

Percepções e experiências de idosos com a atividade *Sit-to-stand*: Um estudo etnográfico de pré-viabilidade*

Uirá Duarte Wisnesky^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-0643-6097>

Joanne Olson²

 <https://orcid.org/0000-0002-8702-3605>

Pauline Paul²

 <https://orcid.org/0000-0002-7535-6250>

Sherry Dahlke²

 <https://orcid.org/0000-0001-6599-3101>

Destaques: **(1)** O cuidado com os idosos também deve ser considerado a partir do contexto cultural. **(2)** Os planos de cuidado para as pessoas idosas devem considerar suas experiências. **(3)** Os enfermeiros devem apoiar os idosos para que possam manter sua independência. **(4)** Este estudo contribui para compreender as razões do engajamento com a intervenção.

Objetivo: o objetivo deste estudo de pré-viabilidade foi examinar percepções e experiências da atividade de *Sit-to-stand* com idosos brasileiros residentes em suas casas, no meio urbano. **Método:** o método exploratório foi etnografia focada. Foi utilizada a amostragem intencional para recrutar 20 idosos. Foram utilizados cinco meios de geração de dados: inquéritos sociodemográficos, observações participantes, entrevistas informais, entrevistas formais semiestruturadas e notas de campo. Os dados foram analisados mediante análise de conteúdo qualitativo. **Resultados:** a experiência dos idosos com problemas de mobilidade na realização da atividade *Sit-to-stand* dependia de suas expectativas de mobilidade envolvendo muitos fatores coordenados que, de forma conjunta, influenciaram suas crenças e atitudes em relação à atividade, suas preferências, seus comportamentos e percepções culturais. Os participantes deste estudo pareciam considerar a atividade aprazível; no entanto, as deficiências mais perceptíveis para o engajamento dos participantes na atividade *Sit-to-stand* surgiram de falhas em suas necessidades pessoais e intrapessoais. **Conclusão:** as recomendações geradas a partir dos achados do estudo convocam a concepção de estratégias de implementação da intervenção *Sit-to-stand* adaptadas às necessidades dessa população em particular.

Descritores: Idoso; Limitação da Mobilidade; Estudos de Viabilidade; Etnografia; Pesquisa Qualitativa; Brasil.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Perceptions and experiences of functional mobility for community-dwelling older people: A focused ethnography", apresentada à University of Alberta, Faculty of Nursing, Edmonton, Alberta, Canadá. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº GDE 232826/2014-5, Brasil.

¹ University of Alberta, Faculty of Medicine and Dentistry, Edmonton, Alberta, Canadá.

² University of Alberta, Faculty of Nursing, Edmonton, Alberta, Canadá.

³ Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Como citar este artigo

Wisnesky UD, Olson J, Paul P, Dahlke S. Older people's perceptions and experiences of older people with the *Sit-to-stand* activity: An ethnographic pre-feasibility study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3813.

[Access   ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6128.3813>

month day year

URL

Introdução

O aumento da longevidade faz parte da transição demográfica na maioria dos países e o Brasil não é exceção. O processo de envelhecimento chama a atenção para as condições de saúde dos idosos, uma vez que esse fenômeno é acompanhado por maior risco de incapacidade e morbidades⁽¹⁾. À medida que as pessoas envelhecem, algumas mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais ocorrem⁽²⁻³⁾. Essas mudanças podem levar a uma variedade de síndromes e problemas, que, por sua vez, podem derivar em consequências desfavoráveis para a saúde⁽⁴⁾. Por exemplo, doenças críticas e doenças crônicas implicam riscos substanciais de diminuição da capacidade funcional dos idosos⁽⁵⁾. Além disso, a incapacidade funcional pode piorar uma situação de saúde já desfavorável.

A capacidade funcional é um indicador relevante do estado de saúde em idosos e está intimamente relacionada à qualidade de vida⁽⁶⁾. A capacidade funcional e a incapacidade são vistas em termos de conservação da autonomia, que para os idosos pode ser conceituada como a capacidade de realizar autocuidado, automanutenção e atividade física⁽⁷⁾. Assim, os desafios de mobilidade podem indicar declínio funcional e é um problema relevante para muitas pessoas idosas.

A mobilidade, simplesmente definida como a capacidade de se deslocar com segurança de um lugar para outro, é fundamental para a realização das atividades diárias⁽⁸⁾, sendo indispensável para que as pessoas idosas levem uma vida independente. Um renomado quadro conceitual descreveu cinco componentes interrelacionados da mobilidade: domínio físico, cognitivo, psicossocial, ambiental e financeiro⁽⁹⁾. Nesse quadro, a mobilidade é "a capacidade de se locomover em ambientes comunitários, para além de sua própria casa, seu bairro, e/ou para regiões mais afastadas". Destaca-se um quadro semelhante para fundamentar este estudo, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde⁽¹⁰⁾, que afirma que a mobilidade influencia e é influenciada por determinantes dentro de diferentes dimensões, como condições de saúde, funções e estruturas corporais, participação e fatores contextuais (ou seja, fatores ambientais e pessoais). Ambos quadros conceituais capturam tanto o movimento no interior, em espaços fechados, quanto no exterior, em ambientes ao ar livre, bem como o uso de dispositivos e transportes assistenciais⁽⁹⁻¹⁰⁾. No entanto, o quadro previsto na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde⁽¹⁰⁾ enfatiza a participação nas atividades como dimensão fundamental, pois desempenha um papel importante na mobilidade. Além disso, esse quadro conceitual⁽¹⁰⁾ afirma a existência de fatores contextuais como fortes determinantes dos desfechos funcionais, quer seja como elementos que

facilitam ou obstaculizam esses desfechos. Dentre esses fatores, podemos mencionar os ambientais externos, como a comunidade, o status socioeconômico e o acesso à atenção à saúde, além de fatores pessoais como as características demográficas, cultura e educação, preferências de estilo de vida, motivação e traços de personalidade.

A prevalência dos problemas relacionados à mobilidade entre idosos no Brasil é alta. De acordo com os achados dos pesquisadores, os problemas de mobilidade afetam 15% e 24% das pessoas com 60 anos ou mais e 70 anos ou mais, respectivamente⁽¹¹⁾. Esses achados são corroborados por uma pesquisa realizada em 2013 no Brasil, medindo a mobilidade por meio de uma abordagem hierárquica utilizando atividades do cotidiano⁽¹²⁾. Em relação à realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária, 30,1% dos idosos brasileiros (60 anos ou mais) relataram ter dificuldade. Além disso, a prevalência tende a aumentar com a idade – 16,4% entre os idosos de 60 a 64 anos relataram enfrentar dificuldades na realização das atividades de vida diária, em comparação com 48,3% entre aqueles com 75 anos ou mais⁽¹²⁾.

