilmente manejadas com a prática de atividade física. Os indivíduos apresentaram características semelhantes independentemente do contexto econômico em que se encontram inseridos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Promoção da Saúde, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Outdoor gyms are being built in many Brazilian cities. However, the profile of the older adults that exercises in them are still unknown. This research aims to describe the profile of the older adults that exercises in the outdoor gyms in the city of Fortaleza. A cross-sectional study was carried out using a questionnaire with 374 elderly subjects with age ≥ 60 years that exercises in the outdoor gyms in the city of Fortaleza. Sociodemographic, clinical conditions and use standards data were collected. The following frequencies have been founded: women (54,7%), 60 to 69 years (66,8%), white (66%), married (61%), high school completed (38,5%) and college completed (34,8%), retired (77,3%). Hypertension (40,9%), high cholesterol (32,4%), osteoarthritis (26,2%) and alcohol consumption (31,6%) were the most related health conditions. 68,2% were users of the gyms for at least a year, 49,5% exercises at least 30 minutes a day, 51,1% exercises at least 5 days a week, 83,2% lived in the same neighborhood, 72,5% walk to the gyms. 50,5% were physically evaluated, 84% practiced other exercise, 74,6% practiced exercises previously, 55,3% practiced sports when young, 66% received family support, 93% aimed to improve their physical and health, 93,6% reported a better life after started use the gym. 42,2% were overweight. Few differences were founded between groups that exercises in gyms that were localized at distinct economic condition neighborhoods. It has been observed that the users of the outdoor gyms seems to have a young and active profile, the most prevalent health conditions can be easily managed with physical activity. The individuals showed similar characteristics independently of the social context they were inserted.

Keywords: Health of the Elderly, Health Promotion, Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Pirâmides etárias do Brasil em 2000 e 2005 e projeções da população brasileira de acordo com idade e sexo para os anos de 2040 e 2045..... | 16 |
| Figura 2 - Mortalidade Proporcional por Quatro Causas de Óbitos no Brasil, 1930 a 2003..... | 17 |
| Figura 3 - Fatores determinantes do processo de envelhecimento e consequente diminuição da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático..... | 20 |
| Figura 4 - Ciclo das consequências funcionais da sarcopenia relacionada à idade..... | 22 |
| Figura 5 - Inter-relações entre comportamentos de saúde, vários tipos de aptidão e desfechos em saúde..... | 24 |
| Figura 6 – Proporção de indivíduos com 65 anos ou mais classificados como fisicamente inativos, discriminados por gênero, de acordo com a classificação do VIGITEL Brasil 2013..... | 25 |
| Figura 7 – Relação entre praças e parques e atividade física..... | 27 |
| Figura 8 – Distribuição espacial dos bairros contemplados com a instalação das academias referentes à primeira etapa do Programa Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade..... | 37 |
| Figura 9 – Protocolo de abordagem e aplicação de instrumentos para a coleta de dados da pesquisa..... | 40 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Descrição do perfil socioeconômico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros..... | 52 |
| Gráfico 2 - Descrição do perfil clínico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros..... | 53 |
| Gráfico 3 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao tempo de utilização discriminados pela renda média dos bairros..... | 55 |
| Gráfico 4 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao local de moradia e locomoção discriminados pela renda média dos bairros..... | 55 |
| Gráfico 5 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao encaminhamento por profissional de saúde e orientação discriminados pela renda média dos bairros..... | 56 |
| Gráfico 6 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto às práticas atuais e prévias de atividade física discriminados pela renda média dos bairros..... | 56 |
| Gráfico 7 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade às preferências de utilização do espaço, frequência prévia e acidentes discriminados pela renda média dos bairros..... | 57 |
| Gráfico 8 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto à companhia durante os exercícios e conhecimento de idosos não-praticantes discriminados pela renda média dos bairros..... | 57 |
| Gráfico 9 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao incentivo familiar, motivos para prática e melhora da saúde discriminados pela renda média dos bairros..... | 58 |
| Gráfico 10 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto à satisfação com os equipamentos e segurança do espaço discriminados pela renda média dos bairros..... | 58 |
| Gráfico 11 - Descrição do perfil antropométrico dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros..... | 59 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Pontos de corte para classificação do Índice de Massa Corporal..... | 39 |
| Tabela 2 – Descrição do perfil socioeconômico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros..... | 42 |
| Tabela 3 – Descrição do perfil clínico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros..... | 44 |
| Tabela 4 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao tempo de utilização discriminados pela renda média dos bairros..... | 45 |
| Tabela 5 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao local de moradia e locomoção discriminados pela renda média dos bairros..... | 46 |
| Tabela 6 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao encaminhamento por profissional de saúde e orientação discriminados pela renda média dos bairros..... | 46 |
| Tabela 7 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto às práticas atuais e prévias de atividade física discriminados pela renda média dos bairros..... | 47 |
| Tabela 8 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade às preferências de utilização do espaço, frequência prévia e acidentes discriminados pela renda média dos bairros..... | 48 |
| Tabela 9 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto à companhia durante os exercícios e conhecimento de idosos não-praticantes discriminados pela renda média dos bairros..... | 49 |
| Tabela 10 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao incentivo familiar, motivos para prática e melhora da saúde discriminados pela renda média dos bairros..... | 49 |
| Tabela 11 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto à satisfação com os equipamentos e segurança do espaço discriminados pela renda média dos bairros..... | 50 |
| Tabela 12 – Descrição do perfil antropométrico dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros..... | 51 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA..... | 16 |
| 2.1 Envelhecimento populacional: um desafio para a saúde..... | 16 |
| 2.2 O envelhecimento biológico..... | 19 |
| 2.3 Atividade física e envelhecimento | 22 |
| 2.4 Atividade física ao ar livre | 26 |
| 2.5 Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade..... | 28 |
| 2.6 Outras políticas públicas de atividade física | 30 |
| 3 JUSTIFICATIVA..... | 33 |
| 4 OBJETIVOS | 35 |
| 4.1 Objetivo geral..... | 35 |
| 4.2 Objetivos específicos..... | 35 |
| 5 METODOLOGIA | 36 |
| 5.1 Tipo de estudo | 36 |
| 5.2 Local do estudo | 36 |
| 5.3 População | 36 |
| 5.4 Amostragem | 36 |
| 5.5 Variáveis do estudo | 38 |
| 5.6 Instrumentos..... | 39 |
| 5.7 Coleta de dados | 39 |
| 5.8 Análise estatística..... | 40 |
| 5.9 Aspectos éticos..... | 40 |
| 6 RESULTADOS..... | 42 |
| 6.1 Descrição das características socioeconômicas dos usuários..... | 42 |
| 6.2 Descrição das condições clínicas dos usuários..... | 43 |
| 6.3 Descrição do perfil de utilização das academias pelos usuários | 43 |
| 6.4 Descrição do perfil antropométrico dos usuários | 50 |
| 7 DISCUSSÃO..... | 60 |
| 7.1 Características socioeconômicas | 60 |
| 7.2 Características clínicas | 62 |
| 7.3 Características de utilização do espaço | 64 |
| 7.4 Características antropométricas..... | 69 |
| 7.5 Limitações do estudo e recomendações | 69 |

| | |
|---|----|
| 8 CONCLUSÃO | 71 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 72 |
| APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... | 81 |
| APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO..... | 83 |
| ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ..... | 87 |

1 INTRODUÇÃO

A busca por uma vida longa é o objetivo de qualquer sociedade. Entretanto, para que isso possa se converter em uma conquista, é necessário que a longevidade seja acompanhada de qualidade, levando em conta a capacidade funcional, a autonomia, a participação social, o cuidado e a satisfação pessoal do indivíduo idoso. Vive-se um momento onde chegar à velhice tornou-se uma realidade, mesmo no contexto dos países em desenvolvimento. Ainda que os parâmetros de saúde não se distribuam de forma equitativa, envelhecer não é mais um privilégio de poucos (VERAS, 2009).

Verifica-se que o Brasil passa por um intenso processo conhecido como transição demográfica, marcado por reduções principalmente nas taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, levando a um menor número de jovens na população que, por sua vez, passam a viver períodos mais longos. Espera-se que, até a década de 20 do século XXI, a estrutura etária da população brasileira seja marcada pelo crescimento e predomínio da população adulta, acompanhado da redução da população infantil e crescimento da população idosa. Posteriormente, na década de 30, é esperada uma inversão, com diminuição da população em idade produtiva e predomínio de idosos em relação ao número de crianças (MENDES *et al.*, 2012).

O Brasil, dessa maneira, caminha rapidamente em direção a um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica onde as doenças crônico-degenerativas, por sua vez, possuem uma importância significativa. O aumento dessas últimas implica na necessidade de adequações das políticas sociais, em particular aquelas voltadas a atender às demandas crescentes no que diz respeito às áreas de saúde, previdência e assistência social. Essa rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios na área da saúde, sendo responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde. O foco da saúde do idoso está diretamente relacionado à sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir sua própria vida ou cuidar de si. Considera-se, assim, uma pessoa saudável, aquela capaz de realizar as suas atividades de maneira independente e autônoma, mesmo que seja portadora de doenças (MORAES, 2012).

Recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos sujeitos idosos caracteriza-se como a finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Para tanto, busca-se direcionar medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, sendo levados em consideração os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Todo cidadão brasileiro com 60 ou mais anos de idade é alvo dessa política (BRASIL, 2006).

A prática regular de atividade física pode trazer benefícios significativos à saúde dos sujeitos idosos. Há evidência de que a atividade física pode estender os anos de vida em que o sujeito é independentemente ativo, reduzir a incapacidade e promover o aumento da qualidade de vida do indivíduo idoso (SUN *et al.*, 2013). Entretanto, mesmo tendo em vista os seus benefícios, à medida que as pessoas envelhecem elas se tornam menos ativas (POSSAMAI *et al.*, 2015).

Estima-se que, mundialmente, a inatividade física seja responsável por 6% das doenças cardiovasculares, 7% dos diabetes tipo 2, 10% dos cânceres de mama e 10% dos cânceres de cólon, contribuindo para 9% das mortes prematuras (LEE *et al.*, 2012). Investir em ações de promoção da atividade física enquanto política pública, assim, torna-se fundamental uma vez que a inatividade física é identificada como um importante fator de risco para as doenças não-transmissíveis.

Nesse contexto, o governo brasileiro lançou um plano de ações estratégicas com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas para prevenir e controlar as doenças não-transmissíveis bem como seus fatores de risco. Uma das metas propostas pelo plano é diminuir a taxa de mortalidade prematura em decorrência das doenças não-transmissíveis em 2% ao ano. Entre as suas principais ações no âmbito da promoção da saúde apresentadas pelo plano, há um eixo relativo ao envelhecimento ativo. Entre as ações propostas nesse eixo, está o incentivo à prática de atividade física regular por meio do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011).

As Academias da Saúde são espaços com infraestrutura, equipamentos e recursos humanos para estimular e guiar pessoas na prática de atividade física, atuando em conjunto com a atenção básica. O programa tem como objetivo superar barreiras estruturais para a prática de atividade física e hábitos de vida, especialmente entre as populações mais vulneráveis (MALTA e DA SILVA, 2012).

Parques e praças são os ambientes ideais para a prática de atividade física uma vez que são facilmente acessíveis aos cidadãos. A prática de exercícios nesses espaços pode facilitar o ganho de benefícios à saúde a níveis físicos e psicológicos, estando esses locais associados a um nível de atividade física vigoroso. Também se destaca a importância desses espaços com a finalidade de facilitar a interação social entre os membros da comunidade buscando a manutenção do seu capital social (BEDIMO-RUNG *et al.*, 2005).

Em Fortaleza, as Academias para a Terceira Idade identificam-se como espaços saudáveis de promoção da saúde e estímulo de atividade física previstos pelo Programa Academia da Saúde. O projeto prevê a criação de academias ao ar livre em espaços públicos,

formada por equipamentos com a finalidade de alongar, fortalecer e desenvolver a musculatura, bem como trabalhar a capacidade aeróbica (BRASIL, 2013).

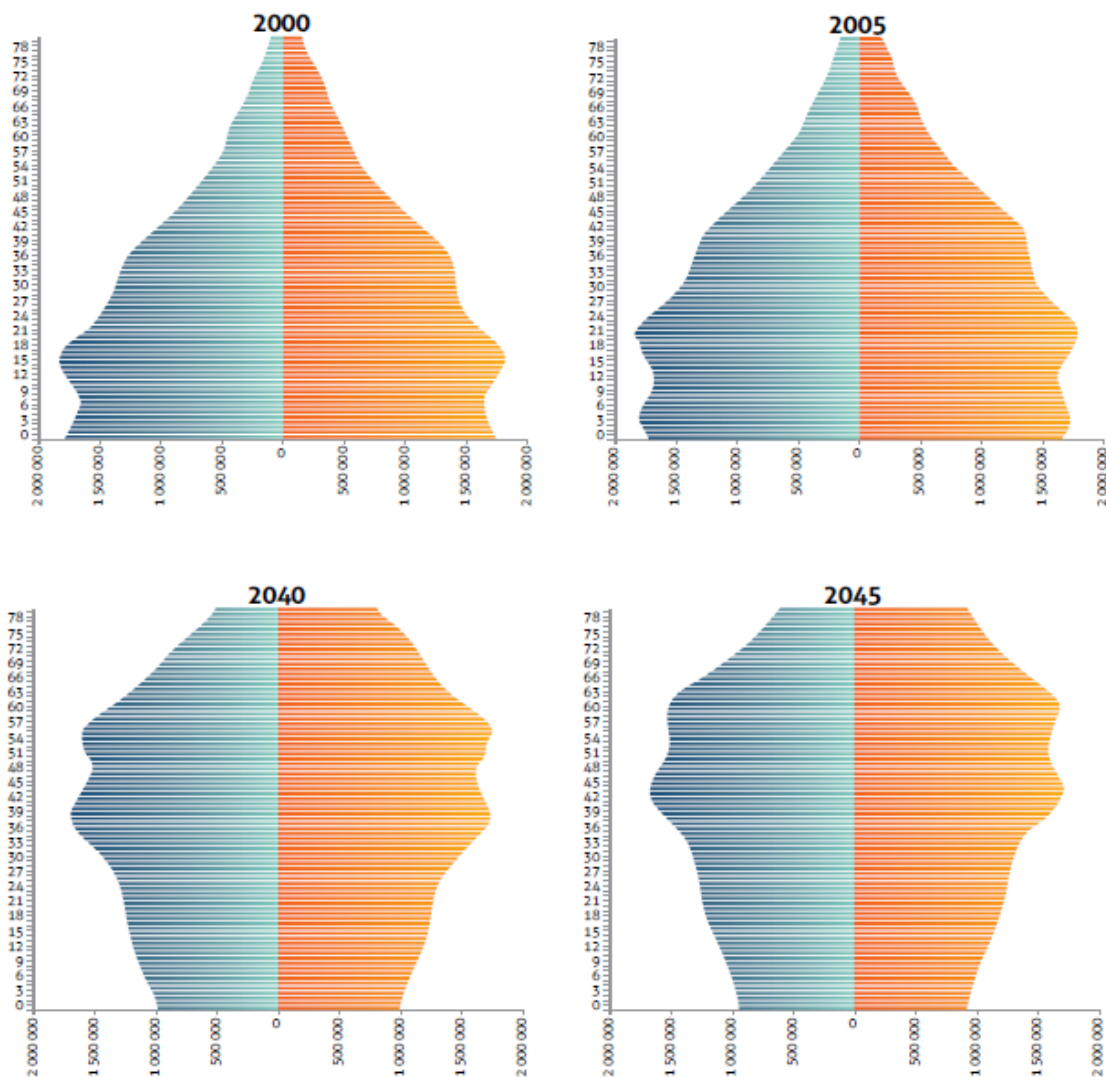
Assim, tendo como pressuposto a importância de um programa estruturado de atividade física para a manutenção da saúde dos sujeitos idosos e a incipiência de investigações com essa população específica, esse estudo possui a finalidade de identificar o perfil dos idosos que utilizam as Academias para a Terceira Idade na cidade de Fortaleza. O conhecimento desse perfil poderá indiretamente refletir o padrão de funcionamento das Academias, bem como favorecer a identificação de necessidades materiais, humanas e programáticas para seu pleno funcionamento.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Envelhecimento populacional: um desafio para a saúde

No contexto atual, vivenciamos um processo de transição demográfica caracterizado, principalmente, por um rápido e sustentado declínio da fecundidade. Essa queda provoca mudanças significativas na estrutura etária da população, levando a um envelhecimento populacional (CARVALHO e GARCIA, 2003). Esse se apresenta como uma realidade, um dos nossos maiores êxitos e, ao mesmo tempo, um dos nossos maiores desafios no campo da saúde coletiva.

Figura 1 - Pirâmides etárias do Brasil em 2000 e 2005 e projeções da população brasileira de acordo com idade e sexo para os anos de 2040 e 2045.



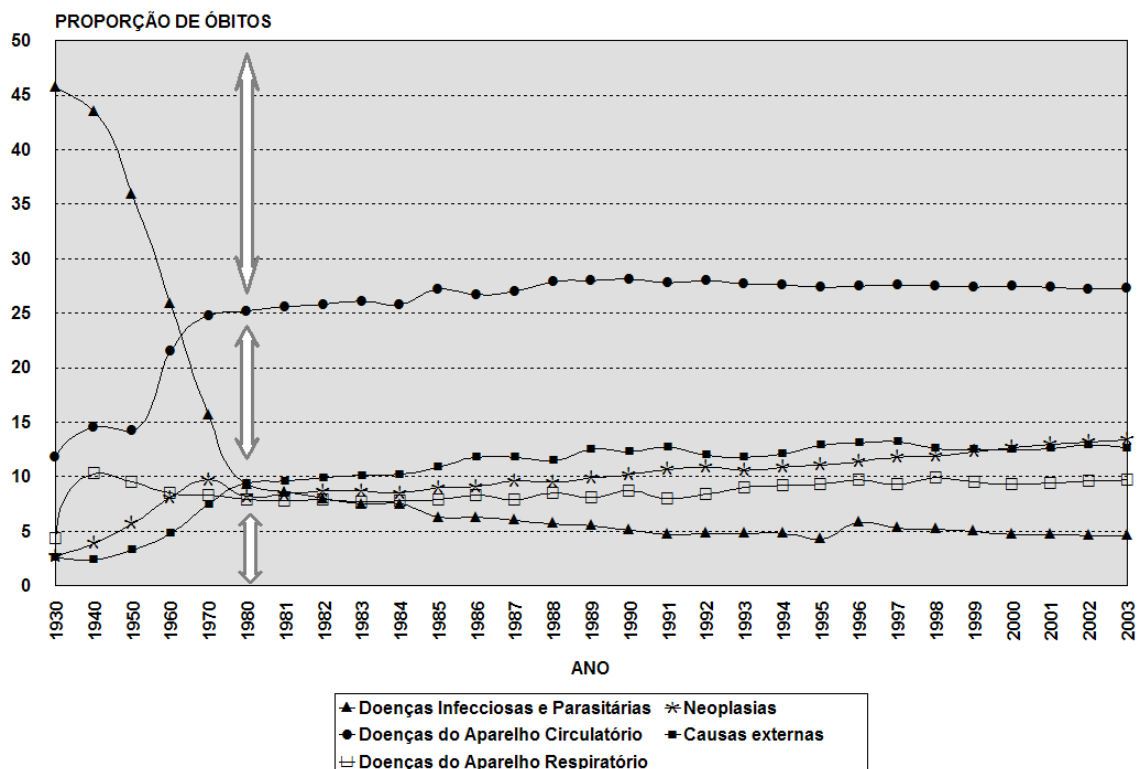
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

No mundo, evidencia-se que a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais é aquela que cresce mais rapidamente. Nas regiões mais desenvolvidas, espera-se um crescimento de 45% nessa população até a metade do século, aumentando de 287 milhões de sujeitos em 2013 para 417 milhões em 2050 segundo relatório da Organização das Nações Unidas (UN, 2013).

A população idosa brasileira, que compreendia 14,2 milhões de indivíduos em 2000, passou para 19,6 milhões em 2010, devendo atingir 41,5 milhões em 2030 e 73,5 milhões em 2060. Para os próximos 10 anos, é esperado um incremento médio de mais de 1 milhão de idosos anualmente (BRASIL, 2015).

Na Figura 1 é possível verificar que, no Brasil, o formato triangular da pirâmide populacional, que possuía base alargada, vem sendo substituído por uma pirâmide etária típica de uma população envelhecida, havendo uma redução da participação de crianças e jovens e aumento do número de adultos e idosos. Essa transição demográfica ocorre em concomitância com o processo de transição epidemiológica, marcado por alterações nos padrões de morbidade e mortalidade, como mostra a Figura 2. Ocorre, assim, a substituição gradual das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônico-degenerativas, bem como aquelas relacionadas a causas externas (PONTES *et al.*, 2009).

Figura 2 - Mortalidade Proporcional por Quatro Causas de Óbitos no Brasil, 1930 a 2003.



Fonte: PONTES *et al.*, 2009.

Em 2007, cerca de 72% de todas as mortes foram atribuídas a doenças crônicas não-transmissíveis em contraste com o ano 1930 quando as doenças infecciosas representaram 46% de todas as mortes nas capitais brasileiras. Essa mudança radical aconteceu em decorrência do desenvolvimento econômico, social e tecnológico, associados à urbanização e mudanças nos hábitos de vida, que aumentaram a exposição da população a um maior risco de doenças crônicas (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Um estudo realizado com a população de idosos da cidade de Bambuí, localizada Minas Gerais, foi revelada uma alta prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis, apresentando prevalências de hipertensão arterial (61,5%) e diabetes mellitus (14,5%) comparáveis às encontradas em países desenvolvidos (LIMA-COSTA *et al.*, 2011). Em outro estudo, realizado em São Paulo na cidade de Campinas, foi encontrada uma prevalência de 51,8% de hipertensão arterial em indivíduos com 60 anos ou mais (ZAITUNE *et al.*, 2006).

Verifica-se, assim, que o Brasil apresenta um quadro de enfermidades complexas e onerosas caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por bastante tempo, exigindo cuidados constantes, medicação contínua e exames com certa periodicidade (VERAS, 2009). Esse quadro levanta questionamentos importantes no que diz respeito à saúde do idoso.

Um idoso, ainda que com uma ou mais doenças crônicas, pode ser considerado um idoso saudável quando comparado a um idoso com o mesmo perfil patológico, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas. O que mais importa na velhice é a autonomia, a capacidade de determinar e executar as suas próprias vontades (RAMOS, 2003). Doenças crônicas, assim como suas incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento, mesmo nas fases mais tardias da vida a prevenção é efetiva, sendo a chave para se mudar o quadro atual.

A saúde do idoso aparece, também, como elemento central uma vez que exerce forte impacto na sua qualidade de vida. Evidencia-se um estigma negativo associado ao processo de envelhecimento em virtude das doenças e dificuldades funcionais que estão acompanhadas ao declínio biológico, assim, costuma-se relacionar a velhice à doença e à dependência (BRASIL, 2010).

O processo de envelhecimento tem repercussão nos mais diversos níveis da sociedade, sendo necessário que, no que concerne ao sistema de saúde, haja uma preparação do ponto de vista conceitual, organizacional e logístico que possa responder à procura crescente de cuidados de uma população com características diferenciadas (COHEN *et al.*, 2010).

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) assegura a atenção integral à saúde desses sujeitos, garantindo acesso universal e igualitário para a prevenção,

promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2015).

Tendo em vista esse cenário, devemos otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança dos indivíduos mais velhos, de maneira que o envelhecimento possa ser encarado como uma experiência positiva. Isso fundamenta a política de “envelhecimento ativo”, que aborda questões como: o envelhecimento ativo e independente, o encorajamento da promoção da saúde e das políticas de prevenção e a melhora da qualidade de vida na velhice (WHO, 2005).

No que se refere à promoção da saúde da população brasileira, a Política Nacional de Promoção de Saúde foca no desenvolvimento de estratégias que possibilitem focar os aspectos determinantes do processo saúde-doença no nosso país, buscando por meio da articulação entre outras políticas, assim como tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, construir ações que possam responder às necessidades sociais em saúde. Destaca-se como objetivo geral dessa política a promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, surge a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tendo como uma de suas finalidades a promoção e manutenção da autonomia e independência do idoso, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse propósito. Uma das justificativas dessa política é a alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades, essas últimas resultantes do não controle de fatores de risco preveníveis (BRASIL, 2006).