Em termos de diretrizes globais, a mobilidade tem sido destacada como uma meta para o envelhecimento saudável: o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na ancianidade⁽¹³⁾. Por exemplo, a Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas (2021-2030)⁽¹³⁾ e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável⁽¹⁴⁾ reúnem governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, universidades, representantes da mídia e do setor privado para melhorar a vida das pessoas idosas, suas famílias e das comunidades em que vivem para promover a mobilidade de pessoas idosas que é primordial para a capacidade funcional⁽¹⁵⁾.

Na prática, uma ampla gama de intervenções foi desenvolvida para promover a mobilidade. Dedicar-se atenção especial às intervenções fundamentadas no princípio de que alguns preditores críticos do declínio da mobilidade são modificáveis⁽¹⁶⁾. A atividade física, então, emerge como eixo de possível intervenção para melhorar ou manter a mobilidade em pessoas idosas, remodelando determinantes críticos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Há evidências de que os idosos com problemas de mobilidade são beneficiados com intervenções direcionadas à obtenção de força muscular, flexibilidade e equilíbrio⁽¹⁹⁾, como a atividade *Sit-to-stand*.

O movimento *Sit-to-stand*, que consiste em sentar-se e levantar-se, é um movimento de transição e um dos movimentos mais frequentemente realizados pelos humanos⁽²⁰⁾. Erguer-se de uma posição em que se está sentado para uma posição em que se fica de pé é considerado um pré-requisito para caminhar e outras atividades funcionais. A atividade *Sit-to-stand* é uma ação

simples que envolve o ato de sentar-se e levantar-se de uma cadeira repetidamente, e é realizada com frequência no contexto da vida cotidiana. Dada a relevância da capacidade de erguer-se para passar de estar sentado para uma posição de pé e vice-versa, a atividade *Sit-to-stand* emerge como uma possível intervenção para melhorar ou manter efetivamente a mobilidade em pessoas idosas. Isso é corroborado por estudos de países do Norte Global que sugerem que a repetição da atividade *Sit-to-stand* pode manter ou melhorar a mobilidade dos idosos⁽²¹⁾.

Embora alguns dos benefícios e vantagens da intervenção *Sit-to-stand* tenham sido bem documentados, a maior parte desta pesquisa foi conduzida em países do Norte Global. Isso dificulta a identificação do impacto dos determinantes modificáveis (barreiras e facilitadores) para o engajamento na atividade *Sit-to-stand* em pessoas do Sul Global, o que, por sua vez, torna mais complexa a aplicação dessas intervenções nesse âmbito⁽²²⁻²⁴⁾. Portanto, intervenções adequadas e eficazes para melhorar a mobilidade não estão ao alcance de muitos dos necessitados. Raramente a tradução do conhecimento das intervenções prioriza os indivíduos, nações ou comunidades que mais precisam desse conhecimento, ampliando a brecha na alfabetização em saúde e inequidades entre pesquisadores e os pesquisados⁽²⁵⁾. No campo da produção de sistemas de conhecimento, a pesquisa sem relevância prática ou aplicação não tem mérito ou valor. Nosso estudo contribui para afirmar a relevância de levar em consideração os fatores contextuais durante o processo de tradução do conhecimento.

Perante o exposto, não basta apenas transferir intervenções bem-sucedidas de um país ou contexto para outro. Antes de realizar um estudo de intervenção, é importante primeiro examinar o contexto em que a intervenção seria realizada⁽²⁴⁾. Particularmente para os idosos que vivem no Brasil, em comunidade, e apresentam problemas de mobilidade, é preciso considerar que mobilidade envolve elementos culturais, é parte integrante do seu senso de si mesmo, encontrando-se fortemente relacionada a fatores contextuais⁽²⁶⁾. De acordo com o ponto de vista da tradução do conhecimento, essa pesquisa de pré-viabilidade é o primeiro passo para vincular a atividade *Sit-to-stand*, intervenção bem sucedida do Norte Global, e conhecimentos culturalmente relevantes produzidos durante a pesquisa sobre aquilo que os idosos brasileiros sabem acerca da mobilidade e atividade física. O objetivo deste estudo de pré-viabilidade foi examinar percepções e experiências de uma atividade de *Sit-to-stand* com idosos brasileiros residentes em comunidades urbanas.

Método

Projeto de estudo

Muitos fatores podem afetar a implementação bem-sucedida e a validade de uma intervenção. Portanto, o objetivo principal da utilização de uma abordagem de pré-viabilidade (e viabilidade) é avaliar as perspectivas de implementação bem-sucedida de uma possível intervenção e reduzir as ameaças à validade dessas intervenções. A etnografia focada foi a abordagem qualitativa utilizada para examinar as experiências de idosos brasileiros residentes de uma comunidade urbana com a atividade *Sit-to-stand*⁽²⁷⁾. O construtivismo foi o pressuposto de sustentação deste estudo. Este estudo aderiu aos critérios consolidados para relatos de pesquisa qualitativa (*Consolidated criteria on Reporting Qualitative research, COREQ*)⁽²⁸⁾.

Configuração e participantes

A unidade de Estratégia Saúde da Família de um centro de saúde localizado em Paquetá, ilha do Rio de Janeiro, Brasil, foi selecionada como cenário do estudo. No Brasil, as unidades de Estratégia de Saúde da Família oferecem atenção primária à saúde por meio do sistema público de saúde. Contam com equipes multidisciplinares, incluindo agentes comunitários de saúde, responsáveis por atender às necessidades de saúde de aproximadamente 1000 domicílios em área geográfica definida.

Autorizado o acesso na unidade da Estratégia Saúde da Família e identificados os potenciais participantes, os profissionais de saúde do centro de saúde atuaram como controladores de acesso e perguntaram aos participantes se concordavam em colocar seus dados de contato em uma lista para que pudessem participar de um estudo de pesquisa em saúde. Os potenciais participantes foram contatados pela primeira autora (enfermeira com mestrado em Ciências Sociais e História, doutoranda em Enfermagem na época da pesquisa) para serem informados sobre os detalhes do estudo, bem como para discutir sobre os motivos para participar da pesquisa.

A amostragem intencional foi empregada para selecionar os participantes⁽²⁹⁾. O tamanho amostral final foi de vinte participantes, uma vez que isso foi consistente com os tamanhos amostrais médios de dois estudos de exercício/atividade física com uma população de idade avançada, usando a etnografia focada⁽³⁰⁻³¹⁾. A amostragem foi interrompida ao ser alcançada a redundância informacional⁽³²⁾.

Os idosos eram incluídos no estudo se cumprissem as seguintes condições: (1) apresentar um problema de mobilidade, como dificuldade de locomoção ao realizar quaisquer atividades básicas ou instrumentais da vida

diária, ou não poder participar em atividades sociais; (2) viver na comunidade; (3) ter idade ≥ 60 anos; (4) ser capazes de compreender e comunicar em português; (5) ser capazes de fornecer consentimento por escrito em português; e (6) não apresentar nenhum diagnóstico pré-existente de comprometimento cognitivo e ser considerados pelos prestadores de cuidados de saúde como pessoa com competência cognitiva preservada, decisão baseada em seus prontuários médicos e no julgamento dos prestadores de cuidados de saúde. Os critérios de exclusão para idosos foram: (1) incapacidade autorreferida para sentar-se e ficar de pé; e, (2) o fato de a pesquisadora observar a incapacidade do participante de sentar-se e ficar de pé.

Procedimentos

A aprovação ética foi concedida pelo Conselho de Revisão Institucional da Universidade à qual os autores eram afiliados (#Pro00081957) e no país onde ocorreu o estudo (nº 2.878.399 e #CAAE 95969318.4.0000.5650). Os dados foram gerados durante as visitas domiciliares. Foram utilizados cinco meios de geração de dados: inquéritos sociodemográficos, observações participantes, entrevistas informais, entrevistas formais semiestruturadas e notas de campo. A primeira autora realizou as observações e entrevistas. Após os participantes darem consentimento verbal para participar do estudo, foram planejadas seis visitas domiciliares a cada participante. Na primeira visita domiciliar, as informações do estudo foram revisadas com os participantes e foi obtido o consentimento informado por escrito. Em seguida, a pesquisadora pediu que eles respondessem à pesquisa sociodemográfica. Ao final da primeira visita, a pesquisadora ensinou aos participantes a atividade *Sit-to-stand*.

Da segunda à quinta visita domiciliar, a pesquisadora buscou a observação dos participantes e as entrevistas informais como atividades para gerar dados. Uma vez por semana, durante quatro semanas, a pesquisadora observou como os participantes se desempenhavam na atividade *Sit-to-stand* e realizou entrevistas informais sobre temas relativos a suas experiências e percepções sobre a atividade *Sit-to-stand*. Foi estabelecido esse prazo de 4 semanas para prosseguir observações participantes e entrevistas informais, pois acreditava-se que uma estratégia cuidadosa de amostragem e notas de campo detalhada, combinada com a abordagem reflexiva do pesquisador, seria suficiente

para observar os padrões de mobilidade dos participantes e seu desempenho na execução da atividade *Sit-to-stand*. No entanto, as atividades de geração de dados só deveriam ser interrompidas quando a redundância informacional fosse alcançada.

Quanto à entrevista etnográfica informal: "ocorre sempre que o pesquisador faz uma pergunta a alguém durante o curso da observação dos participantes"⁽³³⁾. O foco dessas entrevistas informais foi permitir que a pesquisadora pudesse interagir com os participantes enquanto eles realizavam suas atividades diárias e transmitiam informações por meio de seus padrões culturais. Durante essas entrevistas informais, a pesquisadora fez perguntas visando, principalmente, expandir suas observações de campo.

Por fim, a sexta e última visita foi dedicada à entrevista formal focada na questão de pesquisa: Como os idosos brasileiros que vivem com problemas de mobilidade vivenciam a atividade *Sit-to-stand*? A última visita também foi dedicada à fase de "saída" ou "retirada", em que a pesquisadora repassou as metas pré-estabelecidas e as metas do estudo (por exemplo, objetivos, prazos). Esta fase foi finalizada com a oferta de enviar um relatório com os achados da pesquisa aos participantes, após a conclusão do estudo⁽³⁴⁾. Nenhum dos autores era conhecido dos participantes antes do estudo. Os dados foram gerados entre junho e outubro de 2018.

As visitas domiciliares ocorreram de acordo com a disponibilidade dos participantes, de manhã ou à tarde. Observações foram feitas empregando registros observacionais construídos especificamente para o efeito. Esses registros incluíam os seguintes tópicos relacionados à mobilidade dos participantes: observando a disposição de seu espaço físico; observando a presença e disposição das pessoas dentro desse espaço; e observando as atividades específicas e o movimento específico das pessoas.

Para a entrevista formal, utilizou-se um guia semiestruturado (Figura 1). Essas perguntas foram desenvolvidas de forma colaborativa por todos os membros da equipe de pesquisa e foram submetidas a um teste piloto antes da realização do estudo, com três indivíduos que compartilharam características semelhantes ao grupo de participantes deste estudo, para garantir uma compreensão clara das questões. Nenhuma das pessoas que respondeu às perguntas do teste piloto participou do estudo real. Após terem passado pela prova piloto, as perguntas norteadoras utilizadas na entrevista sofreram alterações.

Perguntas
Pode me contar, da forma mais detalhada possível sobre a atividade de <i>Sit-to-stand</i> que você realizou nas últimas 4 semanas?
Você falou com algum membro da comunidade sobre efeitos positivos ou negativos da atividade? Se sim, você poderia mencionar parte do conteúdo de suas discussões?
Como você se sente em relação à sua mobilidade depois de completar a atividade?
Você pretende continuar fazendo a atividade depois que o estudo terminar?
Você tem algum comentário a fazer sobre o conteúdo e o design da atividade <i>Sit-to-stand</i> ? Alguma coisa que poderíamos melhorar? Alguma coisa que incentive você a fazer isso?
Já não tenho perguntas a fazer nesta entrevista. Antes de concluir, gostaria de acrescentar algo, ou dizer algo que você acha que é importante, mas não foi discutido, antes de terminarmos esta entrevista?