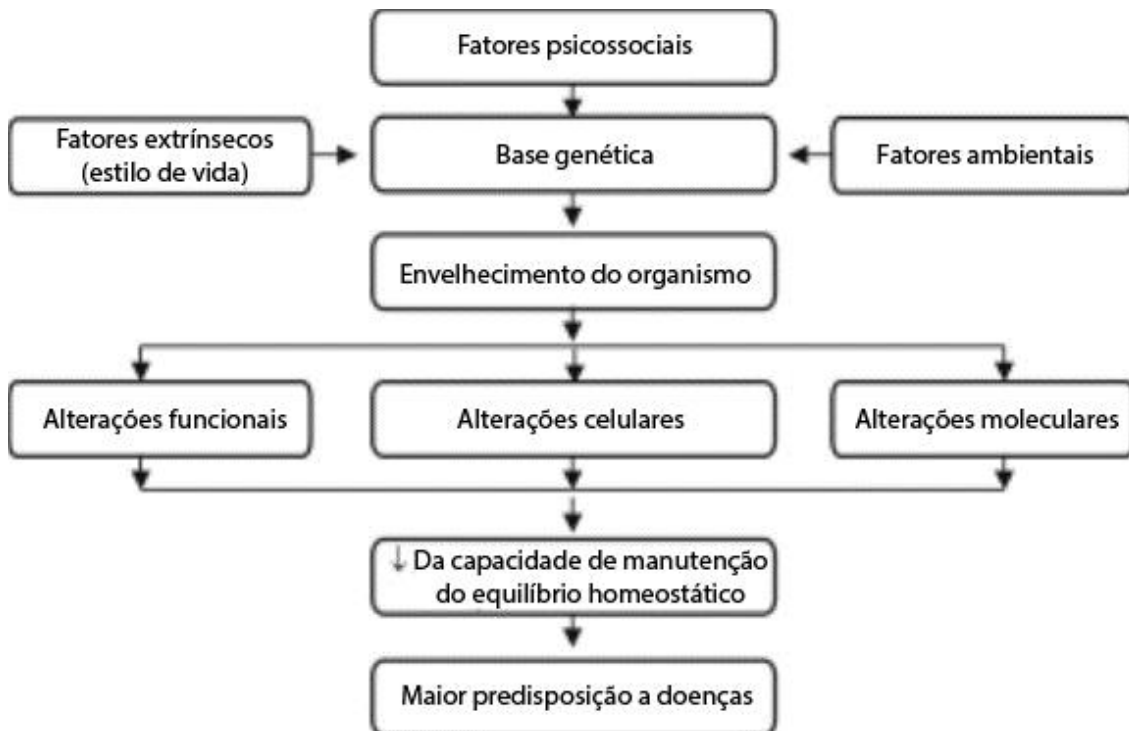
2.2 O envelhecimento biológico

O envelhecimento humano pode ser definido como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que levam à perda progressiva da capacidade de adaptação de um indivíduo ao meio ambiente, tratando-se de um processo dinâmico e progressivo (FERREIRA *et al.*, 2010).

Manifesta-se, durante o envelhecimento, o declínio das funções orgânicas, sendo este bastante variável quando se considera o ritmo de deterioração dos diferentes sistemas orgânicos, ocorrendo de maneira diferente também em indivíduos distintos. A cada ano, a partir dos 30 anos de idade, há perda de 1% da função orgânica. Merece atenção, também, os efeitos cumulativos das alterações induzidas pela idade, as quais aumentam a probabilidade de óbito

do sujeito. De maneira surpreendente, todavia, esse aumento não ocorre linearmente em função do tempo. As alterações são de início discretas, aumentando progressivamente. Entretanto, essas não costumam causar insuficiência absoluta de um determinado órgão ou sistema de órgãos mesmo em indivíduos muito longevos, à exceção dos ovários e do timo, cujas funções endócrinas diminuem ou desaparecem em períodos relativamente precoces. No que concerne os demais órgãos e sistemas orgânicos, ocorre a diminuição da reserva funcional, comprometendo a capacidade do órgão de se adaptar às modificações dos meios interno e externo (NETTO, 2007).

Figura 3 - Fatores determinantes do processo de envelhecimento e consequente diminuição da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático.



Fonte: PAPÉLO NETTO; BRITO, 2001.

O fenômeno do envelhecimento ocorre de maneira multifatorial e multidimensional como é possível observar na Figura 3. A maior ou menor importância desses fatores assim como o diferente nível de interação entre eles justificam a grande variabilidade de comportamento biológico e psicossocial entre os sujeitos idosos. Em uma base genética, agem em maior ou menor intensidade os fatores extrínsecos, psicossociais e ambientais, determinando alterações funcionais, celulares e moleculares, levando à diminuição da capacidade de manutenção do

equilíbrio homeostático, acarretando uma maior predisposição a doenças (LITVOC e BRITO, 2004).

Alterações teciduais, celulares, moleculares e enzimáticas ocorrem junto ao envelhecimento, paralelamente ao declínio funcional, todavia sem o mesmo ritmo e intensidade. São descritas perdas de células em alguns tecidos e desorganização estrutural que aumentam ao decorrer dos anos. Os neurônios, a nível celular, apresentam mudanças como: diminuição do RNA citoplasmático e da substância de Nissl, acúmulo de lipofuscina, depósito amiloide nos vasos sanguíneos e células e de placa senil bem como, com menos frequência, emaranhado neurofibrilar. Este último resultando em atrofia neuronal reduzindo, dessa maneira, a quantidade de células nervosas. Essa perda celular, todavia, não atinge as regiões corticais equitativamente já que neurônios da mesma região possuem fenótipos moleculares distintos sendo que, no que diz respeito aos processos deletérios, há diferenças na vulnerabilidade. Além das alterações microscópicas dos neurônios, também há associação entre o envelhecimento e mudanças nos sistemas de neurotransmissores, levando à diminuição da ação dos sistemas dopaminérgicos e colinérgicos (CARDOSO *et al.*, 2008).

No que se refere à atividade enzimática, devem ser assinaladas a diminuição da atividade de algumas enzimas, resultando na redução do *turnover* de proteínas de muitos sistemas, bem como a perda seletiva de genes que são modelos para a síntese de RNA ribossômico (NETTO, 2007).

A redução da massa magra e aumento da massa gorda é uma das mais impactantes e consistentes mudanças associadas ao avanço da idade. Os músculos esqueléticos e a massa óssea são os principais componentes da massa magra a declinar à medida que se envelhece. Essas mudanças na composição corporal possuem importantes consequências funcionais e metabólicas (FIELDING *et al.*, 2011).

Para descrever a perda de massa muscular relacionada à idade, utiliza-se o termo sarcopenia. Essa perda leva à consequente diminuição da força muscular que, por sua vez, denominamos dinapenia. A redução da força muscular é a principal causa que leva ao aumento da incapacidade (MANINI e CLARK, 2011).

A massa muscular diminui em aproximadamente 1% por ano após os 30 anos de idade. É evidenciada perda muscular severa em 5% a 13% dos idosos com idade entre 60 e 80 anos, e 11% a 50% dos idosos com 80 anos ou mais (MORLEY *et al.*, 2011). A Figura 4 apresenta um modelo que mostra o ciclo das consequências funcionais da sarcopenia relacionada à idade.

Figura 4 - Ciclo das consequências funcionais da sarcopenia relacionada à idade.



Fonte: HUNTER; MCCARTHY; BAMMAN, 2004.

2.3 Atividade física e envelhecimento

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que tem como resultado gasto energético (PIRO *et al.*, 2006). A atividade física possui vários componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental.

Em meio à atividade física, há o exercício. O exercício físico, por sua vez, é uma subcategoria da atividade física de maneira que ela seja planejada, estruturada e repetitiva e resulte na melhora ou manutenção de uma ou mais variáveis da aptidão física, esta última compreendendo características como: potência aeróbica, endurance muscular, força muscular, composição corporal e flexibilidade (SALLIS *et al.*, 2016).

A aptidão física é um dos componentes da saúde, podendo ser caracterizada como a capacidade das pessoas de realizarem esforços físicos que possam garantir a sua sobrevivência

em boas condições orgânicas no ambiente em que vivem. Dentro da aptidão física, podemos encontrar o conceito de aptidão física relacionada à saúde, esta é definida como a capacidade de realizar tarefas diárias com vigor e a demonstração de traços e características que estão relacionados a um baixo risco de desenvolvimento de doenças hipocinéticas (SUGIYAMA e THOMPSON, 2007).

Os estudos acerca do envelhecimento têm enfatizado a importância da atividade física bem como os seus benefícios com a finalidade de minimizar e diminuir o declínio físico-fisiológico do envelhecimento influenciando, também, as características sociais e psicológicas por meio da prática de atividade física regular. Indivíduos fisicamente ativos tendem a viver mais e melhor do que indivíduos sedentários e, além disso, a atividade física pode funcionar como parte da estratégia para o tratamento e controle das doenças crônico-degenerativas, que costumam aparecer com mais intensidade em idades mais avançadas. A atividade física, ainda, é essencial para a manutenção das funções do aparelho locomotor, está altamente relacionada com o desempenho nas atividades da vida diária e com o grau de autonomia e independência do idoso, influenciando na melhora e manutenção da qualidade de vida nesse grupo de indivíduos (WIJLHUIZEN *et al.*, 2007).

Uma vez que se limita fisicamente, ocorre a diminuição da força e potência muscular do idoso. O avançar da idade, assim, leva ao comprometimento gradativo no que diz respeito ao desempenho das atividades funcionais (caminhar, subir escadas, levantar e sentar). A redução dessas atividades, por sua vez, compromete de maneira decisiva a independência do idoso, apresentando, em um primeiro momento, a necessidade de um maior período de tempo para a sua execução, e posteriormente, uma mudança no padrão de realização. Essa perda de autonomia leva à uma diminuição da motivação e autoestima que, em um ciclo vicioso, contribui para o agravamento na diminuição dos níveis de atividade física e conseqüentemente, da capacidade funcional (ALVES *et al.*, 2005).

Em um estudo realizado na cidade de Fortaleza, foi identificada perda de autonomia para a realização das atividades da vida diária em 47,7% dos idosos. Desses, uma proporção de 35% relatou necessitar de ajuda para a realização de até três atividades; 9,9% de quatro a seis atividades e 2,8% de sete ou mais atividades (DE ANDRADE *et al.*, 2008).

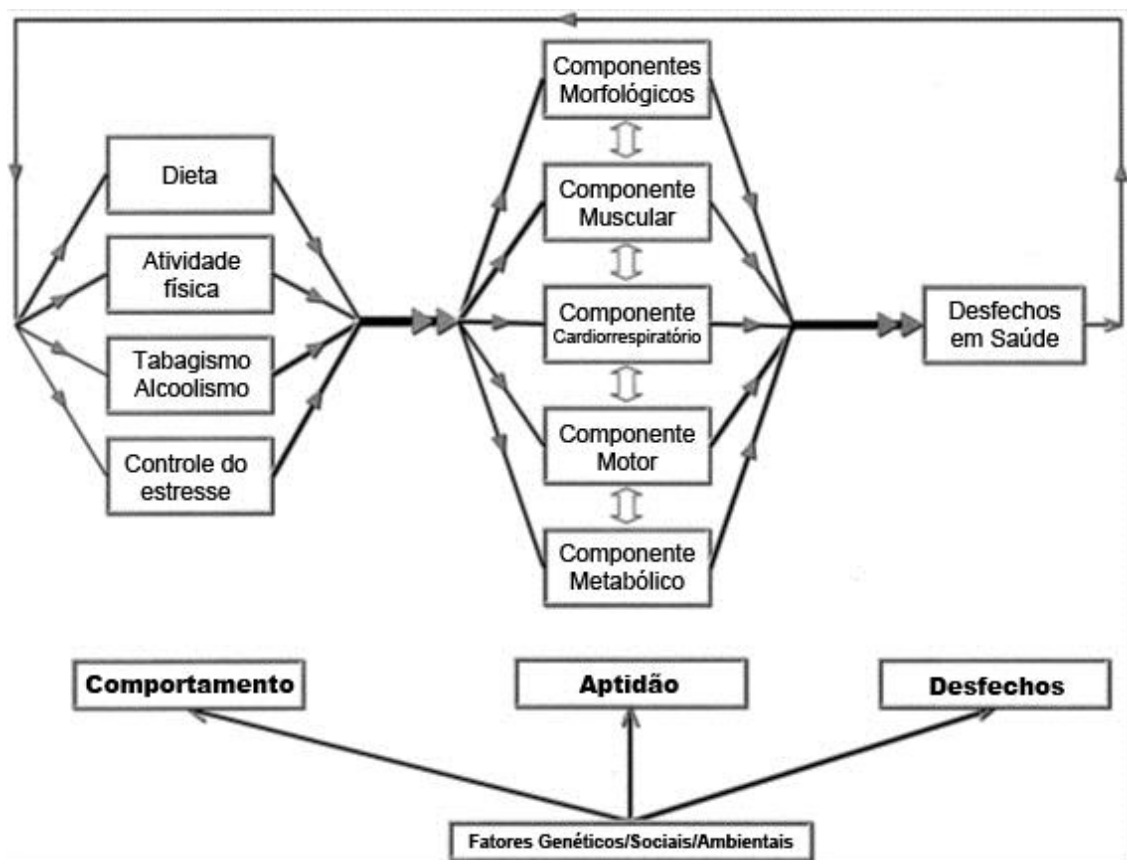
A perda da capacidade funcional está diretamente relacionada à ocorrência de eventos como a queda. Os idosos que apresentam alguma enfermidade que levam a alterações na mobilidade, equilíbrio e controle postural são aqueles com maior susceptibilidade a esse evento (DOS SANTOS BARALDI *et al.*, 2007).

Entre as principais causas de morbidade e mortalidade na população idosa, as quedas encontram lugar de destaque. Cerca de 30% dos sujeitos com mais de 65 anos e metade dos com mais de 80 anos sofrem ao menos uma queda a cada ano. Entre as mortes no Brasil no período de 1996 a 2005, dos 41054 idosos que foram a óbito por causas externas, 9249 indivíduos (equivalente a 22,5%) morreram em decorrência de quedas (BAERT *et al.*, 2015).

Praticar exercícios físicos resulta em benefícios no que diz respeito à mobilidade do idoso, atuando na melhora do equilíbrio, força, coordenação e velocidade de movimento, o que contribui para uma maior segurança e prevenção de quedas entre os sujeitos de idade mais avançada (BARETTA *et al.*, 2007).

A diminuição dos níveis de atividade física também é caracterizada como um dos critérios para a identificação de síndrome de fragilidade em conjunto com outras características como: diminuição da força muscular, baixo gasto energético, diminuição da velocidade da marcha e perda de peso involuntária (DE AZEVEDO BARROS *et al.*, 2011).

Figura 5 - Inter-relações entre comportamentos de saúde, vários tipos de aptidão e desfechos em saúde.



Fonte: BARNETT; VAN SLUIJS; OGILVIE, 2012.

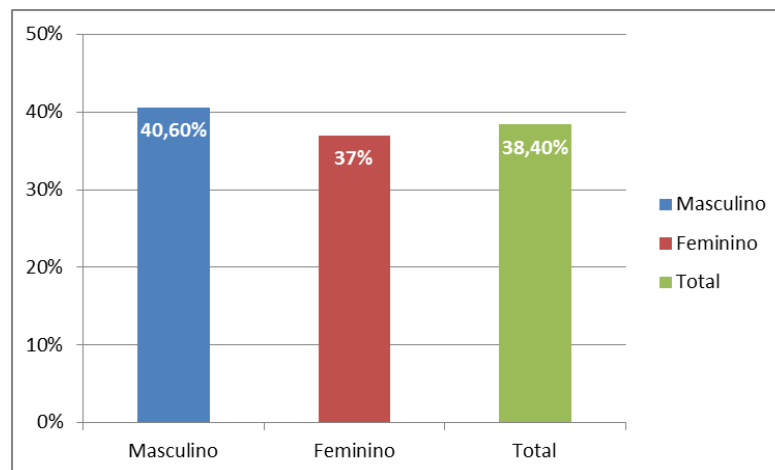
A partir de uma perspectiva clínica, a fragilidade é crucial tendo em vista que constitui uma condição de grande risco para desfechos em saúde adversos, podendo levar à hospitalização e à morte (SHIU-THORNTON *et al.*, 2004).

Sugere-se que o estado de fragilidade possa ser revertido por meio de programas de exercícios físicos (BORER, 2005). Exercícios se mostraram benéficos para o aumento da velocidade da marcha, melhora do equilíbrio, bem como na melhora da performance nas atividades da vida diária em idosos fragilizados (BAUMAN *et al.*, 2012).

Os comportamentos relacionados à saúde e a aptidão física relacionada à saúde estão associados aos desfechos em saúde como é apresentado na Figura 5. Ainda, quando tratados individualmente ou em conjunto, são determinantes importantes de vários desfechos em saúde, sendo influenciados por fatores genéticos, sociais e ambientais (BARNETT *et al.*, 2012).

Mesmo tendo em vista todos os seus benefícios, os níveis de atividade física tendem a declinar com o avanço da idade (BUEHLER *et al.*, 2011). Os esforços de autoridades e pesquisadores parecem ser insuficientes para a sensibilização de parte da população a participar regularmente dos programas de atividade física (CAMÕES e LOPES, 2008).

Figura 6 – Proporção de indivíduos com 65 anos ou mais classificados como fisicamente inativos, discriminados por gênero, de acordo com a classificação do VIGITEL Brasil 2013.



Fonte: BRASIL (2014).

De acordo com o VIGITEL Brasil 2013 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), a proporção de idosos fisicamente inativos com 65 anos ou mais no território brasileiro é de 40,6% nos indivíduos de sexo masculino e 37% nos indivíduos do sexo feminino. Foram caracterizados como fisicamente inativos os indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que

não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou bicicleta perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto/dia e que não participam da limpeza pesada de suas casas. Identificou-se que o percentual de indivíduos fisicamente inativos aumenta a partir de 55 anos para ambos os sexos (BRASIL, 2014).

2.4 Atividade física ao ar livre

Tendo em vista os benefícios de um programa regular de exercícios para a saúde, a atividade física durante o tempo de lazer torna-se um importante complemento para que seja possível aos indivíduos atingir níveis recomendados de atividade física. A atividade física durante o tempo de lazer pode ser conduzida em uma variedade de ambientes comunitários como, por exemplo, parques e praças, que costumam ser acessíveis aos cidadãos sem nenhum custo. Uma vez que provém oportunidades para a prática de atividade física, parques e praças podem facilitar o ganho de benefícios físicos e psicológicos à saúde. Locais onde seja possível praticar exercícios, como parques e praças, que possuem localização agradável, estão associados a um nível de atividade física vigoroso. Outros fatores associados positivamente à atividade física incluem paisagem agradável, frequência com que são vistas outras pessoas praticando exercícios e acesso e satisfação com as dependências de recreação. Entre os benefícios psicológicos do uso dos parques e praças para a prática de atividade física estão a melhora do humor e, ainda, a diminuição dos níveis de ansiedade e tristeza. Parques e praças também são importantes para facilitar as interações sociais para a manutenção da coesão, orgulho e capital social da comunidade (BEDIMO-RUNG *et al.*, 2005).

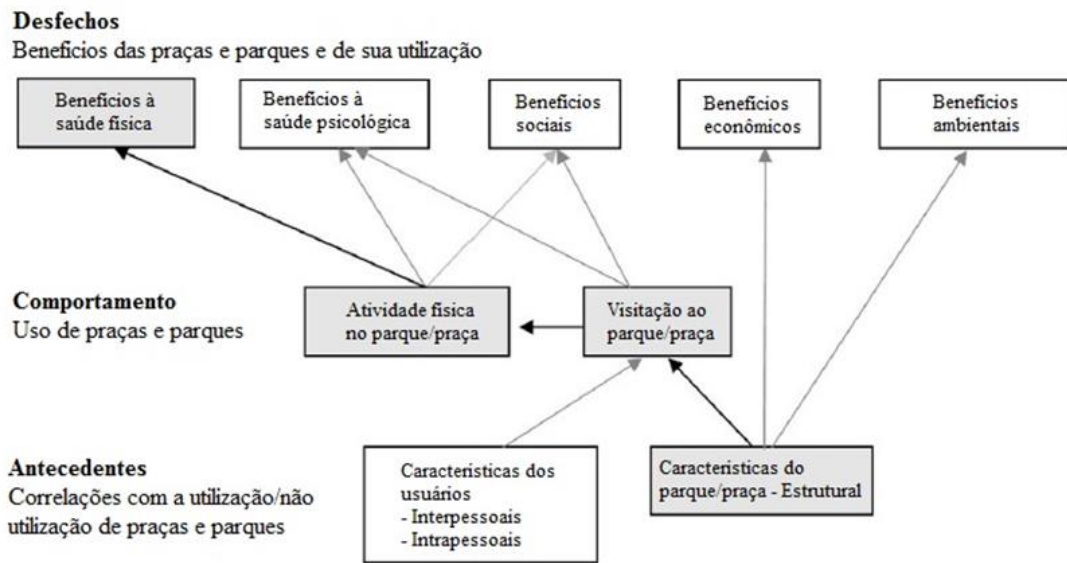
A Figura 7 apresenta as potenciais relações entre as características ambientais dos parques e praças, visitação de parques e praças, atividade física em parques e praças e benefícios à saúde física.

Parques e praças desempenham um papel crítico no que diz respeito à facilitação para a prática de atividades físicas em comunidades de minorias, não apenas por prover dependências e atividades supervisionadas, mas também por disponibilizarem lugares em que as pessoas possam caminhar. A maioria das pessoas que se exercitam, o fazem em seu parque ou praça local, logo a frequência de exercício e a frequência de uso do parque ou praça estão ambas associadas à proximidade dos mesmos (COHEN *et al.*, 2007).

Ambientes de boa qualidade na comunidade possuem efeito positivo na saúde de idosos. Morar próximo a locais verdes em que seja possível caminhar com facilidade aumenta em cinco anos a taxa de sobrevivência de pessoas idosas. Ainda, a quantidade de espaços verdes

em uma vizinhança está positivamente correlacionada com o estado de saúde dos indivíduos. A presença de espaços agradáveis nas comunidades é um importante preditor para a prática de caminhada por idosos independente de idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, situação ocupacional e estado funcional. Prover espaços apropriados para a prática de atividades ao ar livre, assim, se caracteriza como um importante meio para se contribuir com a saúde de pessoas em idade mais avançada (SUGIYAMA e THOMPSON, 2007).

Figura 7 – Relação entre praças e parques e atividade física.



Fonte: Bedimo-Rung et al. (2005).

Quando comparamos exercícios em locais fechados com exercícios ao ar livre, verificamos que exercitar-se em ambientes naturais está associado a um melhor sentimento de revitalização e engajamento positivo, diminuição da tensão, confusão, raiva, depressão e aumento da energia. Há, ainda, um maior sentimento de prazer e satisfação em atividades ao ar livre (THOMPSON COON *et al.*, 2011).

Sujeitos que se exercitam ao ar livre sentem mais prazer durante a realização das atividades, realizando-as por mais tempo e mais frequentemente. Ainda, idosos fisicamente ativos que participam de atividades ao ar livre apresentam uma maior autopercepção de saúde (KERR *et al.*, 2012).

Níveis mais baixos de atividade física são encontrados em indivíduos vivendo em comunidades de nível socioeconômico mais baixo quando comparados aos encontrados em comunidades de nível socioeconômico mais elevado. Há uma relação importante entre as características socioeconômicas de uma área e criminalidade, caracterizando a criminalidade

como um espelho da qualidade dos ambientes sociais, dessa maneira, a criminalidade na comunidade pode levar a uma diminuição dos níveis de atividade física e, também, a exclusão social. No que diz respeito ao nível de atividade física em indivíduos idosos, este está associado ao nível de violência na comunidade quando levamos em consideração o sexo masculino. O nível de atividade física de mulheres idosas, por sua vez, está associado ao medo da violência (PIRO *et al.*, 2006).

Em sujeitos idosos, o medo de cair também é um fator que está associado com a restrição a atividades físicas, levando a mudanças em comportamentos como a redução na participação em atividades ao ar livre de acordo com o risco de queda (WIJLHUIZEN *et al.*, 2007).