Figura 1 - Guia de entrevistas para percepções e experiências de uma atividade de *Sit-to-stand* com idosos urbanos da comunidade brasileira. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

A entrevistadora coordenou todas as discussões em português, língua dos participantes e língua materna da pesquisadora. Às vezes, a pedido dos participantes, seus familiares estavam presentes durante a geração de dados; no entanto, esses familiares não responderam pelos participantes e não foram incluídos no processo de pesquisa. As entrevistas foram gravadas em áudio e as notas de campo foram feitas após observações e entrevistas informais. Essas notas foram utilizadas, quando necessário, para esclarecer eventuais gravações inaudíveis, considerar os padrões de atividade *Sit-to-stand* realizados pelos participantes e promover melhor a reflexão durante a análise dos dados. As sessões de observação passiva a moderada⁽³³⁾ duraram em média 15-20 minutos por participante e foram realizadas durante os seis encontros, totalizando uma média de 33 horas de observação. Cada entrevista semiestruturada formal durou de 30 minutos a uma hora. Para estabelecer e manter práticas responsáveis de "proteção de dados", todos os componentes do registro etnográfico foram digitalizados e criptografados. Os dados foram armazenados, gerenciados, acessados e analisados com a utilização de SharePoint.

A verificação de dados com participantes foi realizada simultaneamente durante cada entrevista, quando o entrevistador resumiu o que foi dito e perguntou aos participantes se o entendimento do pesquisador era realístico, justo e representativo, a fim de minimizar a distorção dos achados. Deste modo, a verificação de dados com participantes foi empregada como um modo reflexivo de produção de conhecimento⁽³⁵⁾. Garantiu-se assim a concordância na representação, pois os participantes tiveram a oportunidade de debater e negociar os significados durante as entrevistas.

Análise de dados

Todas as gravações de áudio das entrevistas foram transcritas pela primeira autora. A análise de dados foi

um processo iterativo realizado simultaneamente com a geração de dados. A tradução dos dados foi realizada (português e inglês) pois os participantes do estudo e alguns dos pesquisadores falavam idiomas diferentes. Os procedimentos de tradução de dados são descritos com material específico⁽²⁶⁾. As transcrições foram importadas para o programa NVivo 11 de gerenciamento de dados (*QSR International Pty Ltd*, Victoria, Austrália). A análise de conteúdo qualitativo foi realizada indutivamente e foram gerados temas-chave. Foram seguidos os seguintes passos (1) codificação e categorização; (2) elaboração de memorandos e; (3) tematização⁽³⁶⁾.

A codificação começou com leituras e releituras das transcrições para se familiarizar mais com os dados e obter uma noção do todo. Posteriormente, palavras-chave e frases foram destacadas linha por linha com anotações analíticas registradas nas margens. Em seguida, quando palavras e frases importantes foram identificadas e marcadas, foram criados códigos com base nas palavras e ideias dentro dos dados (codificação aberta). No início, os códigos eram amplos e genéricos para melhor compreender os dados, e códigos mais abstratos foram desenvolvidos à medida que a análise avançava. A cada novo conceito que aparecia, os dados anteriores eram revisados para acrescentar códigos adicionais, quando apropriado.

À medida que o processo de codificação continuava, foram criadas categorias, unindo as relações entre códigos e ideias dentro dos dados. Para auxiliar no desenvolvimento da categorização, os dados foram reorganizados agrupando códigos relacionados e não por ordem cronológica. Utilizando o NVivo 11, foi gerada uma matriz de dados para resumir dados e comparar e contrastar as experiências de cada participante. As categorias finais foram as que apareceram com frequência nas entrevistas e/ou foram conceitos centrais na resposta às questões da pesquisa. Um resumo foi

então escrito para cada categoria e foi então revisado para homogeneidade.

Os temas foram construídos a partir de relações entre os códigos, categorias e os padrões mais relevantes estabelecidos entre os dados, conformando a "cena cultural"⁽³⁷⁾. Com a análise contínua das entrevistas, os temas em desenvolvimento foram incorporados às questões das entrevistas de seguimento. Isso nos ajudou a identificar padrões entre os participantes e a considerar ou rejeitar conceitos gerados.

Durante todo esse processo, memorandos analíticos foram formulados. Eram registros de estilo livre das ideias ou conclusões do pesquisador em relação aos dados. Essa estratégia foi utilizada para auxiliar o pesquisador a dar saltos conceituais, partindo de dados brutos para aquelas abstrações que explicam fenômenos de pesquisa no contexto em que são examinados. A análise foi iniciada e conduzida pela primeira autora, sendo também avaliada e discutida entre todos os autores até a obtenção de um consenso para aumentar a confiabilidade dos achados. Os participantes foram designados com pseudônimos para preservar o anonimato.

Confiabilidade

O rigor de trabalho ocorre quando os métodos de pesquisa são justificados, o processo é transparente, os desfechos podem ser fundamentados e os achados são vistos como aplicáveis pelos destinatários da pesquisa. Para este estudo, adotamos os critérios de Tracy⁽³⁸⁾ para operacionalizar a confiabilidade dos dados qualitativos. Ao longo do artigo, foi demonstrado que este estudo (1) trata-se de um tema digno, oportuno, significativo, interessante e que realiza uma contribuição relevante para o campo da saúde; (2) tem ressonância por meio da transferência, que é o potencial do estudo para ser relevante em outros contextos e com outras populações;

(3) contribui significativamente gerando mais debates e inspirando pesquisas futuras, e (4) possui integridade ética, alcançada por ter levado em consideração os requisitos éticos, evitando revelações dedutivas, ou seja, a identificação da identidade de um indivíduo utilizando características conhecidas do mesmo.

Além disso, para garantir a sinceridade do material, a primeira autora escreveu um diário reflexivo, onde registrou os detalhes de como suas suposições e reações pessoais poderiam ter influenciado os resultados de cada entrevista e observação, sua agenda como pesquisadora, suas suposições pessoais, seu processo de pesquisa, a intersubjetividade dos achados e suas questões próprias. Além disso, a primeira autora manteve uma trilha de auditoria para rastrear suas escolhas, palpites e interpretações. Com idêntica relevância para o tratamento da credibilidade, a acurácia da representação foi obtida através da cristalização dos significados entre os autores. Segundo Tracy⁽³⁸⁾, "o objetivo [da cristalização] não é fornecer aos pesquisadores uma verdade singular mais válida dos achados, mas sim abrir uma compreensão mais complexa e aprofundada, porém, completamente parcial da questão".

Resultados

A lista de potenciais participantes que consentiram em ser abordados incluiu 51 indivíduos. Quando o processo de geração de dados começou, cinco dos 51 potenciais participantes tinham falecido, quatro se recusaram a participar, três se mudaram, dezesseis não eram elegíveis para participar quando foram abordados devido às condições de saúde, e três se recusaram a participar declarando incapacidade devido ao declínio físico. Ao final, vinte participantes completaram a atividade de 4 semanas. A Figura 2 mostra características dos 20 indivíduos que participaram do estudo.

Pseudônimo	Sexo biológico	Idade	Etnia	Estado civil	Vive sozinho	Número de pessoas vivendo na mesma casa*	Com quem vive	Uso de dispositivo de mobilidade	Precisa de ajuda com a atividade	Religião
Acácia	Mulher	89	Branco	Viúva	Não	2	Filhos	Sim	Sim	Católico
Luz	Mulher	60	Pardo	Solteira	Não	1	Sobrinha	Sim	Sim	Espiritismo
Florian	Macho	81	Negro	Viúva	Não	2	Filhas	Sim	Não	Católico
Borboleta	Mulher	68	Branca	Viúva	Não	1	Filha	Não	Não	Pentecostal
Carvalho	Homem	89	Branco	Casado	Não	5	Esposa e filhos	Não	Sim	Pentecostal
Raposa	Homem	75	Branco	Casado	Não	3	Esposa e Filhos	Sim	Não	Pentecostal
Juliette	Mulher	88	Negra	Viúva	Não	3	Filha e netos	Sim	Sim	Católica
Lírio	Mulher	98	Branca	Viúva	Não	1	Filha	Não	Sim	Católica

(continua na próxima página...)

Pseudônimo	Sexo biológico	Idade	Etnia	Estado civil	Vive sozinho	Número de pessoas vivendo na mesma casa*	Com quem vive	Uso de dispositivo de mobilidade	Precisa de ajuda com a atividade	Religião
Rosa	Mulher	97	Branca	Viúva	Não	1	Filha	Não	Sim	Espiritismo
Cravo	Mulher	77	Pardo	Viúva	Não	1	Irmão	Sim	Sim	Pentecostal
Lavanda	Mulher	83	Negra	Casada	Não	2	Marido e filho	Sim	Sim	Umbanda
Margarida	Mulher	74	Parda	Divorciado	Não	2	Filho e nora	Não	Não	Não declarado
Céu	Mulher	71	Parda	Único	Não	1	Filho	Sim	Sim	Católica
Pétala	Mulher	83	Branca	Viúva	Não	2	Cuidador	Sim	Não	Católica
Flora	Mulher	81	Branca	Viúva	Sim	0	–	Sim	Sim	Católica
Ella	Mulher	82	Branca	Viúva	Não	3	Filha, genro e neto	Não	Não	Católica
Eva	Mulher	70	Parda	Viúva	Não	2	Filhos	Sim	Sim	Espiritismo
Jade	Mulher	83	Branca	Viúva	Não	2	Filho e nora	Sim	Sim	Pentecostal
Primavera	Mulher	87	Branca	Viúva	Não	3	Filha, genro e neto	Não	Não	Católica
Sonata	Mulher	93	Branca	Solteira	Não	1	Filha	Sim	Sim	Católica

*Excluindo o participante

Figura 2 - Dados demográficos de idosos urbanos brasileiros residentes na comunidade. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

Esta seção apresenta análise dos dados das observações e entrevistas dos participantes. Dois temas foram construídos durante a análise. O primeiro tema, “participar, ou não participar: eis a questão”, começou a ser elaborado após a primeira visita domiciliar, onde a primeira autora introduziu a atividade *Sit-to-stand* aos participantes. Se os participantes mostravam curiosidade sobre a atividade, a pesquisadora mostrava-se curiosa sobre as suas primeiras impressões dos participantes em relação à atividade. A pesquisadora prestou atenção às reações iniciais dos participantes após a introdução da atividade. Ela se indagou quais aspectos da atividade eram inicialmente de interesse para os participantes, pois tentava entender a motivação e o raciocínio dos participantes para participar, ou não, da atividade *Sit-to-stand*. Subtemas relacionados às primeiras impressões dos participantes sobre a atividade *Sit-to-stand* foram: “aspectos estruturais” e “influência individual”. As categorias ligadas ao subtema “aspectos estruturais” foram: “ter horário flexível”, “tentar algo novo”, “mudar a rotina” e “ter alguém com quem fazer”. As categorias ligadas ao subtema “influência individual” foram: “ter limitações físicas”, “estigmatização associada a exercícios voltados para pessoas idosas”, “intenção” e “ter objetivos”.

O segundo tema, “o que você achou?”, foi elaborado durante as visitas semanais de acompanhamento. Participantes e pesquisadores falaram sobre a atividade

Sit-to-stand, seu progresso, suas impressões sobre ela, e se houve algum evento inesperado da semana anterior. Nas entrevistas formais e informais, o pesquisador se interessou em conhecer as experiências dos participantes com a atividade *Sit-to-stand*. Assim, a última entrevista formal serviu como uma oportunidade para sintetizar e apresentar um relatório aos participantes sobre o progresso da atividade de quatro semanas. Esta entrevista também foi uma oportunidade para que a pesquisadora comunicasse suas intuições e ideias aos participantes para que eles pudessem debater e negociar significados. Os subtemas relacionados à conclusão da atividade de quatro semanas foram “fatores motivacionais” e “barreiras”. As categorias ligadas aos subtemas “fatores motivacionais” foram: “custo”, “privacidade”, “benefícios percebidos na saúde mental e física”, “avançando no próprio ritmo e adaptando as atividades”, “senso de realização”, “ter um sistema de apoio” e “facilmente integrada à rotina diária”. As categorias ligadas ao subtema “barreiras” foram: “condição de saúde atual”, “nenhuma necessidade percebida”, “fatalismo”, “medo de desfechos adversos”, “falta de companheiro”, “falta de motivação”, “exigências conflitantes”, “desafio para a rotina/disciplina”, “preocupação com a segurança” e “clima”. Cada um dos dois temas, seus respectivos subtemas e categorias, são descritos com trechos extraídos das transcrições e notas de campo das entrevistas com os participantes na Figura 3.