2.5 Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade

Visando preparar o Brasil para o enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis, que constituem o problema de saúde de maior magnitude no país, foi lançado, em 2011, um plano de ação nacional, denominado “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis”. Esse plano tem o objetivo de promover o desenvolvimento de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das doenças crônicas não-transmissíveis bem como seus fatores de risco além do fortalecimento dos serviços de saúde voltados a essas doenças (BRASIL, 2011).

Entre as políticas públicas desenvolvidas, encontra-se o Programa Academia da Saúde, criado em abril de 2011, visando a promoção da saúde por meio da atividade física. Essa política pressupõe a construção de espaços físicos dotados de infraestrutura, equipamentos e recursos humanos qualificados tendo em vista o estímulo às práticas corporais, lazer e modos de vida saudáveis em articulação com a Atenção Básica em Saúde (MALTA e DA SILVA, 2012).

Identificam-se, em Fortaleza, as Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade como espaços saudáveis voltados à promoção da saúde e estímulo de atividade física como previsto pelo Programa Academia da Saúde.

As Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade são resultado da Indicação de Projeto de Lei nº 360/2013, sendo enfatizado na construção da proposta a relevância da atenção ao sujeito idoso no atual momento do nosso país. Além disso, exalta a importância, também, da participação dos estudantes no referido Programa Municipal, tendo em vista a oportunidade de

se aplicarem na prática os conceitos aprendidos na teoria universitária. Comenta ainda sobre a importância do curso de Educação Física para se garantir aos idosos o pleno êxito do programa.

De acordo com o texto do Projeto: “O Programa Academia para a Terceira Idade corresponde à instalação de Academias para o desenvolvimento de atividades de ginástica em espaços públicos da cidade, com aparelhos de baixo impacto e uso voltado à saúde dos idosos”. É mencionado que as aulas voltadas para os idosos possuem a finalidade de desenvolver a autonomia para as atividades da vida diária, tendo em vista a melhora de suas capacidades e autoestima, elementos importantes no processo de envelhecimento.

A primeira academia foi inaugurada no dia 18 de dezembro de 2013 na praça do bairro João XXIII. Além dela, foram instaladas outras 10 academias referentes à primeira etapa do projeto nos seguintes locais: Praça Parreão II (Vila União), Praça do Liceu (Jacarecanga), Praça João Gentil (Benfica), Praça do José Walter 2ª Etapa, Praça do Lago Jacarey (Cidade dos Funcionários), Praça do Passaré, Praça do Conjunto Beira Rio (Vila Velha), Praça do Virgílio Távora (Demócrito Rocha), Cocó e Praça da Santa Cecília (Granja Lisboa). Cabe ressaltar que, de acordo com o exposto no Projeto de Lei, em cada bairro de Fortaleza será implantada uma Academia ao Ar Livre para a Terceira Idade.

Cada uma das academias é composta por 10 equipamentos de ginástica que possuem a finalidade de alongar, fortalecer e desenvolver a musculatura, bem como trabalhar a capacidade aeróbica. Entre os equipamentos estão o esqui (trabalha a flexibilidade dos membros inferiores, quadril, membros superiores além da função cardiorrespiratória), rotação dupla diagonal (aumenta a mobilidade das articulações dos ombros e cotovelos), simulador de caminhada (aumenta a mobilidade dos membros inferiores, desenvolve a coordenação motora e melhora a função cardiorrespiratória), pressão de pernas (fortalece os músculos das coxas e quadril), simulador de cavalgada (fortalece os membros superiores e melhora a flexibilidade das articulações dos ombros), multi-exercitador (fortalece, alonga e aumenta a flexibilidade dos membros superiores e inferiores), alongador (alonga e fortalece grandes grupos musculares), rotação vertical (fortalece os membros superiores melhora a flexibilidade das articulações dos ombros), surf (aumenta a flexibilidade e agilidade de membros inferiores, quadris e região lombar) e remada sentada (fortalece a musculatura das costas e dos ombros). Além dos equipamentos de ginástica, também está disponível um painel de orientação indicando o uso correto dos equipamentos.

2.6 Outras políticas públicas de atividade física

No que diz respeito ao desenvolvimento de políticas públicas, vários programas de atividade física sistematizada têm sido desenvolvidos tendo em vista a promoção da prática de atividade física pela população idosa.

Nessa perspectiva, estes programas têm surgido principalmente dentro de universidades, buscando assim a promoção do ensino, pesquisa e extensão universitária. O Programa Atividade Física para a Terceira Idade (PROFIT), fundado em 1989, vinculado ao Departamento de Educação Física do Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista (UNESP), é considerado um dos pioneiros nesse quesito, oferecendo atividade física orientada e sistematizada aos idosos da comunidade, tendo como um de seus principais objetivos a manutenção da independência e autonomia funcional do idoso em um contexto lúdico, contribuindo também para a ampliação de conhecimentos científicos sobre a interação entre atividade física e envelhecimento (GOBBI *et al.*, 2013).

Tendo em vista a alta prevalência de inatividade física na população do estado de São Paulo no início da década de 90, indicando a necessidade da promoção de atividade física nessa população, o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) considerou um meio em que poderia contribuir para a melhora desse índice. Assim, foi lançado em 1996, por meio de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) e CELAFISCS, o Programa Agita São Paulo, com o objetivo de combater o sedentarismo no Estado de São Paulo por meio do aumento de número de programas de incentivo à prática de atividade física, aumento do nível de atividade física e também, de conhecimento acerca dos benefícios de um estilo de vida ativo para a saúde. Desde seu lançamento, o Programa Agita São Paulo tem sido apontado como exemplo de política pública de sucesso em todo o Brasil bem como outros países da América Latina, tendo sido caracterizado pela Organização Mundial de Saúde como um modelo para outros países em desenvolvimento. O programa incentiva a adoção a um estilo de vida ativo, por meio do acúmulo de ao menos 30 minutos de atividade física moderada diária, na maioria dos dias da semana, e possui os idosos como um dos seus principais grupos-alvo (MATSUDO *et al.*, 2008).

Em Recife, temos o exemplo do Programa Academia da Cidade (PAC), implantado pela Secretaria de Saúde do Recife e inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política de atenção básica à saúde. O programa tem como principal objetivo a promoção de atividades físicas, lazer e alimentação saudável na comunidade (HALLAL *et al.*, 2010). Fundado pela Prefeitura do Recife em 2002, o programa trata-se, ainda, de uma estratégia para

integrar a sociedade aos meios de saúde complementares socialmente disponíveis, caracterizando-se como uma ação pública com a finalidade de promover o bem-estar social de todas as classes sociais (LIMA *et al.*, 2012).

Tendo em vista proporcionar acesso ao esporte, lazer e atividade física aos cidadãos de Curitiba, de maneira que se alcance um nível de atividade física adequado, surgiu em 1998 o programa CuritibAtiva. Subordinado à Secretaria Municipal de Esporte e Lazer de Curitiba (SMEL), o programa tem como finalidade de orientar e educar a população para a importância da atividade física como meio para melhorar a qualidade de vida. Estratégias variadas, então, serviram para atingir diferentes segmentos da população como: material impresso, levantamento de indicadores relativos aos hábitos de vida da população, aplicação de testes para a determinação do nível de aptidão física e verificação de indicadores de risco à saúde (Grande *et al.*, 2008). Dentro do programa CuritibAtiva, instituiu-se o Programa Idoso em Movimento. De início, objetivou-se por meio do programa a criação de uma rede de atenção à população idosa de Curitiba, utilizando-se de informação, sensibilização, da oferta e incentivo à prática de atividades físicas e recreativas nos diferentes segmentos sociais, buscando a mudança de atitudes e a aquisição de novos hábitos saudáveis objetivando a prevenção, manutenção e promoção da saúde do idoso. O programa possui subdivisões, atuando em grandes eixos como: atividades sistemáticas nos Centros de Esporte e Lazer, atendimento a Casas Lares (Asilos) e associações com atividades recreativas, avaliação física da população, capacitação profissional e incentivo ao estudo sobre o envelhecimento (KRUCHELSKI *et al.*, 2005).

Entre os programas de atividade física de extensão universitária criados no Brasil, podemos citar também o programa Atividade Física para a Terceira Idade. O programa iniciou as suas atividades em 1985 pelo Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina e tem como objetivo oportunizar a prática de atividades físicas e recreativas, buscando a manutenção da saúde e favorecendo a mudança do estilo de vida. Reconhecido e apontado pela comunidade como um trabalho bem-sucedido na promoção e manutenção da qualidade de vida dos idosos de Florianópolis, o programa também vem realizando pesquisas com a finalidade de contribuir para a inovação das técnicas de trabalho com idosos e, em consequência, permitir que estes sejam idosos atuantes em sua comunidade (FERNEDA *et al.*, 2005).

Iniciativa semelhante à encontrada em Fortaleza, local de estudo deste trabalho, o programa Academia da Terceira Idade (ATI) de Uberaba (MG) tem-se empenhado nas ações de promoção da saúde da população idosa no respectivo município. Esse caracteriza-se como um programa de base comunitária, com a finalidade de proporcionar a adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável à população, priorizando o incentivo e a orientação para a prática

regular de atividade física. A respectiva iniciativa vem sendo bem vista pela população, promovendo melhoria na qualidade de vida dos sujeitos que aderiram ao programa, proporcionando, dessa maneira, um envelhecer saudável e feliz (PAULO, 2013).

Da mesma maneira, outro programa semelhante ao encontrado em Fortaleza, é o Academia da Terceira Idade do município de Maringá (PR), fruto de parceria entre a Prefeitura do município e empresas privadas. Esta propicia o envolvimento da comunidade e dos diversos setores da sociedade em busca da consolidação da promoção da saúde por meio de ações intersetoriais (PALÁCIOS e NARDI, 2007).

3 JUSTIFICATIVA

A nova condição mundial, que projeta um aumento significativo no número de sujeitos idosos nas próximas décadas (CARVALHO e GARCIA, 2003), nos levanta uma preocupação principalmente no que diz respeito à saúde desses indivíduos.

Uma vez que o Brasil caminha de maneira muito rápida rumo a um perfil demográfico mais envelhecido, que segue acompanhado de um intenso processo de transição epidemiológica onde as doenças crônicas não-transmissíveis ocupam um lugar de destaque (MENDES *et al.*, 2012), é necessária a investigação sobre as condições de saúde da população idosa com o propósito de promover e manter condições favoráveis ao envelhecimento saudável que propicie, dessa maneira, a independência e autonomia do senescente.

Focar no desenvolvimento de estratégias que possibilitem focar nos aspectos que determinam o processo saúde-doença na população brasileira é a principal finalidade da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006). Tendo isso em vista, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa surge associada à anterior para direcionar medidas coletivas e individuais de saúde para combater os desafios decorrentes, principalmente, da alta prevalência de doenças crônicas nesse público específico (BRASIL, 2006).

Essa preocupação com as doenças crônicas, por sua vez, levou à criação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (BRASIL, 2011), que tem elaborado políticas bastante efetivas como o Programa Academia da Saúde, que visa a promoção da saúde por meio da atividade física (MALTA e DA SILVA, 2012) e cuja proposta pode ser identificada, em Fortaleza, no programa Academias Para a Terceira Idade. Entretanto, ainda que a importância do programa para a manutenção da saúde dos idosos esteja bastante clara, pouco tem sido feito para potencializar os efeitos dessa estratégia, buscando identificar como diferentes condições socioeconômicas e de saúde se manifestam entre seus usuários e, ainda, como os mesmos tem utilizado os equipamentos disponibilizados, principalmente tendo em vista como o fenômeno atividade física repercute na saúde desses sujeitos e seu impacto no aumento de sua expectativa de vida bem como no seu cotidiano.

Assim, dada a importância de programas voltados para a comunidade como estratégia para promover a saúde, estudar o perfil dos idosos usuários das Academias para a Terceira idade caracteriza-se como um importante meio para se conhecer melhor o público atingido pela referida iniciativa, possibilitando por meio deste estudo aperfeiçoar estratégias de intervenção dentro do projeto.

Esta investigação, ainda, pode contribuir de maneira significativa para o desenvolvimento e implantação de outros modelos de políticas públicas de atividade física, objetivando a promoção da saúde desses indivíduos e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar o perfil de idosos usuários de Academias ao Ar Livre para a Terceira idade de Fortaleza.

4.2 Objetivos específicos

Identificar o perfil socioeconômico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade.

Descrever o perfil clínico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade.

Identificar o perfil de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao seu funcionamento.

Verificar diferenças de perfil entre os idosos que frequentam Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade localizadas em bairros de diferentes condições socioeconômicas.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal que investigou as características dos idosos que utilizam as Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade instaladas em espaços públicos de Fortaleza.

5.2 Local do estudo

O estudo foi conduzido em Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade já instaladas e em funcionamento no município de Fortaleza.

O município possui Academias ao Ar Livre em funcionamento em diversos espaços públicos, implantadas pelo poder público e por meio de parcerias com a iniciativa privada. Neste estudo, foram incluídas, por conveniência operacional, e visando contemplar uma razoável representatividade das Academias nos diferentes bairros da cidade, as onze primeiras academias instaladas, situadas nos bairros: Benfica, Vila União, Jacarecanga, Prefeito José Walter, Cidade dos Funcionários, Passaré, João XIII, Demócrito Rocha, Vila Velha, Granja Lisboa e Cocó (Figura 8).

5.3 População

A população do estudo foi de idosos (assim determinados como indivíduos cuja idade é maior ou igual a 60 anos), utilizadores das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade, que fossem frequentadores de alguma das academias há pelo menos um mês. Foram excluídos do estudo indivíduos sem plena condição de raciocínio ou comunicação.

5.4 Amostragem

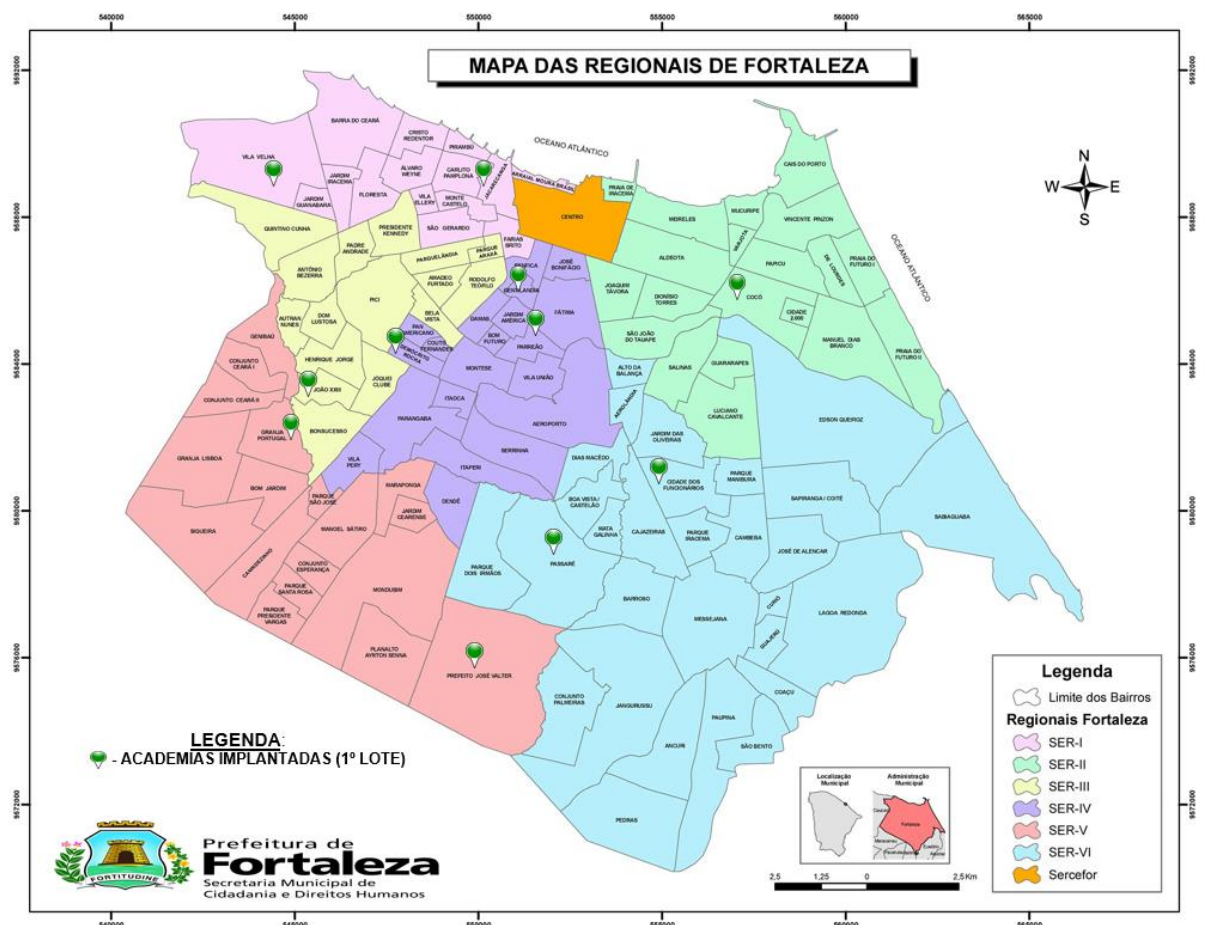
A amostra foi de 374 indivíduos. O tamanho da amostra foi determinado de acordo com cálculo baseado na estimativa de proporção populacional considerando-se uma população finita. Para tanto, fez-se uso do StatCalc que acompanha o software estatístico Epi Info 7.1.5.0.

Considerou-se para o cálculo o número total de idosos que habitam os bairros onde foram instaladas as onze primeiras Academias para a Terceira Idade de acordo com o último

Censo publicado, intervalo de confiança de 95%, nível de significância de 5% e estimativa de prevalência de 50% de sujeitos.

Dividiu-se a amostra em dois grupos de acordo com a renda média dos bairros onde se encontram instaladas as academias utilizando-se como ponto de corte o valor do salário mínimo (R\$ 880,00 no ano de 2016), sendo G1 o grupo onde se encontram os indivíduos que frequentavam as academias localizadas nos bairros de menor vulnerabilidade social, cuja renda média era bastante superior ao valor do salário mínimo, e G2 os sujeitos que frequentavam as academias localizadas em bairros de elevada vulnerabilidade social, cuja renda média era bastante inferior ao valor do salário mínimo, com a finalidade de comparar os grupos que frequentam as academias localizadas em bairros de situações econômicas distintas. Encontravam-se, entre esses bairros, rendas médias pessoais que variavam de R\$ 341,36 a R\$ 3488,25 no ano de 2012 de acordo com o último informe sobre a distribuição espacial da renda pessoal disponibilizado pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará.

Figura 8 – Distribuição espacial dos bairros contemplados com a instalação das academias referentes à primeira etapa do Programa Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade.



Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania e Direitos Humanos (2015).

5.5 Variáveis do estudo

Variáveis socioeconômicas → Idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, recebimento de pensão ou aposentadoria.

Variáveis clínicas → Utilização de óculos, utilização de aparelho auditivo, realização de procedimento cirúrgico, diagnóstico de osteoartrite, osteoporose, colesterol alto, labirintite, diabetes mellitus, hipertensão arterial, cardiopatias, insuficiência renal, asma, ocorrência de queda, tabagismo, consumo de álcool e medicações em uso.

Variáveis de identificação de padrão de utilização das academias → Tempo de utilização, tempo de atividade, frequência semanal, morar no bairro da academia, encaminhamento profissional, profissional que encaminhou, prática de atividade física adicional, atividade adicional praticada, avaliação médica, orientação com profissional de educação física, acompanhamento na academia, vínculo do acompanhante, preferência de turno de utilização, utilização durante os finais de semana, utilização do painel de orientações, objetivo de utilização da academia, satisfação com a quantidade dos equipamentos, satisfação com a qualidade dos equipamentos, satisfação com as instalações adicionais, segurança do ambiente, frequentar o lugar antes da instalação da academia, prática de exercício antes da instalação da academia, melhora de vida após frequentar a academia, emagrecimento percebido, melhora na saúde percebida, práticas alternativas, prática de esportes quando jovem, incentivo familiar, conhecimento de outros idosos que poderiam estar frequentando a academia, razão dos idosos não frequentarem, acidentes durante as sessões de exercícios e frequência em academias privadas.

Variáveis antropométricas → Massa corporal, altura, Índice de Massa Corporal (IMC).

5.6 Instrumentos

Utilizou-se um questionário com três seções distintas. A primeira seção apresentava questões gerais sobre aspectos sociodemográficos e econômicos. A segunda seção do instrumento apresentava questões que abordavam condições de saúde diagnosticadas, ocorrência de quedas, hábitos de vida e descrição dos medicamentos em uso. A última seção apresentava questões que possuíam como finalidade identificar o padrão de utilização das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade pelos idosos, incluindo informações sobre deslocamento, tempo de utilização, orientação das atividades, entre outras.

Além do questionário, foi utilizada uma balança bem como um estadiômetro portátil com a finalidade de mensurar as variáveis antropométricas.

5.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período entre outubro de 2015 e abril de 2016, de segunda à sexta-feira, nos horários de cinco da madrugada a dez da manhã e quatro da tarde a nove da noite, que foram identificados como os horários com a maior frequência de sujeitos que compõem a população-alvo do estudo.

Aplicava-se o questionário e, em seguida, era realizada a mensuração da massa corporal (realizada utilizando-se uma balança, previamente calibrada a cada nova coleta, com o idoso descalço posicionado ao centro), seguido de mensuração de altura (utilizando um estadiômetro portátil), tendo como finalidade a obtenção do Índice de Massa Corporal (IMC) definido pela massa corporal em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros.

O critério utilizado para a classificação do IMC foi o proposto por Lipschitz, que leva em consideração as mudanças na composição corporal que ocorrem em decorrência do envelhecimento (LIPSCHITZ, 1994), cujos pontos de corte são apresentados na tabela a seguir:

Tabela 1 – Pontos de corte para classificação do Índice de Massa Corporal.

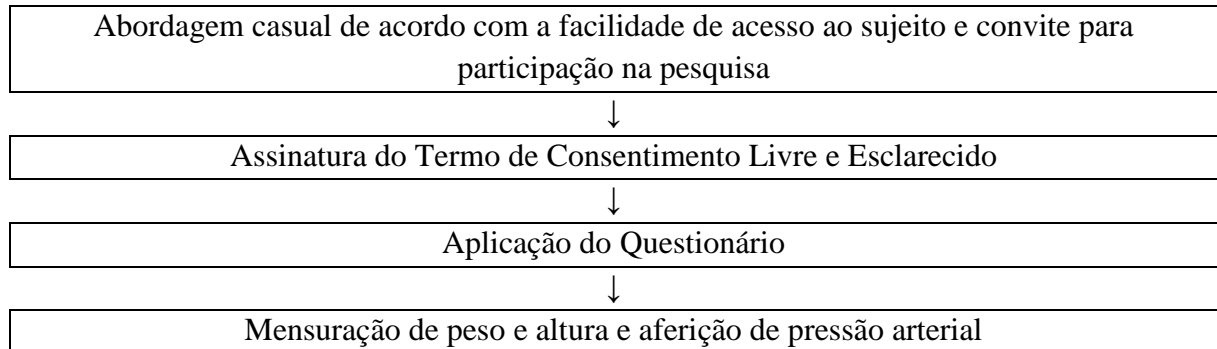
| Classificação | Ponto-de-corte |
|----------------------|-----------------------|
| Baixo peso | <22 |
| Eutrofia | 22 – 27 |
| Sobrepeso | >27 |

Fonte: LIPSCHITZ, 1994.

Os medicamentos foram classificados em classes distintas (cardiovasculares, para o Sistema Nervoso Central e para o Trato Gastrointestinal e Metabolismo) considerando-se o órgão ou sistema em que atuam.

A Figura 9 apresenta o protocolo que foi seguido pelo pesquisador durante a coleta de dados no que diz respeito à abordagem do sujeito e à aplicação dos instrumentos da pesquisa.

Figura 9 – Protocolo de abordagem e aplicação de instrumentos para a coleta de dados da pesquisa.



5.8 Análise estatística

Utilizou-se estatística descritiva. Os dados coletados foram processados no software estatístico Statistical Package for Social Sciences 20.0. Realizou-se a análise descritiva bivariada dos dados discriminando por estratos socioeconômicos dos bairros onde se encontram as praças, compreendendo: distribuição de frequências para as variáveis categóricas e medidas de tendência central. Foi utilizado o Teste Chi-Quadrado (χ^2) para comparar diferenças entre as frequências encontradas entre os grupos.