Tema	Subtemas	Categorias	Trechos	
Participar, ou não participar: eis a questão	Aspectos estruturais	Ter um horário flexível	<i>Acho que não será difícil fazer esse exercício. Você disse uma vez por dia por alguns minutos? Parece possível. Posso fazer isso depois do almoço, ou talvez depois do café da manhã. Deixe-me ver. Veja só... Às vezes entramos na academia, mas não é fácil ir o tempo todo. Algo sempre aparece e no final, a cada dia vamos cada vez menos. Talvez com esse exercício em casa seja mais fácil (Ella).</i>	
		Tentando algo novo	<i>Se for para ajudar, eu faço. Será um desafio para mim, é isso. Sinto muita dor nas costas, mas vou experimentar. Tentei muitas coisas diferentes ao longo dos anos, remédios diferentes, meias de compressão, até fui ao fisioterapeuta algumas vezes. Para ser honesta, minha vida é praticamente o mesmo tédio agora. Antes eu fazia tudo, para cima e para baixo. Então, é sempre bom experimentar coisas novas, ajuda (Sonata).</i>	
		Mudança de rotina	<i>Florian: Já tenho minhas coisas, coisas que já faço durante o dia. Não sei se eu gostei [da atividade]. Não preciso disso na minha vida.</i> <i>Entrevistador: como assim? Levaria apenas cinco minutos do seu tempo. Você poderia fazê-lo depois de acordar, antes de tomar um banho.</i> <i>Florian: Não tenho certeza, eu tenho a minha vida programada, gosto de fazer as minhas coisas, já organizei minha vida com outras coisas.</i>	
		Ter alguém com quem fazer isso	<i>Tenho medo, tenho medo de cair e quebrar meu fêmur novamente. Preciso de alguém para fazer isso comigo. Eu não me sinto bem, já faz um tempo, desde que eu uso o andador, mas meu filho me acompanha. Antes de sair para o trabalho, ele o coloca na sala de estar. Talvez meu filho possa me ajudar depois que chegar do trabalho. Se você explicar isso a ele, ele vai fazer comigo. Estou usando o andador já faz um tempo, não me sinto segura fazendo isso sozinha (Eva).</i>	
	Influência individual	Ter limitações físicas	<i>Não tenho certeza sobre esse exercício. A coisa é a minha perna. Tenho muita dor, muita dor, minha querida, no joelho. Dói quando eu me mexo, quando me levanto, por causa dessa artrose, artrose muito alta. Ainda sinto um pouco de dor das varizes. As varizes doem um pouco. Quando o tempo esquenta, elas começam a esquentar, a queimar. É difícil para mim. Eu sinto que eu simplesmente não posso, e se eu vacilar e cair? (Rosa)</i>	
		Estigmatização associada a exercícios voltados para pessoas idosas	<i>Mas essa [atividade Sit-to-stand] é para pessoas que não andam ou nada, é para idosos ou pessoas que já estão muito doentes. Muito obrigado, mas não quero tomar seu tempo. Isto não é para mim. Eu sou velho, mas isso não é para mim, isso é o suficiente. Tenho 80 anos, mas ainda estou bem (Verão).</i>	
		Intenção	<i>Vou tentar fazer [atividades físicas] como o médico da Estratégia de Saúde da Família me pede para fazer. E os outros médicos também dizem: "você tem que andar, andar é bom, seus músculos vão te agradecer, você vai ver". Então, eu acho que posso começar com esse exercício que você disse (Acácia).</i>	
		Ter metas	<i>Oh, eu realmente quero ser capaz de sentar e levantar sem sentir dor, sem problemas. Às vezes, quando me sento, me levanto, sento, levanto, sinto que minha perna vai estourar. Mas eu já senti isso antes, já faz um tempo [que eu sinto isso]. Acho que continua acontecendo, por enquanto... Mas quando vou ao banheiro, para subir o degrau lá no banheiro, eu digo: "oh, meu joelho vai estourar. Eu ouvi um crack". Mas isso é normal. A coisa é fazer o exercício como você disse. Dias melhores virão, certo. Sentar, levantar, sentar de novo, levantar, certo? A gente precisa olhar para frente, se aferrar a alguma coisa e seguir em frente (Juliette).</i>	
	O que você achou da atividade?	Fatores Motivacionais	Custos	<i>Sabe, eu gostei de fazer isso, eu fazia isso toda vez que eu podia e cada vez que eu me lembrava. Às vezes esquecia de fazer isso e quando me lembrava já era hora de dormir. Mas isso de usar a cadeira foi muito legal. Se a gente for fazer ginástica na academia ou na praia, tem que pagar. Se for na academia do centro de saúde, não tem que pagar, mas para chegar lá tem que gastar dinheiro com o ecotáxi [transporte]. Mas essa atividade de sentar e ficar em pé pode ser feita em casa, isso é legal. Nós fazemos em casa (Estrela).</i>
			Privacidade	<i>Não precisa se vestir e sair de casa. Até faço isso usando minhas roupas velhas e rasgadas. As pessoas olham para você quando você está lá na academia. É mais fácil se exercitar porque você não precisa se preocupar com roupas, se vestir, e tal. Quando estou em casa, estou sozinha (Ella).</i>
Benefícios percebidos na saúde mental e física			<i>Sonata: Esta semana não foi fácil porque às vezes eu sinto essa dor de manhã e à noite. Durante o dia, a dor alivia um pouco porque eu também tenho muito o que fazer. Meu Deus. Então, eu tenho que fazer de acordo com as minhas possibilidades, eu estou fazendo alguma coisa.</i> <i>Entrevistador: Você notou algum benefício depois de realizar a atividade?</i> <i>Sonata: Claro que sim. Porque eu não conseguia levantar da cadeira com facilidade. Eu tinha que parar e segurar em algum lugar. Se eu me sentasse neste banco, era difícil levantar. Então, eu tinha que me ajudar com as duas mãos na cadeira, e às vezes demorava mais tempo por causa da dor. Meu corpo inteiro dói. Mas minha filha estava tão feliz. Eu a surpreendi, certo? Ela chegou em casa, porque eu sempre tenho que esperar que ela me ajude. Então ela veio e eu disse, "Fique aqui perto de mim, feche os olhos". Então ela disse: "o que aconteceu?" Eu disse, "uma coisa muito boa aconteceu". Ela disse, "a moça [pesquisadora] estava aqui?" Eu disse, "sim". O que aconteceu? Ela perguntou. Eu disse, "espere". Então eu disse, "você pode se virar". Então eu me levantei sozinha. "Nossa! Você não segurou lá", disse ela. E então eu vim e fiz isso uma, duas, às vezes até três vezes, antes eu não podia ficar em pé. Não foi fácil, mas graças a Deus, estou chegando lá.</i>	

(continua na próxima página...)