Tendo em vista a diminuição da ocorrência de erros, executou-se o controle de qualidade que pressupôs o mecanismo de revisão de todos os questionários pelo pesquisador antes da digitação e, ainda, a digitação dos dados em dupla entrada no software estatístico.

5.9 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará tendo sido aprovado sob o parecer de número 1.320.650.

Foram respeitados os preceitos éticos de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta os aspectos éticos-legais da pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012).

Foram levados em consideração os referenciais básicos da bioética, como o reconhecimento e a afirmação da dignidade, a liberdade, a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade, que visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Previamente à aplicação de qualquer procedimento metodológico, foi esclarecido ao participante a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que essa poderia lhe acarretar. Esse esclarecimento foi realizado com o apoio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, este último livremente assinado.

Excluiu-se qualquer possibilidade de danos às dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do sujeito durante o desenvolvimento desta pesquisa. Os participantes do estudo tiveram o livre arbítrio para participar bem como ter suas informações retiradas a qualquer momento da pesquisa sem qualquer prejuízo.

6 RESULTADOS

6.1 Descrição das características socioeconômicas dos usuários

Foram entrevistados 374 idosos, com média de idade de 67,59 anos, sendo 89 anos a idade do indivíduo mais velho entrevistado. No que diz respeito ao perfil socioeconômico da amostra, verifica-se que a maioria era do sexo feminino (54,7%), na faixa etária entre 60 a 69 anos (66,8%), da cor branca (66%) e casada (61%). Ao observarmos o nível de escolaridade dos indivíduos, verifica-se que mais de um terço dos sujeitos possuía segundo grau completo (38,5%), bem como ensino superior completo (34,8%). Foi encontrada uma proporção de 31,6% de sujeitos que ainda exercem alguma atividade profissional. Grande parte dos indivíduos era de aposentados ou pensionistas (77,3%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição do perfil socioeconômico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros (continua)

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | P |
|-------------------------------------|---------|------|---------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Sexo | | | | | | | 0,906 |
| Masculino | 82 | 43,6 | 80 | 43 | 162 | 43,3 | |
| Feminino | 106 | 56,4 | 106 | 57 | 212 | 56,7 | |
| Faixa etária | | | | | | | 0,290 |
| 60 a 69 | 122 | 64,9 | 128 | 68,8 | 250 | 66,8 | |
| 70 a 79 | 52 | 27,7 | 51 | 27,4 | 103 | 27,6 | |
| 80 ou mais | 14 | 7,4 | 7 | 3,8 | 21 | 5,6 | |
| Etnia | | | | | | | 0,001 |
| Branca | 134 | 71,3 | 113 | 60,8 | 247 | 66 | |
| Afro-descendente | 8 | 4,3 | 29 | 15,6 | 37 | 9,9 | |
| Outras | 46 | 24,4 | 44 | 23,6 | 90 | 24,1 | |
| Estado civil | | | | | | | 0,701 |
| Casado | 112 | 59,6 | 116 | 62,4 | 228 | 61 | |
| Solteiro | 32 | 17 | 27 | 14,5 | 59 | 15,8 | |
| Divorciado | 16 | 8,5 | 20 | 10,7 | 36 | 9,6 | |
| Viúvo | 28 | 14,9 | 23 | 12,4 | 51 | 13,6 | |
| Escolaridade | | | | | | | 0,000 |
| Primário incompleto | 8 | 4,3 | 8 | 4,3 | 16 | 4,3 | |
| Primário completo | 10 | 5,3 | 34 | 18,3 | 44 | 11,8 | |
| Colegial incompleto | 18 | 9,6 | 22 | 11,8 | 40 | 10,7 | |
| Colegial completo | 70 | 37,2 | 74 | 39,8 | 144 | 38,5 | |
| Superior completo | 82 | 43,6 | 48 | 25,8 | 130 | 34,7 | |
| Exercício de atividade profissional | | | | | | | 0,879 |
| Sim | 60 | 31,9 | 58 | 31,2 | 118 | 31,6 | |
| Não | 128 | 68,1 | 128 | 68,8 | 256 | 68,4 | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

Tabela 2 – Descrição do perfil socioeconômico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros (conclusão)

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | P |
|---------------|---------|------|---------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Aposentadoria | | | | | | | 0,097 |
| Sim | 152 | 80,9 | 137 | 73,7 | 289 | 77,3 | |
| Não | 36 | 19,1 | 49 | 26,3 | 85 | 22,7 | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

6.2 Descrição das condições clínicas dos usuários

A anamnese dos idosos revelou uma prevalência de 40,9% de hipertensão arterial, 11,5% de diabetes mellitus, 32,4% de colesterol alto, 2,9% de asma e 8,8% de cardiopatia auto-relatados. Verificou-se que 26,2% de sujeitos relataram ter osteoartrite. O número de indivíduos com auto-relato de osteoporose foi de 13,4%. Verificou-se que 83,4% deles utilizavam lente para corrigir anomalias da visão. Uma proporção de 2,4% dos sujeitos utilizava aparelho auditivo. Os sujeitos que mencionaram ter labirintite compreendiam 15,2% dos idosos. Os sujeitos que relataram ter sofrido queda no último ano caracterizavam 14,7% da amostra. Os indivíduos que sofriam de insuficiência renal representavam 6,1% do total da amostra. Uma proporção de 23% de indivíduos havia realizado algum procedimento cirúrgico nos últimos 5 anos. Uma proporção de 2,9% dos idosos relatou ter o hábito de fumar e, por sua vez, aqueles que relataram consumir algum tipo de bebida alcoólica compreendiam 31,6% da amostra. Ao se observar o perfil de consumo de medicamentos, verificou-se que 64,7% faziam uso de medicamentos para o trato gastrointestinal e metabolismo, 50,8% faziam uso de medicamentos cardiovasculares e 11,5% faziam uso de medicamentos para o sistema nervoso central (Tabela 3).

6.3 Descrição do perfil de utilização das academias pelos usuários

6.3.1 Tempo de utilização das academias

No que diz respeito ao perfil de utilização das academias pelos idosos, verificou-se que a maioria (68,2%) utilizava as academias há mais de um ano. Grande parte dos idosos (49,5%) utilizava as academias por um tempo de até 30 minutos por dia. Mais da metade dos idosos (51,1%) frequentava a academia ao menos 5 dias durante a semana (Tabela 4).

6.3.2 Local de moradia e locomoção

Uma proporção de 83,2% de idosos morava no mesmo bairro em que se encontrava instalada alguma das academias e 72,5% se locomoviam até as academias a pé (Tabela 5).

Tabela 3 – Descrição do perfil clínico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros (continua)

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | P |
|----------------------------------|------------|------|------------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Hipertensão | | | | | | | 0,411 |
| Sim | 73 | 38,8 | 80 | 43 | 153 | 40,9 | |
| Não | 115 | 61,2 | 106 | 57 | 221 | 59,1 | |
| Diabetes mellitus | | | | | | | 0,497 |
| Sim | 24 | 12,8 | 19 | 10,2 | 43 | 11,5 | |
| Não | 164 | 87,2 | 167 | 89,8 | 331 | 88,5 | |
| Colesterol alto | | | | | | | 0,001 |
| Sim | 46 | 24,5 | 75 | 40,3 | 121 | 32,4 | |
| Não | 142 | 75,5 | 111 | 59,7 | 253 | 67,6 | |
| Asma | | | | | | | 0,349 |
| Sim | 4 | 2,1 | 7 | 3,8 | 11 | 2,9 | |
| Não | 184 | 97,9 | 179 | 96,2 | 363 | 97,1 | |
| Cardiopatía | | | | | | | 0,345 |
| Sim | 14 | 7,4 | 19 | 10,2 | 33 | 8,8 | |
| Não | 174 | 92,6 | 167 | 89,8 | 341 | 91,2 | |
| Osteoartrite | | | | | | | 0,443 |
| Sim | 46 | 24,5 | 52 | 28 | 98 | 26,2 | |
| Não | 142 | 75,5 | 134 | 72 | 276 | 73,8 | |
| Osteoporose | | | | | | | 0,571 |
| Sim | 27 | 14,4 | 23 | 12,4 | 50 | 13,4 | |
| Não | 161 | 85,6 | 163 | 87,6 | 324 | 86,6 | |
| Uso de lente corretiva | | | | | | | 0,023 |
| Sim | 165 | 87,8 | 147 | 79 | 312 | 83,4 | |
| Não | 23 | 12,2 | 39 | 21 | 62 | 16,6 | |
| Uso de aparelho auditivo | | | | | | | 0,089 |
| Sim | 2 | 1,1 | 7 | 3,8 | 9 | 2,4 | |
| Não | 186 | 98,9 | 179 | 96,2 | 365 | 97,6 | |
| Labirintite | | | | | | | 0,634 |
| Sim | 27 | 14,4 | 30 | 16,1 | 57 | 15,2 | |
| Não | 161 | 85,6 | 156 | 83,9 | 317 | 84,8 | |
| Ocorrência de queda (último ano) | | | | | | | 0,850 |
| Sim | 27 | 14,4 | 28 | 15,1 | 55 | 14,7 | |
| Não | 161 | 85,6 | 158 | 84,9 | 319 | 85,3 | |
| Insuficiência renal | | | | | | | 0,501 |
| Sim | 10 | 5,3 | 13 | 7 | 23 | 6,1 | |
| Não | 178 | 94,7 | 173 | 93 | 351 | 93,9 | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

Tabela 3 – Descrição do perfil clínico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros (conclusão)

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | p |
|---|------------|------|------------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Procedimento cirúrgico (últimos 5 anos) | | | | | | | 0,850 |
| Sim | 44 | 23,4 | 42 | 22,6 | 86 | 23 | |
| Não | 144 | 76,6 | 144 | 77,4 | 288 | 77 | |
| Tabagismo | | | | | | | 0,349 |
| Sim | 4 | 2,1 | 7 | 3,8 | 11 | 2,9 | |
| Não | 184 | 97,9 | 179 | 96,2 | 363 | 97,1 | |
| Consumo de bebida alcoólica | | | | | | | 0,550 |
| Sim | 62 | 33 | 56 | 30,1 | 118 | 31,6 | |
| Não | 126 | 67 | 130 | 69,9 | 256 | 68,4 | |
| Medicamentos | | | | | | | |
| Cardiovasculares | 95 | 50,5 | 95 | 51,1 | 190 | 50,8 | 0,916 |
| Para o Sistema Nervoso Central | 22 | 11,7 | 21 | 11,3 | 43 | 11,5 | 0,901 |
| Para o Trato Gastrointestinal e Metabolismo | 117 | 62,2 | 125 | 67,2 | 242 | 64,7 | 0,315 |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

Tabela 4 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao tempo de utilização discriminados pela renda média dos bairros

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | p |
|----------------------------|---------|------|---------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Tempo de uso | | | | | | | 0,214 |
| Um a quatro meses | 38 | 20,2 | 36 | 19,3 | 74 | 19,8 | |
| Cinco a oito meses | 13 | 6,9 | 24 | 12,9 | 37 | 9,9 | |
| Nove meses a um ano | 3 | 1,6 | 5 | 2,7 | 8 | 2,1 | |
| Mais de um ano | 134 | 71,3 | 121 | 65,1 | 255 | 68,2 | |
| Tempo de utilização diária | | | | | | | 0,208 |
| Até 30 minutos | 91 | 48,4 | 94 | 50,5 | 185 | 49,5 | |
| De 30 minutos a 1h | 78 | 41,5 | 64 | 34,4 | 142 | 38 | |
| Mais de 1h | 19 | 10,1 | 28 | 15,1 | 47 | 12,5 | |
| Frequência semanal | | | | | | | 0,331 |
| Menor que três dias | 21 | 11,2 | 17 | 9,1 | 38 | 10,2 | |
| 3 ou 4 dias | 66 | 35,1 | 79 | 42,5 | 145 | 38,8 | |
| 5 dias ou mais | 101 | 53,7 | 90 | 48,4 | 191 | 51 | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

6.3.3 Encaminhamento por profissional de saúde e orientação

Encontrou-se que 32,9% dos indivíduos entrevistados referiram ter iniciado um programa de exercícios por indicação de algum profissional de saúde, sendo o médico o principal profissional a indicar (91,9%). Pouco mais da metade dos idosos (50,5%) disseram

ter feito alguma avaliação médica com a finalidade de verificar a aptidão para a prática de exercícios. Os indivíduos que procuraram orientação com um profissional de educação física compreenderam 21,7% do total. Uma proporção de 61,2% dos idosos relataram seguir o proposto pelos painéis de orientação ao praticar os exercícios (Tabela 6).

Tabela 5 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao local de moradia e locomoção discriminados pela renda média dos bairros

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | p |
|----------------------------|---------|------|---------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Mora no bairro da academia | | | | | | | 0,197 |
| Sim | 161 | 85,6 | 150 | 80,6 | 311 | 83,2 | |
| Não | 27 | 14,4 | 36 | 19,4 | 63 | 16,8 | |
| Locomoção | | | | | | | 0,354 |
| A pé | 130 | 69,1 | 141 | 75,8 | 271 | 72,5 | |
| Veículo particular | 54 | 28,7 | 42 | 22,6 | 96 | 25,7 | |
| Transporte público | 4 | 2,2 | 3 | 1,6 | 7 | 1,8 | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

Tabela 6 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao encaminhamento por profissional de saúde e orientação discriminados pela renda média dos bairros

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | p |
|--|---------|------|---------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Encaminhamento por profissional de saúde | | | | | | | 0,002 |
| Sim | 48 | 25,5 | 75 | 40,3 | 123 | 32,9 | |
| Médico | 40 | 83,3 | 73 | 97,3 | 113 | 91,9 | |
| Outros profissionais | 8 | 16,7 | 2 | 2,7 | 10 | 8,1 | |
| Não | 140 | 74,5 | 111 | 59,7 | 251 | 67,1 | |
| Avaliação médica | | | | | | | 0,999 |
| Sim | 95 | 50,5 | 94 | 50,5 | 189 | 50,5 | |
| Não | 93 | 49,5 | 92 | 49,5 | 185 | 49,5 | |
| Orientação com profissional de educação física | | | | | | | 0,495 |
| Sim | 38 | 20,2 | 43 | 23,1 | 81 | 21,7 | |
| Não | 150 | 79,8 | 143 | 76,9 | 293 | 78,3 | |
| Utilização do painel de orientações | | | | | | | 0,000 |
| Sim | 134 | 71,3 | 95 | 51,1 | 229 | 61,2 | |
| Não | 54 | 28,7 | 91 | 48,9 | 145 | 38,8 | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

6.3.4 Práticas atuais e prévias de atividade física pelos usuários das academias

Verificou-se uma proporção de 84% de idosos que praticam algum outro exercício além de utilizar a academia. Uma frequência de 74,6% de sujeitos praticava alguma outra modalidade de exercício físico antes de começar a frequentar as academias. Uma pequena proporção (9,6%) dos entrevistados referiu praticar alguma prática corporal alternativa. A maioria dos sujeitos (55,3%) relatou ter praticado alguma modalidade esportiva quando mais jovens. Uma quantidade considerável de sujeitos (43,9%) relatou já ter frequentado academias particulares durante a vida (Tabela 7).

Tabela 7 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto às práticas atuais e prévias de atividade física discriminados pela renda média dos bairros

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | P |
|-----------------------------------|---------|------|---------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Prática adicional de exercício | | | | | | | 0,424 |
| Sim | 155 | 82,4 | 159 | 85,5 | 314 | 84 | |
| Caminhada | 126 | 81,3 | 138 | 86,8 | 264 | 84,1 | |
| Ginástica | 14 | 9 | 8 | 5 | 22 | 7 | |
| Hidroginástica | 10 | 6,5 | 3 | 1,9 | 13 | 4,1 | |
| Outros exercícios | 5 | 3,2 | 10 | 6,3 | 15 | 4,8 | |
| Não | 33 | 17,6 | 27 | 14,5 | 60 | 16 | |
| Prática anterior de exercício | | | | | | | 0,372 |
| Sim | 144 | 76,6 | 135 | 72,6 | 279 | 74,6 | |
| Não | 44 | 23,4 | 51 | 27,4 | 95 | 25,4 | |
| Prática corporal alternativa | | | | | | | 0,002 |
| Sim | 27 | 14,4 | 9 | 4,8 | 36 | 9,6 | |
| Não | 161 | 85,6 | 177 | 95,2 | 338 | 90,4 | |
| Praticava esportes quando jovem | | | | | | | 0,063 |
| Sim | 113 | 60,1 | 94 | 50,5 | 207 | 55,3 | |
| Não | 75 | 39,9 | 92 | 49,5 | 167 | 44,7 | |
| Frequentou academias particulares | | | | | | | 0,002 |
| Sim | 97 | 51,6 | 67 | 36 | 164 | 43,9 | |
| Não | 91 | 48,4 | 119 | 64 | 210 | 56,1 | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

6.3.5 Preferências sobre a utilização do espaço, frequência prévia e acidentes

Grande parte dos idosos (59,4%) relataram preferir utilizar as academias pelo turno da manhã e 31% dos entrevistados relataram frequentar as academias aos finais de semana. Grande parte dos indivíduos (61,2%) frequentavam os espaços onde encontram-se as academias

antes de sua instalação. A frequência de sujeitos que relataram ter sofrido algum problema de saúde, acidente ou queda durante as sessões de exercício nas academias foi de 1,1% (Tabela 8).

Tabela 8 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade às preferências de utilização do espaço, frequência prévia e acidentes discriminados pela renda média dos bairros

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | P |
|---|------------|------|------------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Turno de preferência | | | | | | | 0,000 |
| Manhã | 140 | 74,9 | 81 | 43,5 | 221 | 59,2 | |
| Tarde | 27 | 14,4 | 68 | 36,6 | 95 | 25,5 | |
| Noite | 21 | 10,7 | 37 | 19,9 | 58 | 15,3 | |
| Utilização durante os finais de semana | | | | | | | 0,086 |
| Sim | 66 | 35,1 | 50 | 26,9 | 116 | 31 | |
| Não | 122 | 64,9 | 136 | 73,1 | 258 | 69 | |
| Frequentava anteriormente o espaço | | | | | | | 0,001 |
| Sim | 131 | 69,7 | 98 | 52,7 | 229 | 61,2 | |
| Não | 57 | 30,3 | 88 | 47,3 | 145 | 38,8 | |
| Problema de saúde/acidente/queda no exercício | | | | | | | 0,310 |
| Sim | 1 | 0,5 | 3 | 1,6 | 4 | 1,1 | |
| Não | 187 | 99,5 | 183 | 98,4 | 370 | 98,9 | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

6.3.6 Companhia durante os exercícios e conhecimento de idosos não-praticantes

Encontrou-se uma proporção de 34,8% de sujeitos que realizam os exercícios acompanhados, sendo a maioria desses (46,9%) acompanhados pelo cônjuge. Uma proporção de 61,2% dos entrevistados relatou conhecer algum idoso que não pratica nenhuma modalidade de exercício físico, a maioria desses (54,6%) indicou o comodismo como o possível principal motivo para a inatividade física (Tabela 9).

6.3.7 Incentivo familiar, motivos para prática e melhora da saúde

Identificou-se uma prevalência de 66% de indivíduos que eram incentivados pelas suas famílias a praticarem exercícios físicos. Entre os objetivos com o exercício, 93% relataram buscar a melhora do condicionamento físico e da saúde, 80,5% relataram querer relaxar com o exercício, 60,2% relataram querer emagrecer, 61,8% relataram querer melhorar o convívio social e 94,1% relataram buscar a melhora da qualidade de vida. Verificou-se que 48,1% dos

sujeitos perceberam diminuição de peso em decorrência dos exercícios. A maioria dos sujeitos (93,6%) relataram melhora de vida em decorrência da utilização das academias percebida de maneira subjetiva (Tabela 10).

Tabela 9 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto à companhia durante os exercícios e conhecimento de idosos não-praticantes discriminados pela renda média dos bairros

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | p |
|---|---------|------|---------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Companhia durante a realização dos exercícios | | | | | | | 0,887 |
| Sim | 122 | 64,9 | 122 | 65,6 | 244 | 65,2 | |
| Cônjuge | 32 | 48,5 | 29 | 45,3 | 61 | 46,9 | |
| Amigo (a) | 14 | 21,2 | 14 | 21,9 | 28 | 21,5 | |
| Outro membro familiar | 20 | 30,3 | 21 | 32,8 | 41 | 31,5 | |
| Não | 66 | 35,1 | 64 | 34,4 | 130 | 34,8 | |
| Conhece idoso não praticante | | | | | | | 0,813 |
| Sim | 114 | 60,6 | 115 | 61,8 | 229 | 61,2 | |
| Comodismo | 58 | 50,9 | 67 | 58,3 | 125 | 54,6 | |
| Dores | 13 | 11,4 | 13 | 11,3 | 26 | 11,4 | |
| Preguiça | 43 | 37,7 | 35 | 30,4 | 78 | 34,1 | |
| Não | 74 | 39,4 | 71 | 38,2 | 145 | 38,8 | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

Tabela 10 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao incentivo familiar, motivos para prática e melhora da saúde discriminados pela renda média dos bairros

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | p |
|-----------------------------|---------|------|---------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Incentivo familiar | | | | | | | 0,490 |
| Sim | 121 | 64,4 | 126 | 67,7 | 247 | 66 | |
| Não | 67 | 35,6 | 60 | 32,3 | 127 | 34 | |
| Objetivo com o exercício | | | | | | | |
| Condicionamento/Saúde | 179 | 95,2 | 169 | 90,9 | 348 | 93 | 0,098 |
| Relaxamento | 139 | 73,9 | 162 | 87,1 | 301 | 80,5 | 0,001 |
| Emagrecimento | 107 | 56,9 | 118 | 63,4 | 225 | 60,2 | 0,197 |
| Convívio social | 137 | 72,9 | 94 | 50,5 | 231 | 61,8 | 0,000 |
| Qualidade de vida | 179 | 95,2 | 173 | 93 | 352 | 94,1 | 0,366 |
| Percebeu diminuição de peso | | | | | | | 0,050 |
| Sim | 81 | 43,1 | 99 | 53,2 | 180 | 48,1 | |
| Não | 107 | 56,9 | 87 | 46,8 | 194 | 51,9 | |
| Percebeu melhora de vida | | | | | | | 0,978 |
| Sim | 176 | 93,6 | 174 | 93,5 | 350 | 93,6 | |
| Não | 12 | 6,4 | 12 | 6,5 | 24 | 6,4 | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

6.3.8 Satisfação com os equipamentos e segurança do espaço

A proporção de usuários que está satisfeita com a quantidade dos equipamentos presentes nas academias foi de 73% e, por sua vez, aqueles que demonstraram satisfação com a qualidade dos equipamentos compreenderam 62,8% dos entrevistados. A proporção de sujeitos que relataram sentir-se seguros nos espaços onde as academias estão instaladas correspondem a 74,6% dos entrevistados (Tabela 11).

Tabela 11 – Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto à satisfação com os equipamentos e segurança do espaço discriminados pela renda média dos bairros

| Variável | G1 | | G2 | | Total | | p |
|--|------------|------|------------|------|-------|------|-------|
| | n (188) | % | n (186) | % | N | % | |
| Satisfação com a quantidade dos equipamentos | | | | | | | 0,452 |
| Sim | 134 | 71,3 | 139 | 74,7 | 273 | 73 | |
| Não | 54 | 28,7 | 47 | 25,3 | 101 | 27 | |
| Satisfação com a qualidade dos equipamentos | | | | | | | 0,407 |
| Sim | 122 | 64,9 | 113 | 60,8 | 235 | 62,8 | |
| Não | 66 | 35,1 | 73 | 39,2 | 139 | 37,2 | |
| Segurança no ambiente | | | | | | | 0,313 |
| Sim | 136 | 72,3 | 143 | 76,9 | 279 | 74,6 | |
| Não | 52 | 27,7 | 43 | 23,1 | 95 | 25,4 | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

6.4 Descrição do perfil antropométrico dos usuários

O perfil antropométrico dos sujeitos apresentou uma média de peso de 69,36 quilogramas com desvio padrão de 12,61, a altura, por sua vez, apresentou uma média de 1,60 metros com desvio padrão de 0,09. A média do índice de massa corporal encontrada foi 26,73 com desvio padrão de 3,76. Verificou-se, ao categorizar-se o índice de massa corporal, que 7,5% dos sujeitos encontravam-se abaixo do peso, 49,7% encontravam-se eutróficos e 42,8% encontravam-se com excesso de peso (Tabela 12).