Tema	Subtemas	Categorias	Trechos
O que você achou da atividade?	Fatores Motivacionais	Avançando em seu próprio ritmo e adaptando as atividades	<i>O exercício é fácil. Estou conseguindo, estou conseguindo. Eu estou fazendo. De vez em quando, não é fácil levantar, sim. Ai eu posso me sentar... Eu vou devagar e com certeza. Eu realmente queria sentar sem sentir dor, certo? E às vezes, há momentos em que sinto mais dor, e momentos em que sinto menos, certo. O exercício é realmente bom. É fácil. Não é desagradável, não. Todo dia eu faço um pouco. Eu sento ali naquela cadeira. Ontem eu fiz isso. Sentar, levantar, sentar, levantar. Às vezes, preciso da ajuda da minha filha ou do meu genro para isso, e também uso minhas mãos para me levantar. Mas eu faço isso. Quando não tenho vontade de fazer naquela cadeira, eu faço aqui no sofá. Mas faço isso. O importante é que eu estou tentando (Juliette).</i>
		Senso de realização	<i>Entrevistador: Você notou algum benefício depois de ter feito esse exercício? O que você nota sobre si mesmo? Você está andando um pouco mais?</i> <i>Céu: Não, ainda não estou andando. Agora vou começar a andar um pouco aqui. Ainda não estou andando. Eu só fico de pé, mas já estou alongando mais. Depois que você conseguiu o andador para mim, eu comecei a sentar e ficar. Eu tentei e porque eu me sentia seguro fazendo isso, eu faço isso todos os dias. Já estou me alongando um pouco mais. Acredito que vou melhorar mais. Antes eu não podia me alongar tanto. Passo a Passo.</i>
		Ter um sistema de apoio em membros da família	<i>Entrevistador: Cravo, o que o encorajaria a fazer esta atividade mais frequentemente? Seu filho está incentivando você?</i> <i>Cravo: Meu filho não é fácil, quando ele me vê ele diz: "você tem que fazer isso e pronto". Às vezes, quando ele vem e eu fico do lado de fora, ele diz: "Você está saindo, finalmente, hein. Muito bem". Eu digo, "tudo bem, tudo bem". Então ele fica todo feliz, então eu faço coisas quando ele está por perto. Mas quando ele não está por perto, eu não faço nada.</i> <i>Entrevistador: Então, ele incentiva você a se exercitar mais?</i> <i>Cravo: Muito, ele quer que eu vá para a academia. O que vou fazer na academia? Nada de academia. Meu filho me apoia. Sou eu que não levo a sério, é só isso, porque esse exercício foi uma coisa legal, mas praticamente tudo para a saúde é uma coisa boa. Eu até falei com minha filha, ela disse assim, "mãe, isso é bom, faça o exercício. Você está fazendo isso? De vez em quando eu não faço isso, e minha filha diz, "mãe, você tem que fazer isso todos os dias, todas as vezes". Nem sempre, eu posso. Mas isso [a atividade de sentar-se] foi bom para mim, para me animar. Minha família me apoia.</i>
		Ter um sistema de apoio no serviço de saúde	<i>Semana passada as meninas [enfermeiras] estavam aqui, vieram aqui para trocar o curativo na minha perna. Foi tudo bem. Eu realmente gosto delas, porque eles são muito legais. Eles mudaram o curativo. Eles fazem isso muito bem. Elas são muito boas. Para dizer a verdade, eu tinha um grande calo, do tamanho do meu dedo do pé, aqui. Então pedi à enfermeira para limpar um pouco. Ela pegou a tesoura, cortou e limpou. Não sinto mais nada. Mas era um calo grande e eu não podia nem colocar meus sapatos para levantar. Foi um milagre, viu? Ela cortou aqui e limpou. Ela cuidou muito bem. Está seco. Ela cortou tudo. Não sei se ela cortou com navalha ou tesoura. Mas doeu muito antes. Apoiava meu pé no chão e doía. Depois que eles limparam tudo e tiraram o calo, parou de doer, então eu estava mais confortável para fazer isso de me sentar e levantar (Juliette).</i>
		Facilmente integrada à rotina diária	<i>Entrevistadora: Fale-me sobre a atividade, como foi, como você fez isso?</i> <i>Cravo: Eu fiz isso e fui dar uma volta. O que eu fiz foi sair para caminhar de manhã, então para não esquecer de fazer essa atividade de sentar e levantar, eu faço isso antes da minha caminhada. Eu fico com preguiça, mas eu levanto. Eu bebo meu café, eu faço a atividade e saio para caminhar. Foi fácil fazer isso [atividade de sentar e levantar] porque eu faço isso antes da minha caminhada, mas se eu não sair para caminhar, eu esqueço de fazer.</i>
		Condição de saúde atual	<i>Tive um momento difícil na quinta-feira passada. Fiquei doente, estava doente como nunca antes. Sinto muita dor, não tinha força para nada, nada. Eu não tinha mais [força], mas eu fiquei ainda pior. Fui para a cama, não conseguia dormir, estava com falta de ar. Eu estava sem força para nada. Eu não tinha mais força, sabe... eu passei por sete cirurgias, e eu tenho escoliose. Não pude fazer nada na semana passada. O médico me disse que o Tandrilax que tira minha dor faz muito mal para mim. Então ontem eu não tomei o Tandrilax, nem hoje, então estou com mais dor, mais no joelho, gente, viu..., na coluna, nos ombros. Eu não posso nem pensar em fazer o que você me pediu com tudo isso, nem pensar nisso (Acácia).</i>
	Barreiras	Nenhuma necessidade percebida	<i>Entrevistador: E o que te motiva a se exercitar? Ou o que melhor te motivaria a fazer a atividade de sentar-se e levantar-se?</i> <i>Florian: Não sinto dor no joelho, não sinto nada. Eu não sinto nada, eu tenho essa coisa no joelho, eu ando com uma bengala; mas eu não sinto dor. O joelho está praticamente normal. Eu não preciso fazer mais nada, certo? Estou nessa fase onde não sinto dor, não sinto nada, a única coisa que faço é andar em casa, não saio de casa, não faço quase nada. Não, eu não preciso fazer este exercício. Eu sou... Estou bem, não tenho nada. Não é brincadeira não, eu não sinto que tenha que fazer isso.</i>
		Fatalismo	<i>Juliette: Honestamente, no início [da atividade] eu não tinha nenhuma esperança. Eu não sabia se eu ia chegar lá, mas... é assim mesmo. Temos que aceitar tudo. Eu não sabia se seria capaz de fazer isso, porque eu não posso sentar e ficar de pé por causa do meu joelho, sabe? Esse era o meu pensamento.</i> <i>Entrevistadora: Como está agora, Sra. Juliette?</i> <i>Juliette: Estou conseguindo. Estou conseguindo. A vida é assim.</i>

(continua na próxima página...)