Tabela 12 – Descrição do perfil antropométrico dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros

| IMC | G1 | | G2 | | Total | | N | % | Média | p |
|-----------------|------------|------|-------|------------|-------|-------|-----|------|-------|-------|
| | n (188) | % | Média | n (186) | % | Média | | | | |
| Peso (kg) | | | 68,95 | | | 69,78 | | | 69,36 | |
| Altura (m) | | | 1,60 | | | 1,60 | | | 1,60 | |
| IMC | | | 26,56 | | | 26,91 | | | 26,73 | |
| Abaixo do peso | 11 | 5,9 | | 17 | 9,1 | | 28 | 7,5 | | |
| Eutrófico | 101 | 53,7 | | 85 | 45,7 | | 186 | 49,7 | | 0,217 |
| Excesso de peso | 76 | 40,4 | | 84 | 45,2 | | 160 | 42,8 | | |

G1: Bairros de maior renda média; G2: Bairros de menor renda média.

Gráfico 1 - Descrição do perfil socioeconômico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros

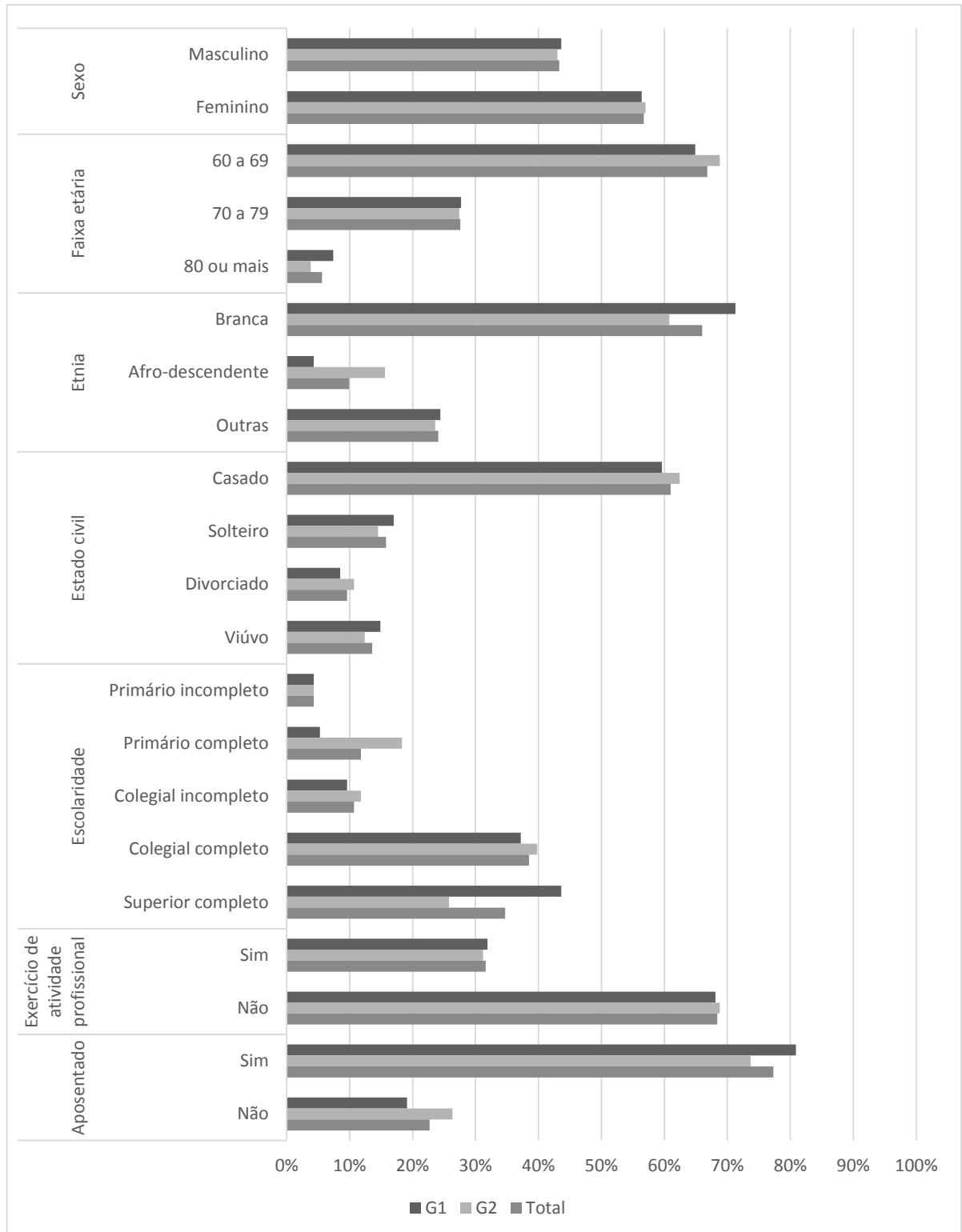


Gráfico 2 - Descrição do perfil clínico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros (continua)

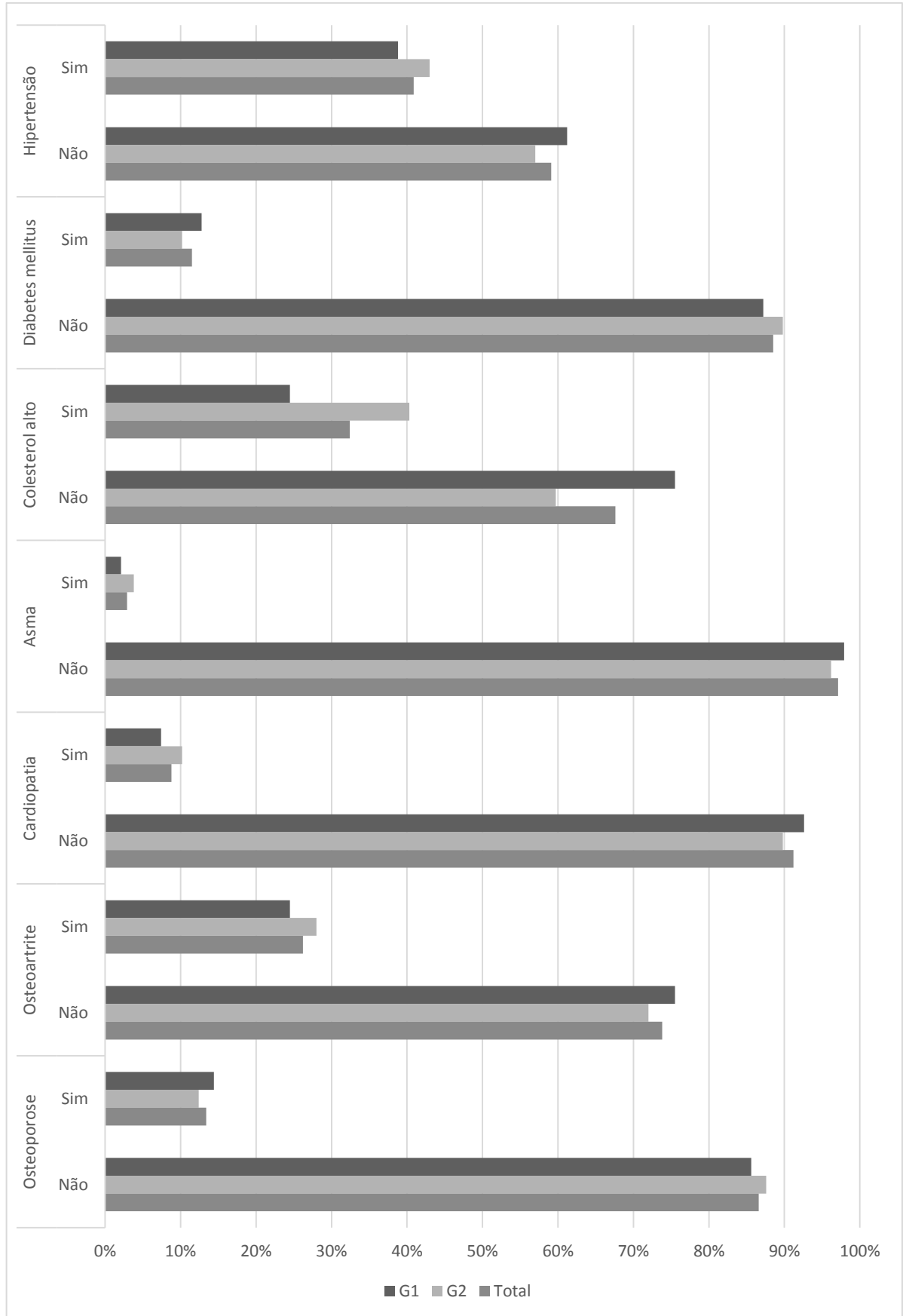


Gráfico 2 - Descrição do perfil clínico dos idosos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros (conclusão)

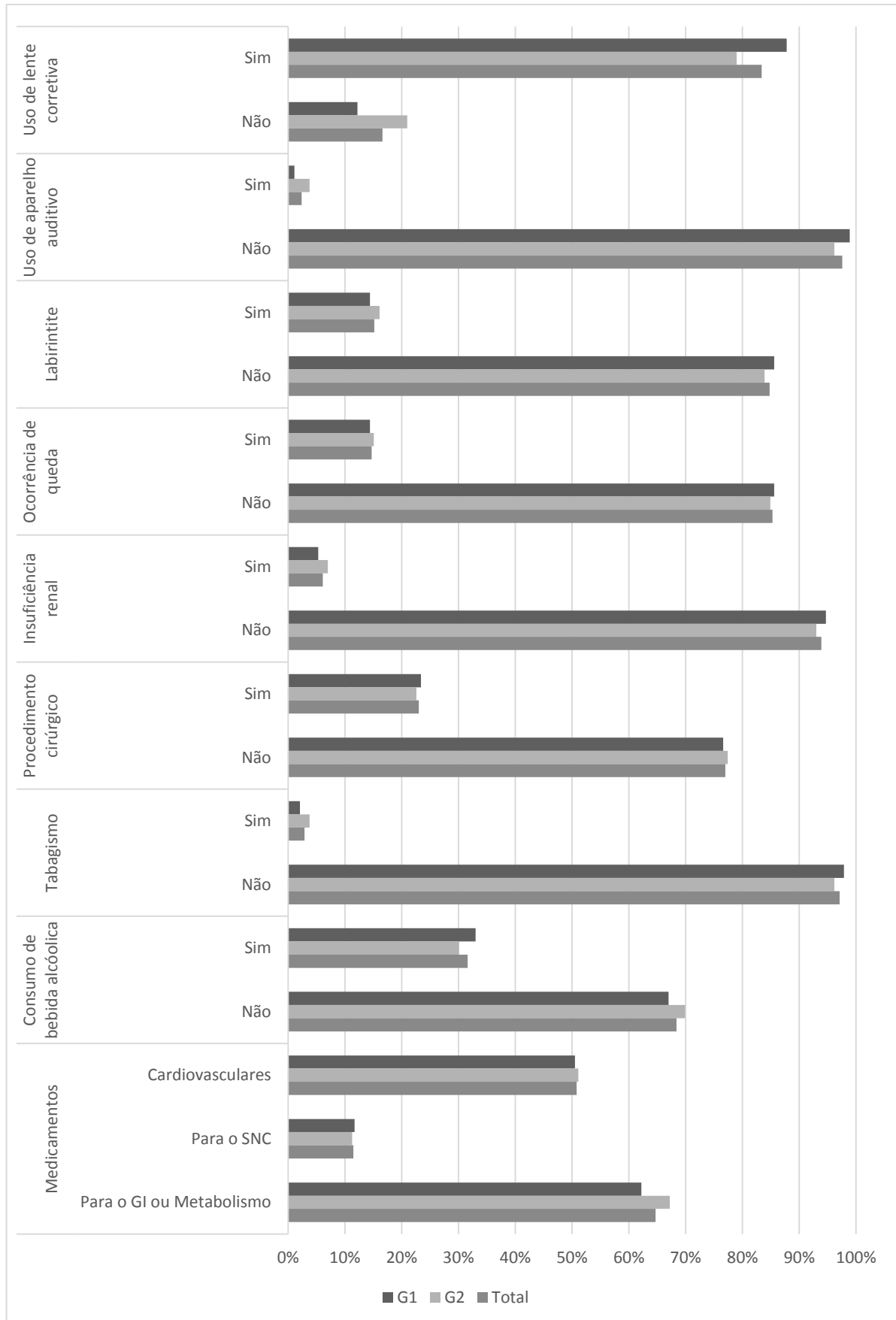


Gráfico 3 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao tempo de utilização discriminados pela renda média dos bairros

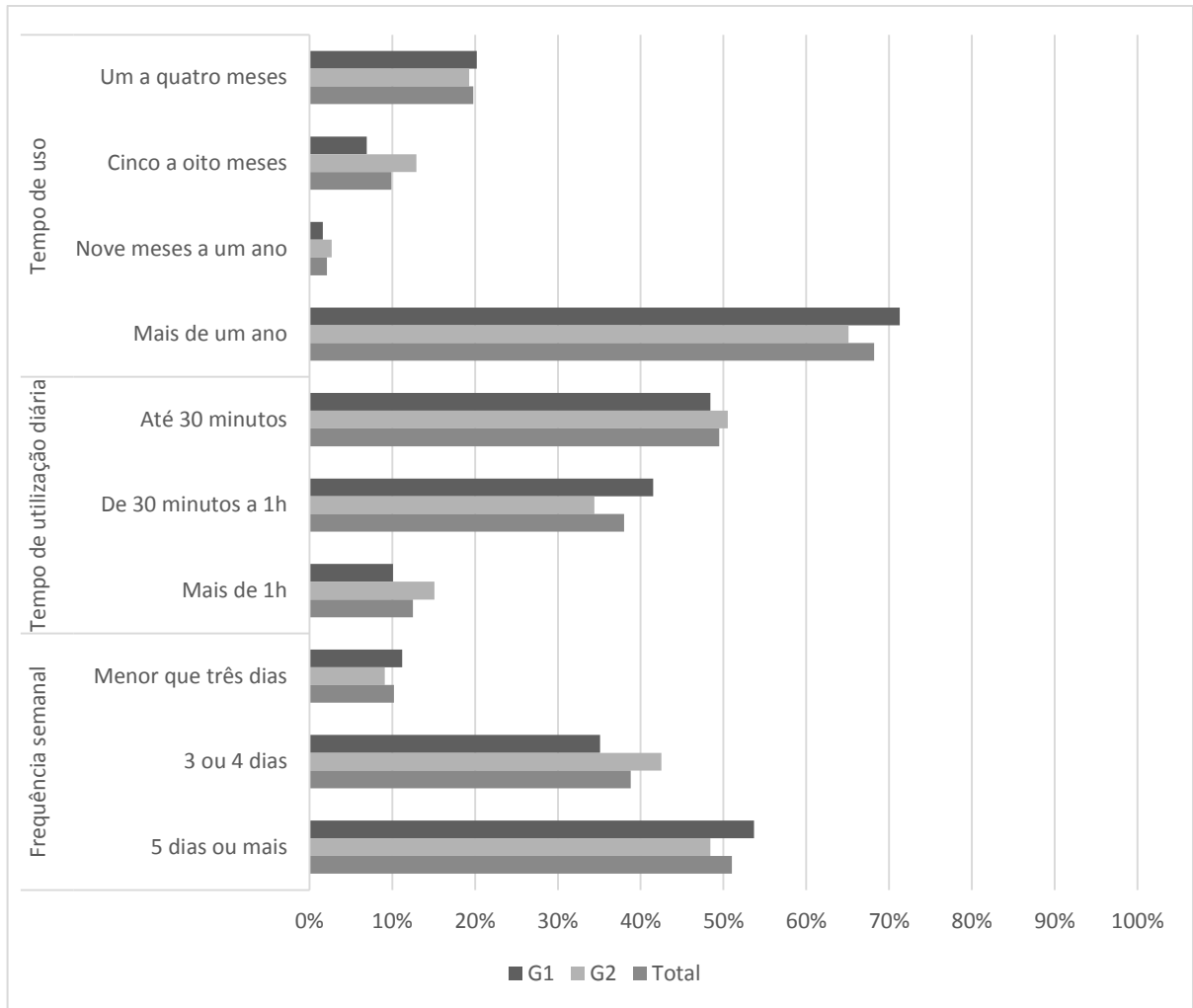


Gráfico 4 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao local de moradia e locomoção discriminados pela renda média dos bairros

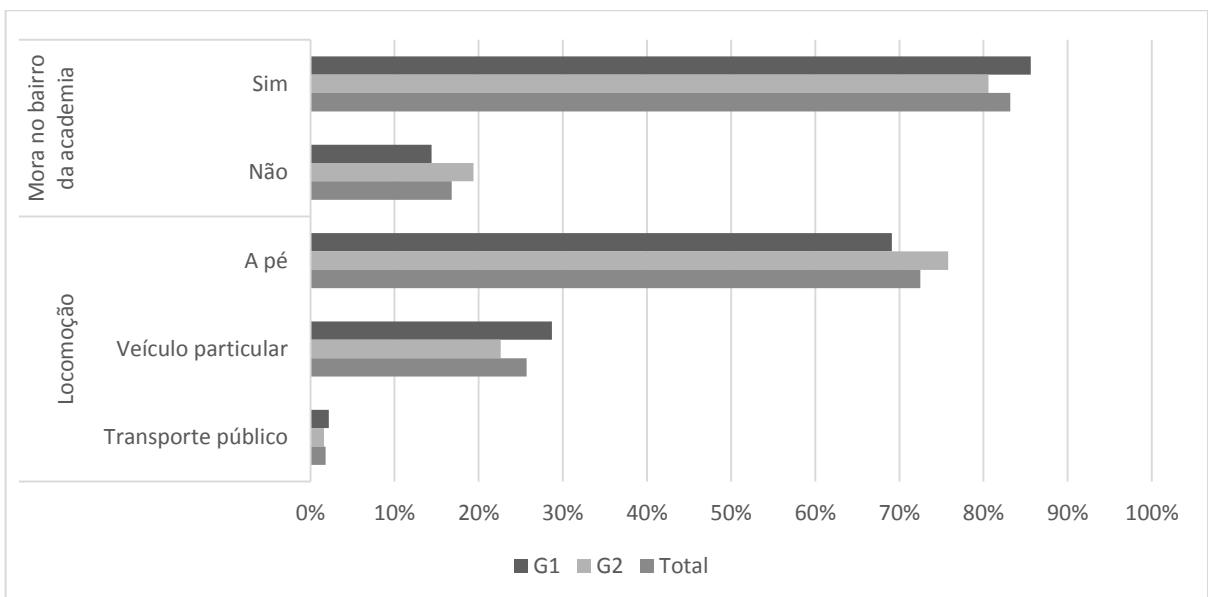


Gráfico 5 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao encaminhamento por profissional de saúde e orientação discriminados pela renda média dos bairros

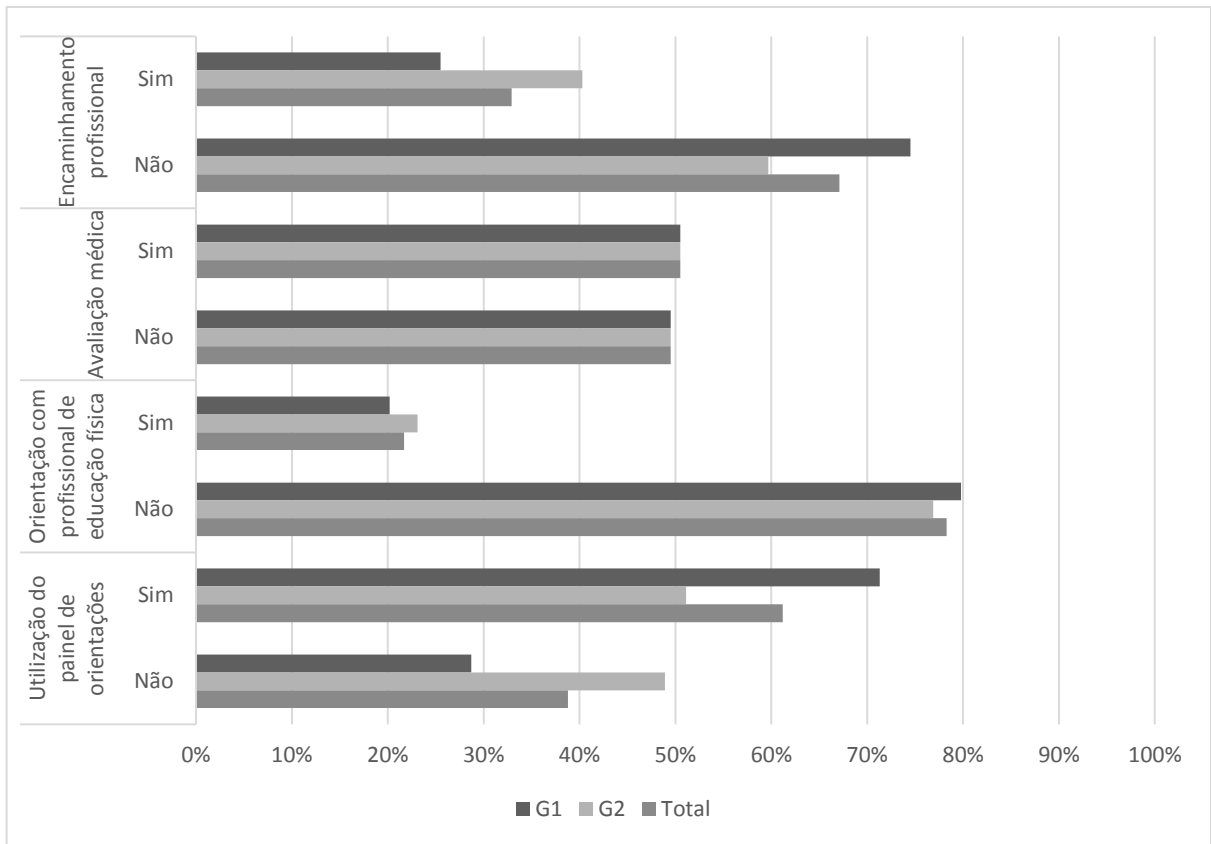


Gráfico 6 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto às práticas atuais e prévias de atividade física discriminados pela renda média dos bairros

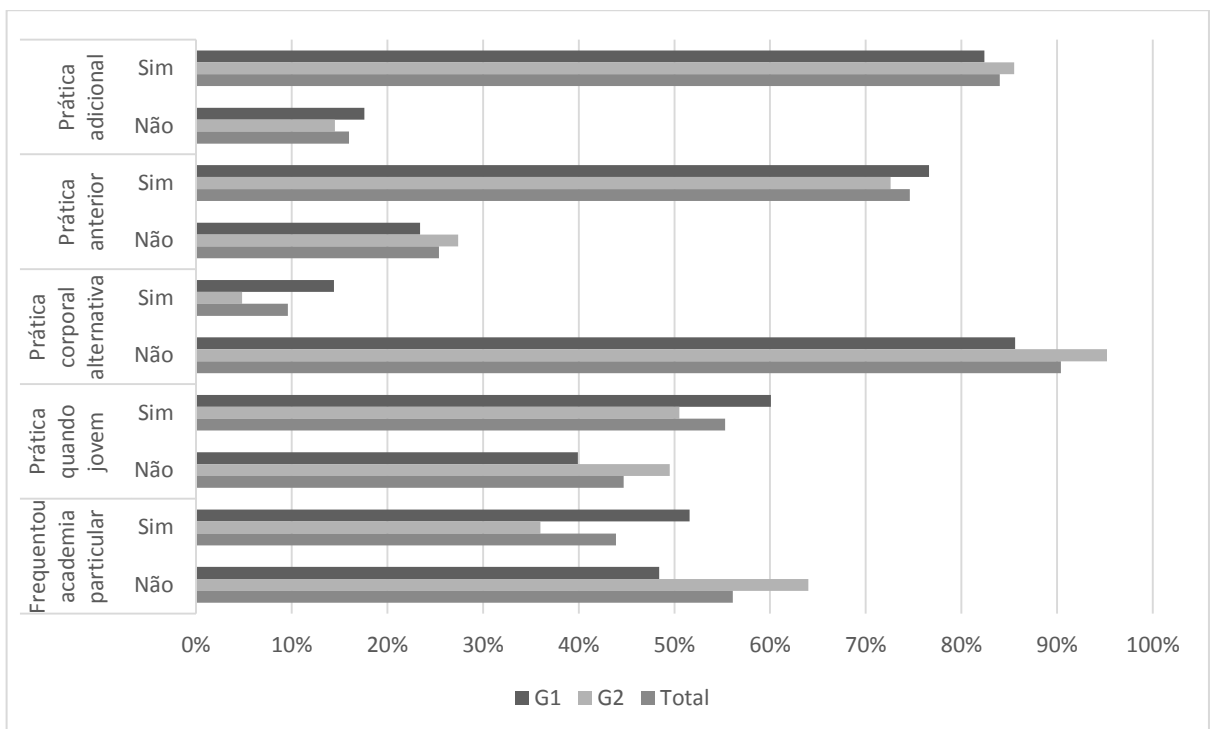


Gráfico 7 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade às preferências de utilização do espaço, frequência prévia e acidentes discriminados pela renda média dos bairros

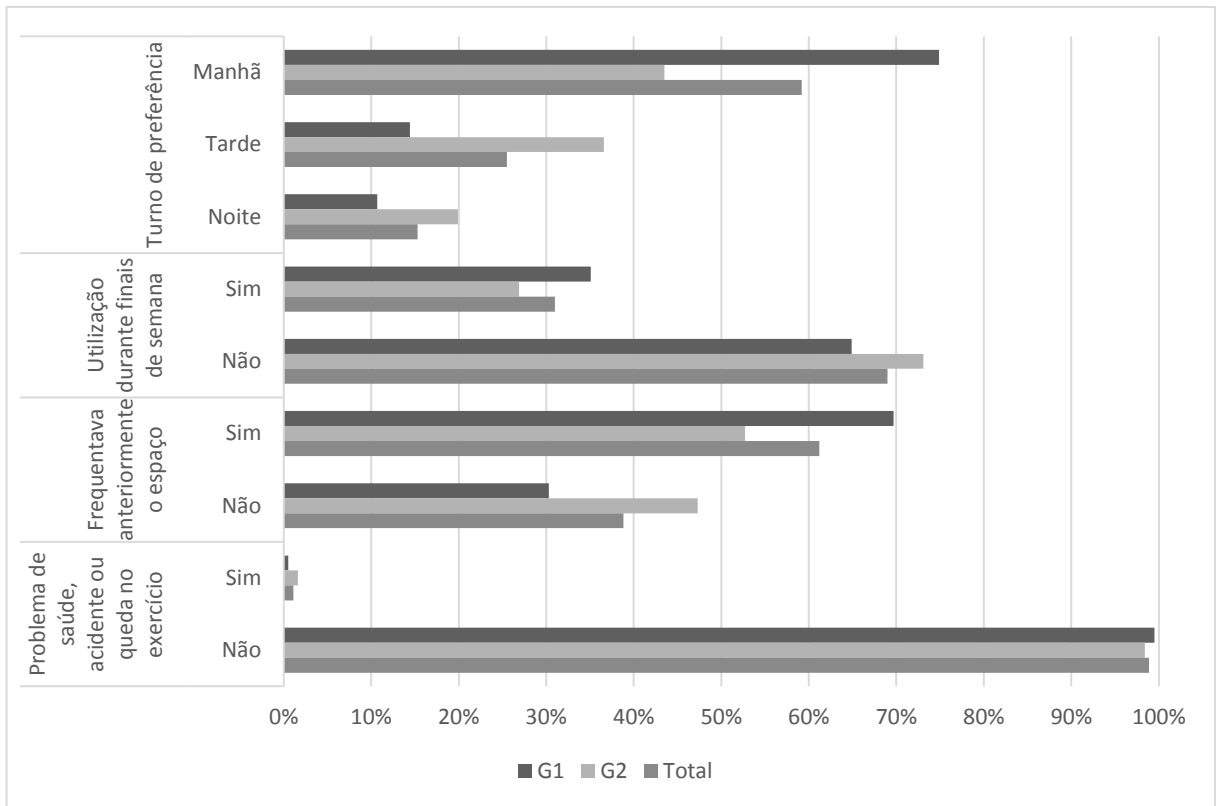


Gráfico 8 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto à companhia durante os exercícios e conhecimento de idosos não-praticantes discriminados pela renda média dos bairros

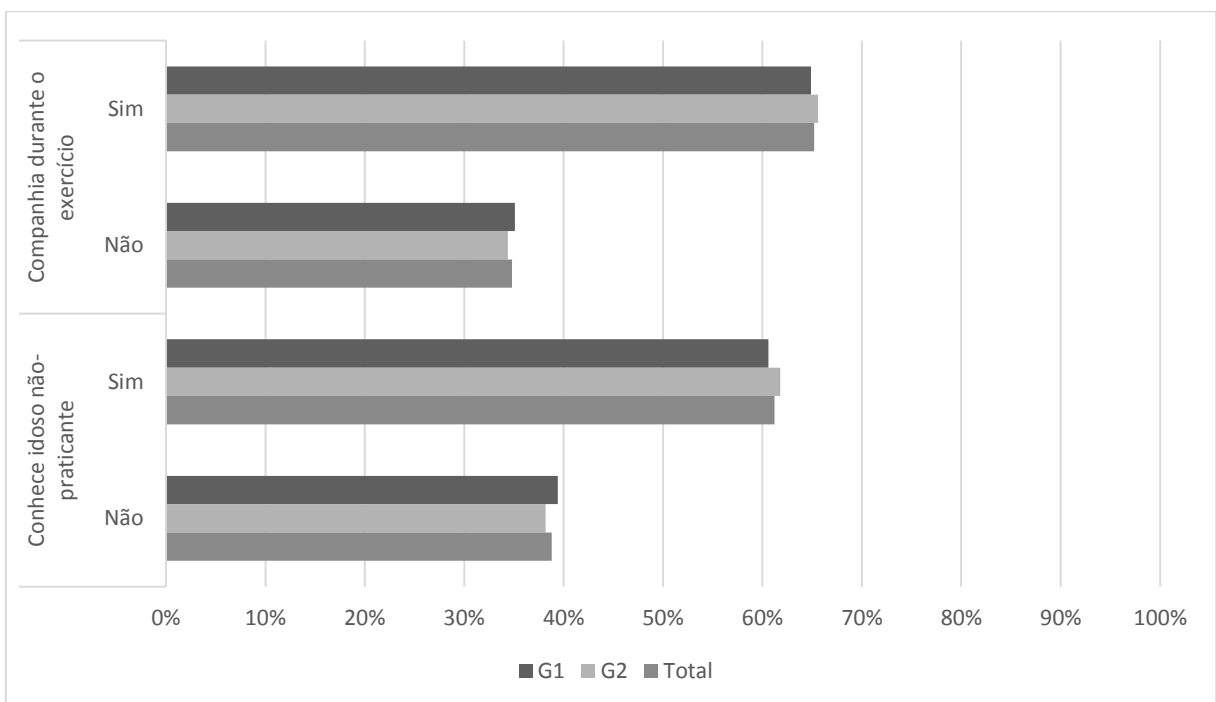


Gráfico 9 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto ao incentivo familiar, motivos para prática e melhora da saúde discriminados pela renda média dos bairros

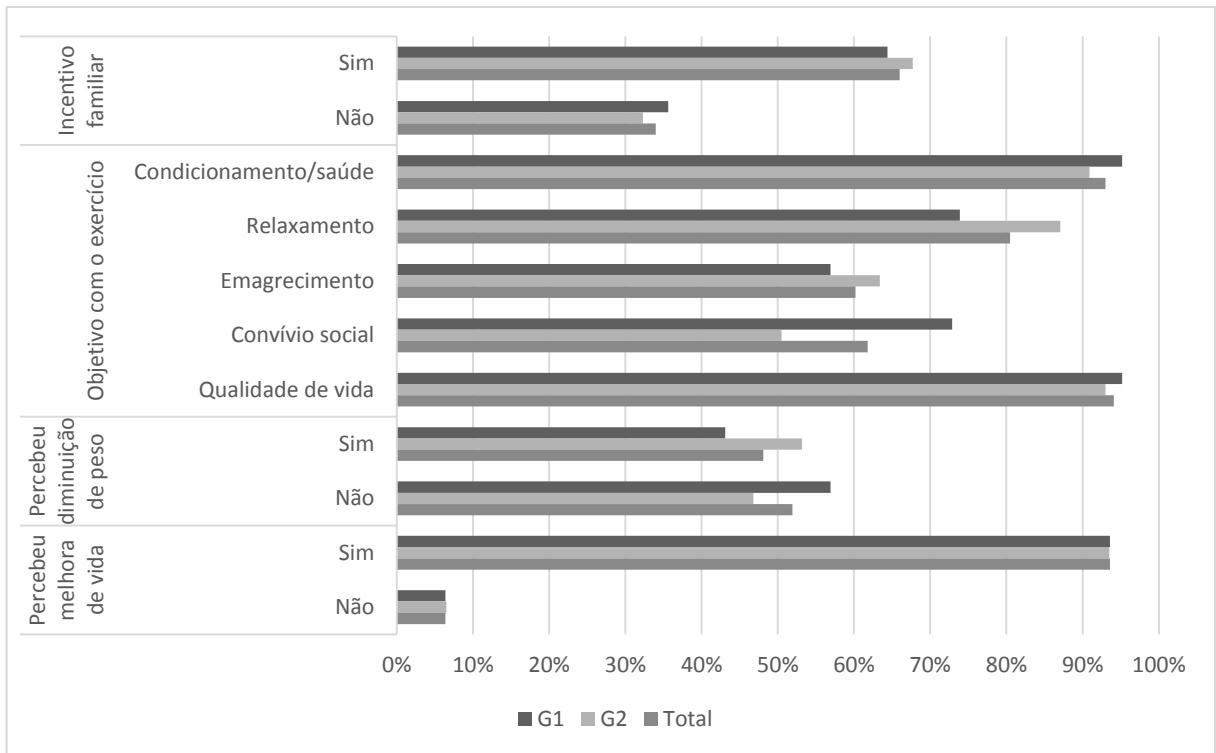


Gráfico 10 - Descrição do perfil de padrão de utilização dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade quanto à satisfação com os equipamentos e segurança do espaço discriminados pela renda média dos bairros

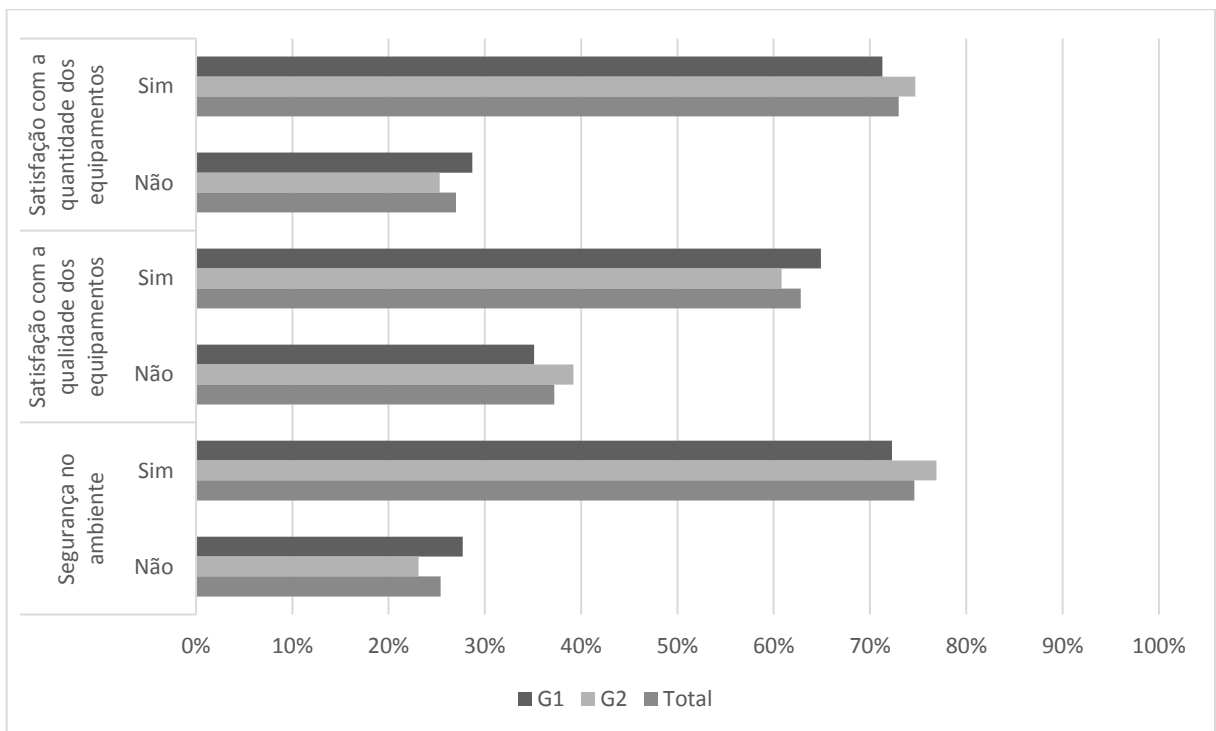
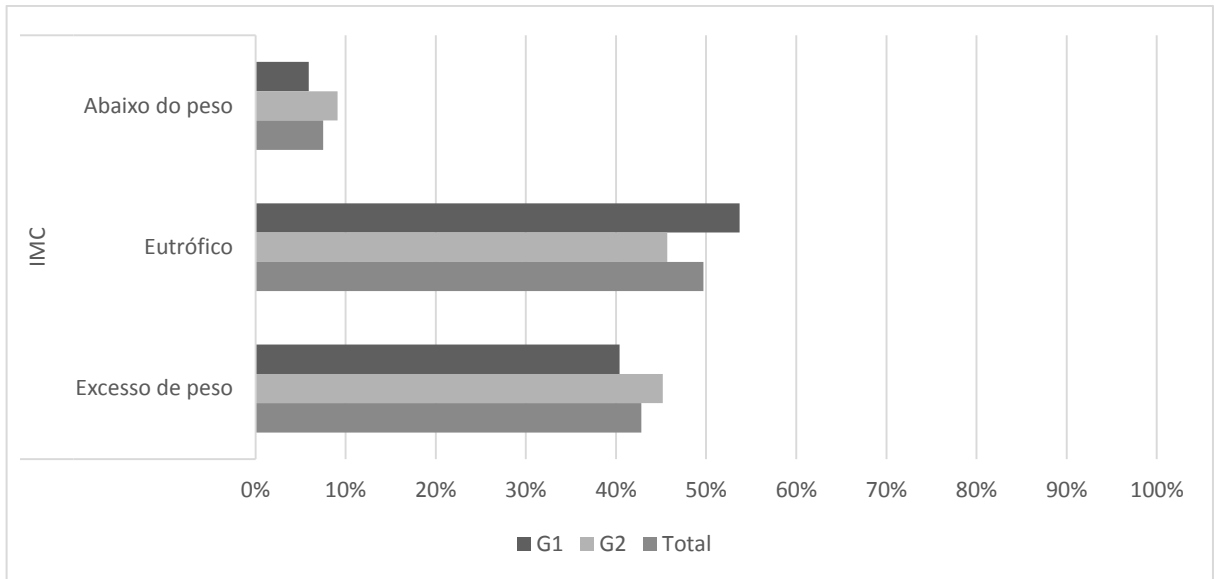


Gráfico 11 - Descrição do perfil antropométrico dos usuários das Academias ao Ar Livre para a Terceira Idade discriminado pela renda média dos bairros



7 DISCUSSÃO

7.1 Características socioeconômicas

Verificou-se, neste estudo, uma maior prevalência de mulheres idosas (56,7%) que se mostrou semelhante nos grupos que frequentam academias localizadas em bairros de renda média alta (56,4%) e baixa (57%). Quando levamos em consideração o atual contexto demográfico, verificamos que o encontrado está de acordo com o que é observado na distribuição da população brasileira, que apresenta um número maior de mulheres idosas (IBGE, 2010). Uma investigação realizada com indivíduos de todas as idades, frequentadores das academias ao ar livre de Curitiba (PR), verificou uma frequência de mulheres próxima à encontrada neste estudo, compreendendo 53,8% da amostra (SOUZA, C. et al., 2014). Todavia, em um levantamento com a finalidade de caracterizar, especificamente, o perfil de idosos que utilizavam as academias para a terceira idade no município de Uberaba, foi encontrada uma prevalência de 75% de idosos do sexo feminino, número um pouco superior ao encontrado neste estudo (PAULO, 2013). É possível também que essa proporção maior de mulheres seja consequência de uma maior proporção de idosos fisicamente inativos do sexo masculino em comparação com o sexo feminino, como apresentado no VIGITEL Brasil 2013.

De uma maneira geral, os idosos usuários das academias se enquadram na faixa caracterizada como idosos jovens (ou seja, idade menor do que 80 anos), na medida em que 94,4% deles se encontram nas faixas etárias de 60 a 69 anos e 70 a 79 anos, sendo essa distribuição também semelhante entre os grupos que frequentam academias localizadas em bairros de rendas médias diferentes. À medida em que se envelhece, os níveis de atividade física tendem a declinar, principalmente em idades mais avançadas (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009), o que poderia explicar as diferenças nas proporções encontradas neste estudo. Em um estudo, foi encontrada uma diferença estatística para o nível de atividade física de idosos de acordo com a idade, sendo o grupo mais jovem (60 a 69 anos), mais ativo do que os grupos mais velhos (70 a 79 anos; 80 anos ou mais) (SEBASTIÃO et al., 2009). Ainda, uma pesquisa realizada em Pelotas (RS) também identificou uma diminuição dos níveis de atividade física com o avançar da idade (KNUTH et al., 2010).

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) de acordo com a renda média do bairro onde se encontra instalada a academia no que diz respeito à etnia dos entrevistados, observando-se uma maior prevalência de sujeitos que se identificavam com a etnia negra no grupo que frequenta as academias instaladas em bairros de menor renda média

(15,6%) em comparação ao grupo que frequenta academias instaladas em bairros de maior renda média (4,3%). Possivelmente, essa diferença possa ser explicada por uma proporção maior de indivíduos de minorias étnicas encontrados em bairros de menor condição socioeconômica. Ainda, em um contexto geral, mais da metade dos entrevistados neste estudo (66%) possuíam etnia branca, característica provavelmente relacionada a uma associação negativa entre indivíduos não-brancos e a prática de atividade física, tratando-se de um importante determinante demográfico para a participação em um programa de exercícios (TROST et al., 2002). Uma investigação buscando identificar os fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos do município de Campinas (SP), verificou uma prevalência de 82,7% de sedentarismo no lazer em pessoas não-brancas com 60 anos ou mais (DO AMARAL ZAITUNE et al., 2007).

Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos que frequentam academias localizadas em bairros de diferentes rendas médias quanto ao estado civil. Verificou-se que a maioria dos entrevistados neste estudo era casada (61%), uma proporção próxima à encontrada em outro estudo sobre academias ao ar livre, onde identificou-se que 65,9% dos usuários das academias ao ar livre eram casados, todavia, o respectivo estudo foi conduzido com indivíduos de todas as idades (SOUZA, C. et al., 2014). A proporção encontrada neste estudo pode ser reflexo da influência da situação conjugal no nível de atividade física em sujeitos idosos, como verificado em um estudo que observou que sujeitos casados demonstraram um maior nível de participação em exercícios (PETTEE et al., 2006). O estado conjugal é um determinante tão importante para a participação de idosos em atividades físicas que uma pesquisa estadunidense identificou que grande parte dos indivíduos idosos casados (70,2%) possuíam um nível de atividade física moderado-vigoroso suficiente para atender a recomendação semanal de prática de atividade física em comparação aos indivíduos solteiros (19,6%) e divorciados (10,1%) (GENNUSO et al., 2013).

A escolaridade foi uma das variáveis onde se encontrou diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$) entre os grupos que frequentam academias localizadas em bairros de diferentes rendas médias. Sabe-se da existência de uma associação entre um maior status socioeconômico e um alto nível educacional (HALEY; ANDEL, 2010), o que pode explicar essa diferença encontrada uma vez que foi observada uma maior proporção de indivíduos que possuíam ensino superior completo no grupo que frequenta as academias localizadas em bairros de renda média maior (43,6%) em comparação ao grupo que frequenta as academias localizadas em bairros de menor renda média (25,8%).

A maioria dos entrevistados neste estudo não exercia atividade profissional (68,4%) sendo em sua maioria aposentados (77,3%). Apesar de não ter sido observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,097$), verifica-se uma proporção um pouco maior de sujeitos aposentados no grupo que frequenta as academias localizadas em bairros de maior renda média (80,9%) em comparação ao outro grupo (73,7%). No geral, fazem-se necessárias ações para que se possa garantir a manutenção da prática de atividade física entre esses sujeitos, dada a importância da transição à aposentadoria para a determinação dos níveis de atividade física, aproveitando-se bem essa janela de oportunidade para a promoção de um estilo de vida ativo (BARNETT et al., 2012).

7.2 Características clínicas

No que se refere às condições clínicas dos entrevistados, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que utilizam as academias localizadas em bairros de diferentes rendas médias foram observadas apenas nas variáveis colesterol alto ($p=0,001$) e uso de lente corretiva ($p=0,023$), encontrando-se as demais condições clínicas com proporções parecidas entre os diferentes grupos. Não foram encontrados estudos que pudessem justificar essas diferenças, todavia, é possível que diferentes hábitos alimentares em decorrência de situações econômicas distintas possam ter contribuído para o aparecimento da diferença encontrada no que concerne o colesterol alto. A diferença encontrada no tocante ao uso de lente corretiva, por sua vez, também poderia ser explicada por diferentes situações socioeconômicas, sendo a aquisição de lentes corretivas facilitada em indivíduos de maior renda.

No geral, encontram-se entre as principais condições clínicas relatadas neste estudo a hipertensão arterial (40,9%), o colesterol alto (32,4%), a osteoartrite (26,2%), além do consumo de bebida alcoólica (31,6%).

A hipertensão arterial é uma condição que se manifesta acima de 55% em todas as regiões geográficas, encontrando-se a região Nordeste do país, no ano de 2010, com uma prevalência de 61,9% (MENDES, G. S.; MORAES; GOMES, 2014). No que se refere a idosos fisicamente ativos, um estudo verificou que, entre as doenças autorreferidas, a hipertensão arterial era aquela que apresentava maior prevalência (40,2%) (MODENEZE et al., 2013), proporção próxima à encontrada neste estudo. Realizada regularmente, a prática de atividade física possui efeito positivo sobre a hipertensão arterial, contribuindo para a prevenção e tratamento dessa condição, principalmente quando executada durante o lazer, diminuindo em cerca de 30% o risco de seu desenvolvimento (MEDINA et al., 2010).

No que diz respeito ao colesterol alto, uma investigação acerca da prevalência de morbidades referidas em idosos brasileiros, identificou uma prevalência de 33% de hipercolesterolemia, sendo essa condição mais prevalente em mulheres (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008). Especificamente, outra pesquisa que analisou o perfil de morbidade de idosos praticantes de atividade física, identificou a hipercolesterolemia como uma das morbidades mais prevalentes, correspondendo a 32,7% da amostra (VIRTUOSO et al., 2012), indo de acordo com o que foi observado nesta investigação.

Outra das principais condições clínicas relatadas, a osteoartrite é um agravo cujos efeitos podem ser amenizados pela prática regular de atividade física, diminuindo a dor, melhorando a funcionalidade e retardando a incapacidade. Há, ainda, risco de mortalidade relacionado a eventos cardiovasculares aumentado em indivíduos com essa condição (TIERNEY; FRASER; NORELEE, 2012), além de que sujeitos com artrite costumam se engajar menos em atividades físicas (SHIH et al., 2006). Tendo isso em vista, são necessárias estratégias para garantir a manutenção da prática de atividade física nas academias em indivíduos com esse agravo, para que se possam atingir todos os benefícios para essa condição provenientes de um estilo de vida ativo.

Ainda, no que se refere ao consumo de álcool, este é considerado um fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, doenças hepáticas, cerebrovasculares, câncer e causas externas, podendo levar a impactos psicossociais (GEIB, 2012). Uma pesquisa sobre o consumo de bebidas alcoólicas na população brasileira, identificou que 19,9% dos indivíduos com idade superior a 65 anos consumiam bebidas alcoólicas de maneira habitual (MOURA; MALTA, 2011). Dessa maneira, tendo em vista a proporção de indivíduos que relataram consumir bebida alcoólica neste estudo, verifica-se a necessidade de realização de estratégias de educação em saúde que possam contribuir para o abandono desse hábito por parte dos idosos que frequentam as academias.

Não se deve, entretanto, negligenciar as demais condições clínicas. O diabetes mellitus, por exemplo, é uma condição em que a atividade física é parte fundamental do tratamento, acompanhado da intervenção medicamentosa e dietética, tendo sido observada uma prevalência de diabetes em indivíduos idosos de aproximadamente 20%, de acordo com uma pesquisa sobre a prevalência de diabetes autorreferido no Brasil (ISER et al., 2015). Por sua vez, foi encontrada uma prevalência de 11,7% de diabetes autorreferido em uma pesquisa realizada com idosos que praticavam atividade física durante o lazer (FRANCISCO et al., 2010), proporção semelhante à encontrada neste estudo (11,5%).

Indivíduos com asma, osteoporose e déficits na visão e audição tendem a evitar a prática de atividades físicas (MANCUSO et al., 2013; BAERT et al., 2015; RAY; WOLF, 2008; GISPEN et al., 2014). Assim, deve-se dar atenção aos frequentadores das academias diagnosticados com essas condições, objetivando a manutenção da prática de exercícios por parte desses sujeitos.

Caracterizado como um importante problema de saúde pública, a ocorrência de quedas é uma condição onde a prática de atividade física se caracteriza como uma importante medida de prevenção (GUIMARÃES et al., 2004). Uma vez que a reincidência de quedas é comum no sujeito senescente, deve-se dar atenção à sua ocorrência entre os sujeitos que relataram terem sofrido queda no último ano (14,7%), já que cair novamente pode levar ao abandono a certas atividades cotidianas como, por exemplo, a prática de exercícios físicos, fazendo com que os sujeitos possam deixar de frequentar as academias. Cabe dizer, ainda, que há uma associação entre a ocorrência de quedas e labirintite (CLOSE et al., 2005), outra condição que pode levar à desistência de um programa de exercícios físicos (CARDOSO, A. S. et al., 2008) e que foi relatada por 15,2% dos sujeitos deste estudo.

Deve-se ter em vista, também, os efeitos benéficos da atividade física em sujeitos cardiopatas, nefropatas e em condição pós-cirúrgica, proporcionando o acompanhamento qualificado desses indivíduos, de maneira que eles possam realizar os exercícios sem prejuízo à sua saúde.

No que concerne o uso de medicamentos por parte dos sujeitos entrevistados neste estudo, verificou-se que aqueles que relataram fazerem uso de medicamentos para o sistema cardiovascular representaram 50,8% do total da amostra, aqueles que relataram fazer uso de medicamentos para o sistema nervoso central compreenderam 11,5% e, por sua vez, os que relataram fazerem uso de algum medicamento para o trato gastrointestinal e metabolismo compreenderam 64,7% da amostra. Uma investigação com a finalidade de descrever o perfil de utilização de medicamentos em idosos residentes na cidade de Fortaleza (CE), local onde foi realizado este estudo, verificou prevalências de uso de 29,3% de medicamentos cardiovasculares, 13,5% de uso de medicamentos para o sistema nervoso e 12,6% de medicamentos para o metabolismo (COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004).

7.3 Características de utilização do espaço

No que diz respeito ao tempo de utilização dos espaços, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos que frequentam as academias

localizadas em bairros de rendas médias distintas. No geral, grande parte dos indivíduos relataram frequentar os espaços a mais de um ano, permanecendo neles por até 30 minutos, frequentando-os semanalmente, em sua maioria, cinco dias ou mais durante a semana. Em uma investigação realizada com indivíduos de todas as idades, os sujeitos que relataram frequentar as academias por mais de um ano representaram 47,6% do total da amostra ao passo que 49,3% dos usuários utilizavam os equipamentos das academias por mais de 30 minutos e 68,8% dos usuários as frequentavam mais de três vezes durante a semana (SOUZA, C. et al., 2014).

Tendo em vista a alta proporção de indivíduos idosos que frequentam há muito as academias ao ar livre neste estudo, é possível que o programa esteja conseguindo proporcionar, pelo menos a certo nível, condições que possibilitem a manutenção do hábito da prática pelos idosos como, por exemplo, a oportunidade de conhecer pessoas e realização de atividades com grupos de mesma faixa etária (SOUZA, D. L. D.; VENDRUSCULO, 2010), a melhora da postura, manutenção da forma física, sentimento de prazer e bem-estar provocado pelo ambiente (FREITAS et al., 2007). Verifica-se, ainda, que os usuários têm atingido o proposto pelas principais recomendações de atividade física no que diz respeito à frequência semanal, mas quase metade deles não atingem a recomendação mínima diária. O American College of Sports Medicine (ACSM), por exemplo, indica que sejam praticados 30 minutos de atividade física moderada, 5 dias por semana, totalizando 150 minutos semanais, sendo essa recomendação proposta, também, por outras organizações como o American Heart Association (AHA) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

A maioria (83,2%) dos idosos entrevistados neste estudo relataram morarem no mesmo bairro onde se encontra instalada a academia que frequentam, locomovendo-se, em grande parte, a pé para esses espaços (72,5%). Dado que caminhar diariamente pode contribuir de maneira significativa para que uma população alcance níveis recomendados de atividade física (BUEHLER et al., 2011), faz-se importante desenvolver estratégias com a finalidade de encorajar o hábito de caminhar até as academias com os demais idosos, objetivando aumentar seus níveis de atividade física.

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre grupos que frequentam academias localizadas em bairros de rendas médias distintas no que diz respeito ao encaminhamento por profissional de saúde ($p=0,002$) e à utilização dos painéis de orientação presentes em cada uma das academias ($p=0,000$). Indivíduos do grupo de menor renda média foram aqueles que mais iniciaram a frequentar os espaços após recomendação de profissional de saúde e que menos utilizavam os painéis de orientação. É possível que os indivíduos que frequentam as academias localizadas em bairros de maior renda média tenham mais acesso a

informação sobre os benefícios da prática de atividade física, de maneira que o início da prática tenha se dado por vontade própria, explicando essa diferença no que diz respeito ao encaminhamento profissional, ainda, essa condição também poderia explicar a não-utilização do painel pelos indivíduos que frequentam academias localizadas em bairros de menor renda média, uma vez que por não estarem cientes dos benefícios da prática sistematizada de atividade física, negligenciam o uso do painel.

Indivíduos com aparência saudável frequentemente se envolvem em atividades de intensidade baixa a moderada sem avaliação médica (KOKUBUN et al., 2007). Neste estudo, quase metade dos indivíduos (49,5%) não realizaram avaliação médica antes de iniciar a prática de exercícios e, ainda, poucos (21,7%) procuraram orientação com profissional de educação física, indo contra o indicado pelo American College of Sports Medicine (2013), que recomenda que seja feito, antes do início da prática de atividade física, o rastreamento de condições como a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares, pulmonares, renais e metabólicas que requerem atenção especial. Cabe dizer, ainda, que a supervisão em programas de atividade física possibilita um maior nível de atividade física em comparação a programas sem supervisão (GOBBI; MENEZES; TANAKA, 2012).

A prática de outras modalidades de exercício foi relatada pela maioria (84%) dos sujeitos entrevistados neste estudo, caracterizando-se como um importante complemento para que se possa atingir as recomendações semanais de atividade física por esses sujeitos. Ainda, grande parte dos entrevistados (74,6%) relataram praticar exercícios antes de começarem a frequentar as academias, sendo que, pouco mais da metade (55,3%) praticava esportes quando jovens. Uma vez que hábitos de atividade física adquiridos durante a juventude, tendem a se manter durante toda a vida (ALVES et al., 2005), evidencia-se a importância do desenvolvimento de políticas de prática de atividade física entre indivíduos de todas as idades, buscando proporcionar a esses um envelhecimento ativo que pode contribuir, a longo prazo, para uma velhice mais saudável.

Foram encontradas, nas variáveis “prática corporal alternativa” ($p=0,002$) e “frequentou academias particulares” ($p=0,002$), diferenças estatisticamente significantes entre os grupos que frequentam academias localizadas em bairros de rendas médias diferentes. Participantes de práticas alternativas, como por exemplo o yoga e o tai chi, demonstram humor, saúde mental e sono significativamente melhores em comparação a indivíduos praticantes de outras modalidades de exercício (SIDDARTH; SIDDARTH; LAVRETSKY, 2014). Como os indivíduos do grupo de melhor renda média, possivelmente, apresentam melhor condição econômica, isso facilitaria o acesso a essas práticas por parte desses sujeitos, explicando a

diferença encontrada. Da mesma maneira, uma melhor renda média também poderia facilitar o acesso a academias particulares.

O turno da manhã foi aquele mais preferido (59,4%) entre os idosos entrevistados para se frequentar as academias para a terceira idade. No que diz respeito à frequência durante os finais de semana, identificou-se que menos de um terço (31%) dos idosos entrevistados fazia uso dos mesmos nesse período, proporção menor do que a encontrada em outra investigação realizada com sujeitos de todas as idades usuários de academias ao ar-livre, onde 56,5% dos sujeitos relataram frequentar as academias durante os finais de semana (SOUZA, C. et al., 2014). Verificou-se, no que diz respeito ao turno, diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$) entre os grupos que frequentam academias localizadas em bairros de diferentes rendas médias, identificando-se que o grupo frequenta academias localizadas em bairros de renda média maior preferem utilizar os equipamentos durante o turno da manhã. Ainda, apesar de não ter apresentado diferença estatisticamente significativa, a proporção de indivíduos desse grupo que frequentam as academias durante os finais de semana também é menor. A percepção de segurança poderia explicar as proporções encontradas, uma vez que há uma alta percepção negativa de segurança para se frequentar as academias durante a noite em comparação com a frequência durante a manhã.

Também foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que se refere à frequência anterior do espaço onde se encontra instalada as academias ($p=0,001$). Nesse contexto, essa diferença pode ter se dado em virtude de uma melhor manutenção dos espaços frequentados pelos indivíduos do grupo que frequenta as academias localizadas em bairros de maior renda média, o que poderia incentivar uma maior frequência desses espaços. Neste estudo, poucos sujeitos (1,1%) relataram ter sofrido algum problema de saúde, se acidentado ou sofrido queda enquanto utilizavam os equipamentos das academias, uma informação positiva tendo em vista que a prevalência de traumas tem aumentado de maneira significativa em idosos nos últimos anos, identificando-se a prática de atividade física, cada vez mais comum entre os indivíduos dessa faixa etária, como um fator de risco crescente para acidentes (SOUZA, J. A. G. D.; IGLESIAS, 2002).

Foi encontrada, neste estudo, uma proporção de 34,8% de idosos que relataram praticar seus exercícios na companhia de alguém. Em uma investigação realizada com indivíduos de todas as idades, verificou-se que 37,5% dos frequentadores das academias utilizavam os equipamentos acompanhados (SOUZA, C. et al., 2014). Foi observado, ainda, nesta investigação, que o cônjuge foi a companhia mais frequente, acompanhando o correspondente a 46,9% dos sujeitos.

A maioria dos idosos entrevistados neste estudo relataram conhecer algum outro idoso que poderia estar fazendo uso dos equipamentos das academias para a prática de exercícios. O provável motivo mais apontado para a não utilização dos equipamentos por parte desses idosos foi o comodismo (54,6%). Uma pesquisa realizada com idosos de São José (SC), identificou a falta de ânimo, comodismo e preguiça como os principais impeditivos para a prática de atividade física entre indivíduos sedentários (DE ANDRADE et al., 2008). O suporte familiar é um importante motivador para a prática de exercícios, encontrando-se entre as características pessoais que determinam a prática de atividade física por idosos, estando associado ao nível de atividade física (KING, 2001). Quase dois terços dos idosos entrevistados neste estudo (66%) disseram receber incentivo familiar para a prática de exercícios físicos. Outra investigação, realizada com frequentadores de academias ao ar-livre de todas as idades, identificou que 58,6% dos usuários recebiam algum nível de apoio social da família para a utilização dos equipamentos (SOUZA, C. et al., 2014).

Identificou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos que frequentam academias localizadas em bairros de rendas médias distintas quanto aos objetivos “relaxamento” ($p=0,001$) e “convívio social” ($p=0,000$). Para o primeiro objetivo, verifica-se que uma maior proporção de indivíduos do grupo de renda média menor acessa a academia com essa finalidade ao passo que, no segundo objetivo, verifica-se uma proporção maior de sujeitos do grupo de renda média maior que frequentam as academias com essa finalidade. Verifica-se, assim, que a socialização parece ser um objetivo mais importante para os sujeitos do grupo de renda média maior que frequentam as academias ao passo que os indivíduos do grupo de renda média menor enxergam o ato de frequentarem as academias como um meio de liberar a tensão do dia-a-dia.

Quase metade (48,1%) dos idosos entrevistados neste estudo relataram ter percebido diminuição de seu peso após começarem a frequentar as academias, o que pode indicar que a sua utilização pode estar contribuindo para o enfrentamento da obesidade, que se caracteriza como um importante problema de saúde pública, tornando-se necessário criar parâmetros para mudar significativamente esse contexto, principalmente por meio da atividade física que, de maneira geral, contribui para o emagrecimento, tornando-a um fator importante para a prevenção e tratamento dessa condição (DA SILVA FILHO, 2013). Ainda, no que concerne a percepção subjetiva de melhora de saúde, uma grande quantidade de idosos (93,6%) relataram sentir que sua vida melhorou depois que começaram a frequentar as academias. É possível, dessa maneira, observar a influência da prática de exercícios na percepção de saúde

dos idosos que frequentam as academias, contribuindo significativamente para o aumento da qualidade de vida e da saúde desses indivíduos.

De uma maneira geral, a maioria dos sujeitos de ambos os grupos relataram estarem satisfeitos com a quantidade (73%) e qualidade (62,8%) dos equipamentos das academias, bem como relataram sentirem-se seguros (74,6%) nos ambientes onde essas se encontram instaladas. Entretanto, ressalta-se a necessidade de manutenção apropriada dos equipamentos, pelo fato de que o estado de manutenção de algumas estruturas está associado, especificamente, a um maior nível de atividade física (HALLAL et al., 2009). Da mesma maneira, deve-se propiciar segurança adequada para a prática de atividade física pelos frequentadores, para que a violência não seja encarada como uma barreira para a utilização dos equipamentos, como foi percebido em um estudo com a finalidade de identificar barreiras para a prática de exercícios percebidas por idosos de Rio Claro (SP) (NASCIMENTO, C. M. C. et al., 2008) e outro estudo com o objetivo de analisar barreiras para a prática de atividade física em usuários de um parque público paranaense (SILVA; PETROSKI; REIS, 2009).

7.4 Características antropométricas

O excesso de peso caracteriza-se como uma condição que acarreta problemas de saúde em todas as faixas etárias, aumentando o risco de problemas crônico-degenerativos, tendo sido verificada uma prevalência de excesso de peso em idosos brasileiros de 45,1% (DA SILVA et al., 2011).

Neste estudo 42,8% dos idosos apresentavam excesso de peso. Uma investigação realizada com sujeitos de todas as idades que frequentavam academias ao ar livre, observou que 60,9% encontravam-se com excesso de peso (SOUZA, C. et al., 2014). Tendo em vista a prevalência de excesso de peso observada neste estudo e os problemas acarretados em virtude dessa condição, verifica-se a necessidade de desenvolvimento de ações para mudar esse quadro nessa população.

7.5 Limitações do estudo e recomendações

Destaca-se como limitação deste estudo a utilização de informações autorrelatadas, tornando-as passivas de vieses de memória e, ainda, de aferição, uma vez que não foram realizados os respectivos procedimentos de anamnese clínica pelos próprios pesquisadores como, por exemplo, a aferição da pressão arterial por meio da utilização de um

esfigmomanômetro, que pudessem caracterizar mais precisamente o diagnóstico para determinadas patologias.

Durante o período de coleta de dados, tendo em vista que a realização da entrevista se dava em espaços públicos ao ar-livre, alterações climáticas inesperadas e questões de segurança impossibilitaram que se pudesse obter uma amostra mais homogênea, que se distribuisse de maneira semelhante entre os bairros, e representativa.

Tendo em vista os resultados obtidos, percebe-se a importância de implementação de medidas no Programa Academias Ao Ar-Livre para a Terceira Idade que possibilitem uma maior adesão de sujeitos em idade mais avançada, principalmente tendo em vista o declínio nos níveis de atividade física em decorrência da idade, bem como, também, uma maior adesão de sujeitos não-brancos, não-casados e com nível de escolaridade mais baixo, tendo em vista os níveis mais baixos de atividade física encontrados nessas categorias. Ainda, são necessárias medidas que possam levar a uma maior adesão de idosos que ainda se encontram exercendo alguma atividade profissional e, também, a adesão e manutenção de um estilo de vida ativo por parte de idosos aposentados ou pensionistas.

Deve-se proporcionar, também, dado como diferentes condições de saúde se manifestam nessa população, o acompanhamento qualificado desses indivíduos, de maneira que eles possam realizar os exercícios sem prejuízo à sua saúde, sendo necessárias estratégias para garantir a manutenção da prática de exercícios, atingindo-se as recomendações de prática de atividade física, de maneira que se possam obter todos os benefícios provenientes de um estilo de vida ativo. São necessárias, ainda, ações que oportunizem uma maior adesão de idosos, tendo em vista, principalmente, a baixa prevalência de em indivíduos com algumas condições específicas. Assim, o encaminhamento para a utilização desses espaços pelos profissionais de diferentes níveis de atenção à saúde, por exemplo, pode ser de grande ajuda para potencializar o alcance do programa, principalmente no contexto da atenção básica.

Monitorar adequadamente os espaços das Academias Ao Ar Livre para a Terceira Idade também se faz importante. Assim, é preciso garantir a correta manutenção dos equipamentos, bem como outras questões estruturais como iluminação ambiental e presença de desníveis que podem potencializar o risco de acidentes, evitando o abandono da prática de exercício físico pelo idoso.

8 CONCLUSÃO

De uma maneira geral, os idosos que utilizam os equipamentos das Academias ao Ar-Livre para a Terceira Idade apresentam um perfil jovem que parece indicar que já possuem, em sua maioria, conhecimento sobre os benefícios da prática de atividade física, principalmente tendo em vista como diferentes condições de saúde e o padrão de utilização dos equipamentos se manifestam nessa população.

As poucas diferenças estatísticas encontradas entre os grupos que utilizam as academias instaladas em localizações de condições econômicas distintas apontam para a eficácia dessa intervenção, atingindo a população alvo de maneira uniforme independentemente da situação econômica em que os sujeitos se encontram inseridos.

Entretanto, ainda é necessário o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a adesão e manutenção da prática de atividade física nas Academias por parte de sujeitos em idade mais avançada, não-brancos, não-casados e com nível mais baixo de escolaridade, em virtude da baixa presença por parte desses identificada nas Academias, bem como intervenções que possibilitem uma maior prática por indivíduos que se encontram exercendo alguma atividade profissional e a adoção de um estilo de vida ativo por parte de idosos aposentados ou pensionistas.

Ainda, deve-se buscar monitorar as características clínicas dos idosos com a finalidade de proporcionar a melhora dessas condições e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos usuários dos equipamentos por meio da prática adequada de atividade física.

Tendo em vista o padrão de utilização dos usuários, identifica-se a importância da manutenção apropriada dos equipamentos, de maneira a garantir uma continuidade em relação à prática de exercícios pelos usuários, bem como incentivar a adesão por parte de outros idosos, garantindo segurança e orientação para a execução das atividades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, J. G. B.; MONTENEGRO, F. M. U.; OLIVEIRA, F. A.; ALVES, R. V. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Rev Bras Med Esporte**, v. 11, n. 5, p. 291-4, 2005.
- BAERT, V.; GORUS, E.; METS, T.; BAUTMANS, I. Motivators and barriers for physical activity in older adults with osteoporosis. **Journal of geriatric physical therapy**, v. 38, n. 3, p. 105-114, 2015.
- BARETTA, E.; BARETTA, M.; PERES, K. G. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil Physical activity and associated factors among adults in Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1595-602, 2007.
- BARNETT, I.; VAN SLUIJS, E. M.; OGILVIE, D. Physical activity and transitioning to retirement: a systematic review. **American journal of preventive medicine**, v. 43, n. 3, p. 329-336, 2012.
- BAUMAN, A. E.; REIS, R. S.; SALLIS, J. F.; WELLS, J. C.; LOOS, R. J.; MARTIN, B. W.; GROUP, L. P. A. S. W. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **The lancet**, v. 380, n. 9838, p. 258-271, 2012.
- BEDIMO-RUNG, A. L.; MOWEN, A. J.; COHEN, D. A. The significance of parks to physical activity and public health: a conceptual model. **American journal of preventive medicine**, v. 28, n. 2, p. 159-168, 2005.
- BORER, K. T. Physical activity in the prevention and amelioration of osteoporosis in women. **Sports medicine**, v. 35, n. 9, p. 779-830, 2005.
- BRASIL. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. 2006.
- BRASIL. Câmara Municipal de Fortaleza. Projeto de Indicação nº 0360/2013. 2013.
- BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde. Brasília. 2011.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso (2003)**. Legislação Sobre o Idoso: Lei nº 10.741/03, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2015.
- BRASIL. Governo do Estado do Ceará. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Perfil Municipal de Fortaleza**. Informe nº 42, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Pactos pela Saúde. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Pactos pela Saúde. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília. 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 06 ago. 2015.

BUEHLER, R.; PUCHER, J.; MEROM, D.; BAUMAN, A. Active travel in Germany and the US: contributions of daily walking and cycling to physical activity. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 41, n. 3, p. 241-250, 2011.

CAMÕES, M.; LOPES, C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 208-216, 2008.

CARDOSO, A. S. A.; BORGES, L. J.; MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. B.; KUHNEN, A. P. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. **Movimento (ESEF/UFRGS)**, v. 14, n. 1, p. 225-239, 2008.

CARVALHO, J. A. M. D.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. saúde pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CHODZKO-ZAJKO, W. J.; PROCTOR, D. N.; FIATARONE SINGH, M. A.; MINSON, C. T.; NIGG, C. R.; SALEM, G. J.; SKINNER, J. S. Exercise and Physical Activity for Older Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 41, n. 7, p. 1510-1530, 2009.

CLOSE, J. C.; LORD, S. L.; MENZ, H. B.; SHERRINGTON, C. What is the role of falls? **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 19, n. 6, p. 913-935, 2005.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

COHEN, D. A.; MARSH, T.; WILLIAMSON, S.; DEROSE, K. P.; MARTINEZ, H.; SETODJI, C.; MCKENZIE, T. L. Parks and physical activity: why are some parks used more than others? **Preventive Medicine**, v. 50, p. S9-S12, 2010.

COHEN, D. A.; MCKENZIE, T. L.; SEHGAL, A.; WILLIAMSON, S.; GOLINELLI, D.; LURIE, N. Contribution of public parks to physical activity. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 3, p. 509-514, 2007.

DA SILVA FILHO, J. N. Treinamento de força e seus benefícios voltados para um emagrecimento saudável. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFE)**, v. 7, n. 40, p. 2, 2013.

DA SILVA, V. S.; SOUZA, I.; PETROSKI, E. L.; SILVA, D. A. S. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 4, p. 289-294, 2011.

DE ANDRADE, E. A.; PINTO, A. J. S.; ANDRADE, A. Estados de humor e estilo de vida de idosos ativos e sedentários. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFE)**, v. 2, n. 7, p. 10, 2008.

DE AZEVEDO BARROS, M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETTA, L. M.; CÉSAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. Trends in social and demographic inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil. PNAD: 2003-2008. 2011.

DO AMARAL ZAITUNE, M. P.; DE AZEVEDO BARROS, M. B.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil Variables associated with sedentary leisure time in the elderly in Campinas, São Paulo State, Brazil. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 6, p. 1329-1338, 2007.

DOS SANTOS BARALDI, G.; DE ALMEIDA, L. C.; DE CARVALHO BORGES, A. C. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 1, n. 1, p. 64-70, 2007.

FERNEDA, F.; SEBASTINI, F.; GIUMBELLI, I. C.; MARQUES, P.; BENEDETTI, T. B.; LOPES, M. A. Programa de atividade física para a terceira idade da UFSC: 20 anos a serviço da comunidade. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 2, n. 3, 2005.

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; SILVA, A. O.; SANTOS, W. S. D.; MOREIRA, M. O. Envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 1065-9, 2010.

FIELDING, R. A.; VELLAS, B.; EVANS, W. J.; BHASIN, S.; MORLEY, J. E.; NEWMAN, A. B.; VAN KAN, G. A.; ANDRIEU, S.; BAUER, J.; BREUILLE, D. Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 12, n. 4, p. 249-256, 2011.

FRANCISCO, P. M. S. B.; BELON, A. P.; BARROS, M. B. D. A.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cadernos de Saúde Pública**, 2010.

FREITAS, C.; SANTIAGO, M. D. S.; VIANA, A. T.; LEÃO, A. C.; FREYRE, C. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 9, n. 1, p. 92-100, 2007.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GENNUSO, K. P.; GANGNON, R. E.; MATTHEWS, C. E.; THRAEN-BOROWSKI, K. M.; COLBERT, L. H. Sedentary behavior, physical activity, and markers of health in older adults. **Med Sci Sports Exerc**, v. 45, n. 8, p. 1493-500, 2013.

GISPEN, F. E.; CHEN, D. S.; GENTHER, D. J.; LIN, F. R. Association between hearing impairment and lower levels of physical activity in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 62, n. 8, p. 1427-1433, 2014.

GOBBI, S.; MENEZES, E.; TANAKA, K. Programas supervisionados de atividades físicas estão associados à maior nível de atividade física comparados com não supervisionados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 12, n. 1, p. 3-7, 2012.

GOBBI, S.; CORAZZA, D. I.; COSTA, J. L. R.; UENO, D. T.; GOBBI, L. T. B. Atividade física e saúde no envelhecimento: a experiência do Programa de Atividade Física para a Terceira Idade (PROFIT). **Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo**, v. 283, 2013.

GUIMARÃES, L.; GALDINO, D.; MARTINS, F.; VITORINO, D.; PEREIRA, K.; CARVALHO, E. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Rev Neurocienc**, v. 12, n. 2, p. 68-72, 2004.

HALEY, C.; ANDEL, R. Correlates of physical activity participation in community-dwelling older adults. **J Aging Phys Act**, v. 18, n. 4, p. 375-389, 2010.

HALLAL, P. C.; REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; SANTOS, M. S.; GRANDE, D.; KREMPEL, M. C.; CARVALHO, Y. M.; CRUZ, D. K.; MALTA, D. C. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 2, p. 104-114, 2009.

HALLAL, P. C.; TENÓRIO, M. C. M.; TASSITANO, R. M.; REIS, R. S.; CARVALHO, Y. M.; CRUZ, D. K. A.; DAMASCENA, W.; MALTA, D. C. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, n. 1, p. 70-78, 2010.

HASKELL, W. L.; LEE, I.-M.; 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**, v. 116, n. 9, p. 1081, 2007.

HUNTER, G. R.; MCCARTHY, J. P.; BAMMAN, M. M. Effects of resistance training on older adults. **Sports medicine**, v. 34, n. 5, p. 329-348, 2004.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Coordenação de população e indicadores sociais, projeções da população do Brasil por sexo e faixa etária. Revisão 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

ISER, B. P. M.; STOPA, S. R.; CHUEIRI, P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, H. O. D. C.; DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 305-314, 2015.

KERR, J.; SALLIS, J. F.; SAELENS, B. E.; CAIN, K. L.; CONWAY, T. L.; FRANK, L. D.; KING, A. C. Outdoor physical activity and self rated health in older adults living in two regions of the US. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 9, n. 1, p. 1, 2012.

- KING, A. C. Interventions to promote physical activity by older adults. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. suppl 2, p. 36-46, 2001.
- KNUTH, A. G.; BACCHIERI, G.; VICTORA, C. G.; HALLAL, P. C. Changes in physical activity among Brazilian adults over a 5-year period. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 64, n. 7, 2010.
- KOKUBUN, E.; LUCIANO, E.; SIBUYA, C. Y.; QUEIROGA, M. R.; RIBEIRO, P. A. B.; SILVEIRA, R. F.; NAKAMURA, P. M. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 12, n. 1, p. 45-53, 2007.
- KRUCHELSKI, S.; RAUCHBACH, R.; VÖRÖS, A. Curitiba gestão nas cidades voltada à promoção da atividade física, esporte, saúde e lazer: avaliação, prescrição e orientação de atividades físicas e recreativas, na promoção de saúde e hábitos saudáveis da população curitibana. **Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba**, 2005.
- LEE, I.-M.; SHIROMA, E. J.; LOBELO, F.; PUSKA, P.; BLAIR, S. N.; KATZMARZYK, P. T.; GROUP, L. P. A. S. W. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.
- LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. The Bambuí Cohort Study of Aging: methodology and health profile of participants at baseline. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. s327-s335, 2011.
- LIMA, D. C.; ALMEIDA, J. D.; MARQUES, K. P. P.; LIMA, T. V. D.; CASTILHO, C. J. M. D. A Distribuição Espacial do Programa Academia da Cidade, em Recife/Brasil. **Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**, v. 1, n. 2, p. 153-165, 2012.
- LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.
- LITVOC, J.; BRITO, F. C. D. **Envelhecimento prevenção e promoção da saúde**. Atheneu, 2004.
- MALTA, D. C.; DA SILVA, J. B. Policies to promote physical activity in Brazil. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 195-196, 2012.
- MANCUSO, C. A.; CHOI, T. N.; WESTERMANN, H.; WENDEROTH, S.; WELLS, M. T.; CHARLSON, M. E. Improvement in asthma quality of life in patients enrolled in a prospective study to increase lifestyle physical activity. **Journal of Asthma**, v. 50, n. 1, p. 103-107, 2013.
- MANINI, T. M.; CLARK, B. C. Dynapenia and aging: an update. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, p. glr010, 2011.
- MATSUDO, S.; MATSUDO, V.; ARAUJO, T.; ANDRADE, D.; OLIVEIRA, L.; SILVA, M. S. E. L. DO DIAGNÓSTICO À AÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA AGITA SÃO

PAULO NA PROMOÇÃO DO ESTILO DE VIDA ATIVO. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**• Volume, v. 13, n. 3, 2008.

MEDINA, F. L.; LOBO, F. D. S.; SOUZA, D. D.; KANEGUSUKU, H.; FORJAZ, C. D. M. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 17, n. 2, p. 103-6, 2010.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.

MENDES, A. D. C. G.; DE SÁ, D. A.; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras The public healthcare system in the context of Brazil's demographic transition: current. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

MODENEZE, D. M.; DA SILVA MACIEL, É.; JÚNIOR, G. D. B. V.; SONATI, J. G.; VILARTA, R. Perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos: qualidade de vida associada com renda, escolaridade e morbidades. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 18, n. 2, 2013.

MORAES, E. N. D. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. In: (Ed.). **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**: OPAS, 2012.

MORLEY, J. E.; ABBATECOLA, A. M.; ARGILES, J. M.; BARACOS, V.; BAUER, J.; BHASIN, S.; CEDERHOLM, T.; COATS, A. J. S.; CUMMINGS, S. R.; EVANS, W. J. Sarcopenia with limited mobility: an international consensus. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 12, n. 6, p. 403-409, 2011.

MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta Brasileira: características sociodemográficas e tendência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. suppl 1, p. 61-70, 2011.

NASCIMENTO, C. M. C.; GOBBI, S.; HIRAYAMA, M. S.; BRAZÃO, M. C. NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E AS PRINCIPAIS BARREIRAS PERCEBIDAS POR IDOSOS DE RIO CLARO-DOI: 10.4025/reveducfis. v19i1. 4321. **Journal of Physical Education**, v. 19, n. 1, p. 109-118, 2008.

NETTO, M. P. **Tratado de gerontologia**. Atheneu, 2007.

ORGANIZATION, W. H. Global recommendations on physical activity for health. 2010.

PALÁCIOS, A. R. O. P.; NARDI, A. C. F. Academia da Terceira Idade: promoção da saúde e atividade física em Maringá. **Divulg. saúde debate**, n. 40, p. 71-76, 2007.

PAPÉLO NETTO, M.; BRITO, F. C. D. Urgências em geriatria. In: (Ed.). **Urgências em geriatria**: Atheneu, 2001.

PAULO, T. R. Programa Academia da Terceira Idade no município de Uberaba/MG. **Arquivos de Ciências do Esporte**, v. 1, n. 1, 2013.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n. 1, p. 1-10, 2008.

PETTEE, K. K.; BRACH, J. S.; KRISKA, A. M.; BOUDREAU, R.; RICHARDSON, C. R.; COLBERT, L. H.; SATTERFIELD, S.; VISSER, M.; HARRIS, T. B.; AYONAYON, H. N. Influence of marital status on physical activity levels among older adults. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 38, n. 3, p. 541-546, 2006.

PIRO, F. N.; NÆSS, Ø.; CLAUSSEN, B. Physical activity among elderly people in a city population: the influence of neighbourhood level violence and self perceived safety. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 7, p. 626-632, 2006.

PONTES, R.; RAMOS-JÚNIOR, A.; KERR, L.; BOSI, M.; MEDRONHO, R.; BLOCH, K.; LUIZ, R.; WERNECK, G. Transição demográfica e epidemiológica. **Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2a Ed. São Paulo: Editora Atheneu**, p. 123-52, 2009.

POSSAMAI, L.; ZOGO, A.; BONI, J.; JACQUES, M.; DORST, L.; DORST, D. Fitness for elders: A comparison between practioners and non-practioners of exercise. **AGE**, v. 37, n. 3, p. 1-8, 2015/04/17 2015.

RAY, C. T.; WOLF, S. L. Review of intrinsic factors related to fall risk in individuals with visual impairments. **J Rehabil Res Dev**, v. 45, n. 8, p. 1117-24, 2008.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso. **Cad. saúde pública**, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

SALLIS, J. F.; CERIN, E.; CONWAY, T. L.; ADAMS, M. A.; FRANK, L. D.; PRATT, M.; SALVO, D.; SCHIPPERIJN, J.; SMITH, G.; CAIN, K. L. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. **The Lancet**, v. 387, n. 10034, p. 2207-2217, 2016.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; E SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SEBASTIÃO, É.; CHRISTOFOLETTI, G.; GOBBI, S.; HAMANAKA, Á. Y. Y.; GOBBI, L. T. B. Physical activity, quality of life and medication in aging: differences between age and gender. **Brazilian Journal of Kinanthropometry and Human Performance**, v. 11, n. 2, p. 210-216, 2009.

SHIH, M.; HOOTMAN, J. M.; KRUGER, J.; HELMICK, C. G. Physical activity in men and women with arthritis: National Health Interview Survey, 2002. **American journal of preventive medicine**, v. 30, n. 5, p. 385-393, 2006.

SHIU-THORNTON, S.; SCHWARTZ, S.; TAYLOR, M.; LOGERFO, J. Older adult perspectives on physical activity and exercise: voices from multiple cultures. 2004.

- SIDDARTH, D.; SIDDARTH, P.; LAVRETSKY, H. An Observational Study of the Health Benefits of Yoga or Tai Chi compared to Aerobic Exercise in Community-Dwelling Middle-Aged and Older Adults. **The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry**, v. 22, n. 3, p. 272, 2014.
- SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L.; REIS, R. S. Barreiras e facilitadores de atividades físicas em frequentadores de parques públicos. **Motriz**, v. 15, n. 2, p. 219-27, 2009.
- SOUZA, C.; FERMINO, R.; AÑEZ, C.; REIS, R. Perfil dos frequentadores e padrão de uso das academias ao ar livre em bairros de baixa e alta renda de Curitiba-PR. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 1, p. 86, 2014.
- SOUZA, D. L. D.; VENDRUSCULO, R. Fatores determinantes para a continuidade da participação de idosos em programas de atividade física: a experiência dos participantes do projeto “Sem Fronteiras”. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, v. 24, n. 1, p. 95-105, 2010.
- SOUZA, J. A. G. D.; IGLESIAS, A. C. R. Trauma in the elderly. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 1, p. 79-86, 2002.
- SUGIYAMA, T.; THOMPSON, C. W. Older people's health, outdoor activity and supportiveness of neighbourhood environments. **Landscape and Urban Planning**, v. 83, n. 2, p. 168-175, 2007.
- SUN, F.; NORMAN, I. J.; WHILE, A. E. Physical activity in older people: a systematic review. **BMC public health**, v. 13, n. 1, p. 449, 2013.
- THOMPSON COON, J.; BODDY, K.; STEIN, K.; WHEAR, R.; BARTON, J.; DEPLEDGE, M. H. Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review. **Environmental science & technology**, v. 45, n. 5, p. 1761-1772, 2011.
- TIERNEY, M.; FRASER, A.; NORELEE, K. Physical activity in rheumatoid arthritis: a systematic review. 2012.
- TROST, S. G.; OWEN, N.; BAUMAN, A. E.; SALLIS, J. F.; BROWN, W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 34, n. 12, p. 1996-2001, 2002.
- UN, D. **World Population Prospects: The 2012 Revision**: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division New York, NY, USA 2013.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.
- VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C.; CARDOSO, A. S. A.; DIAS, R. G.; BALBÉ, G. P. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 23-31, 2012.

WIJLHUIZEN, G. J.; DE JONG, R.; HOPMAN-ROCK, M. Older persons afraid of falling reduce physical activity to prevent outdoor falls. **Preventive medicine**, v. 44, n. 3, p. 260-264, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. de S Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO; 2010.

ZAITUNE, M. P. D. A.; BARROS, M. B. D. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 285-294, 2006.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado como participante de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Convidamos o senhor(a) a participar da pesquisa intitulada “PERFIL DOS IDOSOS USUÁRIOS DAS ACADEMIAS PARA A TERCEIRA IDADE DE FORTALEZA”. Se autorizados, pediremos ao senhor(a) que responda perguntas de um questionário, bem como mediremos seu peso, sua altura e a sua pressão arterial. Objetivamos, por meio desta investigação, determinar o perfil dos idosos que utilizam as Academias para a Terceira Idade em Fortaleza tendo em vista conhecer melhor o público atingido pela iniciativa com a finalidade de aperfeiçoá-la assim como outras semelhantes. O questionário possui perguntas que podem causar desconforto, bem como ao medir seu peso/altura/pressão arterial, pode haver desconforto com possíveis contatos físicos. Será mantido o sigilo das informações obtidas que serão utilizadas com o único fim de desenvolver esta pesquisa. Você não será submetido a despesas financeiras, nem receberá qualquer gratificação ou pagamento pela participação neste estudo. Você poderá, a qualquer momento, recusar-se a continuar participando da pesquisa e, também, poderá retirar o seu consentimento sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e a divulgação das informações mencionadas só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Nome: Wesley Lessa Pinheiro, João Macedo Coelho Filho

Instituição: Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608. Bloco Didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo. Fortaleza, Ceará Brasil. CEP: 60.430-140.

Telefones para contato: (85) 99737 1234

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG:_____.declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome da testemunha: _____ Data: ____/____/____

Assinatura(se o voluntário não souber ler): _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

Primeira seção: identificação e questões socioeconômicas

Formulário nº: |_|_|_|_|

| | | |
|-----|---------------------------------|---|
| 01. | Nome: | |
| 02. | Data de nascimento: | |
| 03. | Idade: | |
| 04. | Sexo: | () Masculino – 0 () Feminino – 1 |
| 05. | Etnia: | () Branca – 0 () Afro-descendente – 1 () Amarela – 2 () Parda – 3 |
| 06. | Estado civil: | () Casado – 0 () Solteiro – 1 () Divorciado – 2 () Viúvo – 3 |
| 07. | Escolaridade | () Nenhum ou primário incompleto – 0 () Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (primeiro grau) incompleto – 1 () Ginásial (primeiro grau) completo ou colegial (segundo grau) incompleto – 2 () Colegial (segundo grau) completo ou superior incompleto – 3 () Superior completo – 4 |
| 08. | Trabalha atualmente? | () Sim – 1 () Não – 2 |
| 09. | Recebe pensão ou aposentadoria? | () Sim – 1 () Não – 2 |

Segunda seção: anamnese clínica

| | | |
|-----|---|--|
| 10. | Utiliza óculos para corrigir problema de visão? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 11. | Utiliza aparelho para corrigir problema de audição? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 12. | Realizou alguma cirurgia nos últimos cinco anos? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 13. | Artrite? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 14. | Artrose? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 15. | Osteoporose? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 16. | Colesterol alto? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 17. | Labirintite? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 18. | Diabetes? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 19. | Hipertensão arterial (Pressão alta)? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 20. | Possui marca-passo? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 21. | Insuficiência renal? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 22. | Asma? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 23. | Já sofreu alguma queda? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 24. | Fuma? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 25. | Bebe? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 26. | Medicações: | |
| | | |
| 27. | Problemas cardíacos: | |
| | | |

Terceira seção: perfil de utilização das academias para a terceira idade

| | | |
|-----|--|--|
| 28. | Há quanto tempo utiliza a academia? | <input type="checkbox"/> Menos de um mês – 0 <input type="checkbox"/> Um mês a quatro meses – 1 <input type="checkbox"/> Cinco meses a oito meses – 2 <input type="checkbox"/> nove meses a um ano – 3 <input type="checkbox"/> Mais de um ano – 4 |
| 29. | Quanto tempo, em média, passa na academia? | <input type="checkbox"/> Até 30 minutos – 0 <input type="checkbox"/> De 30 minutos a 1 hora – 1 <input type="checkbox"/> Mais de 1 hora – 2 |
| 30. | Quantos dias frequenta a academia durante a semana? | |
| 31. | Mora no mesmo bairro em que se encontra a academia? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 32. | Como se locomove até a academia? | <input type="checkbox"/> A pé – 0 <input type="checkbox"/> Veículo particular – 1 <input type="checkbox"/> Transporte público – 2 |
| 33. | Foi encaminhado por algum profissional? (Caso o sujeito responda “Não”, pular para a questão 35) | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 34. | Qual profissional? | |
| 35. | Pratica alguma atividade física além da academia? (Caso o sujeito responda “Não”, pular para a questão 37) | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 36. | Qual atividade? | |
| 37. | Fez avaliação médica antes de começar a se exercitar na academia? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 38. | Procurou orientação com profissional de educação física? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 39. | Utiliza a academia sozinho ou acompanhado? (Caso o sujeito responda “Sozinho”, pular para a questão 41) | <input type="checkbox"/> Sozinho – 0 <input type="checkbox"/> Acompanhado – 1 |
| 40. | Qual seu vínculo com o acompanhante? | |
| 41. | Prefere utilizar a academia em que turno do dia? | <input type="checkbox"/> Manhã – 0 <input type="checkbox"/> Tarde – 1 <input type="checkbox"/> Noite – 2 |
| 42. | Utiliza a academia durante os finais de semana? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 43. | Você utiliza o painel de orientações disponibilizado na academia? | <input type="checkbox"/> Sim – 0 <input type="checkbox"/> Não – 1 |
| 44. | Quais os seus objetivos ao utilizar a academia? | <input type="checkbox"/> Condicionamento físico – 0 <input type="checkbox"/> Relaxamento – 1 (diminuição do stress) |

| | | |
|-----|---|--|
| | | () Emagrecimento – 2 () Convívio social – 3 () Qualidade de vida – 4 () Outros: _____ |
| 45. | Você está satisfeito com a quantidade de equipamentos? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 46. | Você está satisfeito com a qualidade dos equipamentos? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 47. | Você está satisfeito com as instalações adicionais (banheiros e bebedouro)? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 48. | Você se sente seguro no ambiente em que a academia está instalada? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 49. | Você já frequentava este local antes da instalação da academia? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 50. | Você já praticava algum outro exercício antes de começar a frequentar a academia? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 51. | Você acha que a sua vida melhorou depois de começar a frequentar a academia? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 52. | Você é adepto de outras práticas alternativas de exercícios como, por exemplo, ioga ou tai-chi-chuan? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 53. | Você foi praticante de esportes quando mais jovem? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 54. | Sua família lhe incentiva a vir para a academia? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 55. | Conhece outros idosos que poderiam estar frequentando a academia e não vêm? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 56. | Por qual razão eles não vêm? | |
| 57. | Já sofreu problemas de saúde, acidentes ou quedas nas sessões de exercício? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 58. | Percebeu diminuição ou aumento de peso? | () Sim – 0 () Não – 1 |
| 59. | Já frequentou academias privadas? | () Sim – 0 () Não – 1 |

PESO:

ALTURA:

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil dos Idosos Usuários das Academias para a Terceira Idade da Cidade de Fortaleza

Pesquisador: Wesley Lessa Pinheiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50430115.3.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.320.650

Apresentação do Projeto:

O protocolo de estudo intitulado Perfil dos Idosos Usuários das Academias para a Terceira Idade da Cidade de Fortaleza trata-se de projeto de dissertação de mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária - UFC, do aluno Wesley Lessa Pinheiro sob orientação do professor João Macedo Coelho Filho. O protocolo pretende investigar o perfil epidemiológico dos idosos usuários das Academias para a Terceira idade de Fortaleza, visando identificar grupos de risco e a maneira como as academias são utilizadas. Para tal, idealizar-se-á um estudo transversal que investigará as características dos idosos que utilizam as Academias para a Terceira Idade instaladas em espaços públicos de Fortaleza.

O estudo será conduzido nas Academias para a Terceira Idade já instaladas e em funcionamento na cidade de Fortaleza, situadas nos bairros: Benfica, Vila União, Centro, Prefeito José Walter, Cidade dos Funcionários, Passaré, João XIII, Demócrito Rocha, Vila Velha, Granja Lisboa e Cocó.

A população do estudo serão de 378 indivíduos idosos (assim determinados como indivíduos cuja idade é maior ou igual a 65 anos), utilizadores das Academias para a Terceira Idade, que sejam frequentadores das academias há pelo menos um mês.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.320.650

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Investigar o perfil epidemiológico dos idosos usuários das Academias para a Terceira idade de Fortaleza, visando identificar grupos de risco e a maneira como as academias são utilizadas.

Objetivos específicos:

Verificar o perfil socioeconômico dos idosos usuários das Academias para a Terceira Idade de Fortaleza.

Descrever o perfil clínico dos idosos usuários das Academias para a Terceira Idade de Fortaleza.

Identificar o padrão de utilização dos usuários das Academias para a Terceira Idade quanto ao seu funcionamento.

Verificar diferenças de perfil entre homens e mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O sujeito pode se sentir desconfortável ao responder as questões do questionário, principalmente aquelas referentes às patologias. Ainda, pode haver desconforto a eventuais toques durante a aferição de peso, altura e pressão arterial.

Benefícios:

Esta pesquisa caracteriza-se como um importante meio para se conhecer melhor o público atingido pelo projeto, com o objetivo de aperfeiçoar estratégias de intervenção dentro da iniciativa. Esta investigação, ainda, pode contribuir de maneira significativa para o desenvolvimento e implantação de outros modelos de políticas públicas de atividade física, objetivando a promoção da saúde dos sujeitos idosos e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo de estudo detalhado e claro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ**



Continuação do Parecer: 1.320.650

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, salvo melhor juízo desse colegiado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_605270.pdf | 15/10/2015 09:13:20 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf | 15/10/2015 09:11:15 | Wesley Lessa Pinheiro | Aceito |
| Outros | DECLARACAO_AUTORIZACAO.pdf | 15/10/2015 09:10:57 | Wesley Lessa Pinheiro | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 15/10/2015 09:09:55 | Wesley Lessa Pinheiro | Aceito |
| Outros | CARTA_SOLICITACAO.pdf | 15/10/2015 09:09:33 | Wesley Lessa Pinheiro | Aceito |
| Outros | CURRICULO_LATTES.pdf | 15/10/2015 09:08:44 | Wesley Lessa Pinheiro | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 15/10/2015 09:07:45 | Wesley Lessa Pinheiro | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 15/10/2015 09:07:15 | Wesley Lessa Pinheiro | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_DETALHADO.pdf | 15/10/2015 09:06:50 | Wesley Lessa Pinheiro | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 09/10/2015 15:02:56 | Wesley Lessa Pinheiro | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.320.650

FORTALEZA, 12 de Novembro de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br