Tema	Subtemas	Categorias	Trechos
O que você achou da atividade?	Fatalismo	Medo de desfechos adversos	<i>Eu fiz muito pouco. Por exemplo, agora não estou sentindo nada no meu joelho. Mas se ela [a atividade] começar a incomodar, então eu já começo a sentir o joelho. Eu digo a mim mesma: então eu não vou me esforçar. E aí meu joelho não fica inchado. Não, não. Só dói. Semana passada, na terça-feira, do nada, eu não sei o que aconteceu, eu tive uma torção aqui. Então, eu prefiro não forçar ou qualquer coisa porque pode piorar, então, o que é que eu faço? Estou na casa dos noventa anos, tenho que ter muito cuidado para não piorar as coisas (Lily).</i>
		Falta de companhia	<i>Oh minha querida eu já fiz tanto, corri, fiz aeróbica, corri muito. Eu e meu marido [falecido marido] saíamos para caminhar todas as manhãs, bem cedo. Sim, nós dois saíamos para caminhar de manhã cedo. Acordávamos e nem bebíamos café, mas de vez em quando tomamos café sim. Caminhávamos durante uma hora. Ele às vezes se sentava no banco da praia e eu dizia, "está tudo bem", eu tinha alguns amigos que também estavam andando por lá. Fiquei lá por uma hora, caminhei por uma hora. Foi bom, me senti bem e foi bom para minha saúde. Depois que meu marido faleceu, eu não andei mais, não fiz mais nada. Ele era uma pessoa tão boa, maravilhosa. Sessenta e três anos de felicidade. Ele era meu parceiro em tudo, se ele estivesse aqui talvez estaríamos fazendo isso juntos, nós dois, aquele exercício que você passou. Ele foi muito bom, ele faz falta (Acácia).</i>
		Falta de motivação	<i>Ah, eu não fiz o exercício. Eu esqueço... Oh, eu não sei. É preguiça, é tudo, tudo junto. Eu nem sequer fiz isso. Sinto-me desanimada. Alguns dias a gente se sente assim, sabe. Eu vou fazer isso mais tarde. Sim, mas minha preguiça também atrapalha, preguiça. Eu tenho que ficar mais esperta, prestar mais atenção e saber que eu tenho que me mover, mas então quando eu me deito eu não tenho vontade de levantar para nada. É sempre a mesma coisa, minha querida, é preguiça aqui, eu tenho que deixar de lado essa preguiça. Eu sou preguiçosa demais, a culpa é minha, só minha (Cravo).</i>
		Exigências conflitantes	<i>Foi engraçado que o remédio prescrito pelo hospital, Losartan, não chegou, parece que está em falta. Mas então, hoje eu pedi [Losartan, para pagar do meu próprio bolso]. Eu vou pegá-lo em breve. Mande [alguém] comprar no [centro] do Rio. Ainda tenho uma neta louca. É que eu não posso... Vou me preocupar com ela para quê? Não vou me preocupar. Mas a gente sempre se irrita com alguma coisa, não é? É muito estresse, às vezes esquecemos da nossa vida, esquecemos de fazer as coisas. Quando essas coisas estressantes acontecem, eu fico muito irritado. Nestes dias, eu esqueço de fazer a atividade de sentar-se e levantar-se. É muita preocupação na cabeça (Borboleta).</i>
		Desafio de rotina/Disciplin	<i>Estou bem. Eu fiz o exercício apenas algumas vezes, é muito para fazer. Estou sozinha. Às vezes eu esqueço. Faço isso quando me lembro. Eu até esqueço esse exercício, eu realmente esqueço. Algumas coisas eu faço automaticamente, faço sem pensar. Mas eu estou tendo problemas para lembrar dessa atividade de sentar e levantar-se (Flora).</i>
		Preocupação com a segurança	<i>É como eu te disse, quando eu levanto, a primeira coisa que eu sinto é que eu tenho muito desequilíbrio, sabe. Então, é como se eu fosse cair, mas eu não caio, eu nunca caí por causa disso, mas sinto que vou cair, um golpe seco (Margarida).</i>
		Clima	<i>Eu fiz isso. Eu faço o exercício e eu ando por aí, hoje eu não fiz porque tem muito sol, está muito quente. Eu sempre faço isso de manhã. Mas essa semana não, está muito quente, agora, está muito quente hoje. Quando está quente, não dá (Cravo).</i>

Figura 3 - Temas e trechos de percepções e experiências de uma atividade de Sit-to-stand com idosos da comunidade urbana brasileira. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

Participar, ou não participar: eis a questão

Aspectos estruturais

Os aspectos estruturais estavam relacionados com os elementos da atividade *Sit-to-stand*. Os participantes geralmente consideravam a atividade proposta oferecida a eles porque tinham flexibilidade para planificá-la de acordo com sua rotina pré-estabelecida. Outro fator para quem manifestou interesse em prosseguir com a atividade foi o entusiasmo de se engajar em algo novo. Geralmente, os participantes eram aposentados e suas vidas tinham um ritmo mais lento do que antes. Sonata, por exemplo, relatou muito bem essa questão. Ela passa os dias sozinha. Ela trabalhou a vida toda fora de casa, mas depois que se aposentou, sua vida mudou. Enquanto morava com a filha, a filha saía cedo e voltava para casa à noite. Segundo o relatado, ela, poderia se beneficiar com algumas mudanças.

Por outro lado, alguns participantes hesitaram em participar da atividade devido às mudanças que a mesma poderia impor em sua rotina previamente estabelecida. Rituais diários pré-estabelecidos foram significativos para os participantes e sugerir uma mudança de rotina foi uma fonte de desconforto para alguns deles. Outra preocupação relatada por alguns participantes foi o medo de fazer a atividade sozinhos. No geral, os participantes que estavam sozinhos durante o dia tinham uma percepção ruim de sua condição de saúde, ou pertenciam à faixa etária de pessoas com idade avançada, e expressaram que ter alguém para fazer a atividade com eles era um elemento importante.

Influência individual

Nesta seção são descritos os fatores internos que afetam a percepção dos indivíduos sobre a atividade *Sit-to-stand*, incluindo suas formas de pensar, sentir e

agir quando foram convidados a fazer a atividade *Sit-to-stand*. Quando os participantes se percebiam como tendo limitações físicas, eram mais resistentes a se envolver na atividade *Sit-to-stand*. No entanto, não foram apenas as limitações físicas e as condições de saúde dos participantes que permearam suas suposições sobre a atividade *Sit-to-stand*, mas também o estigma percebido quando falamos de exercícios voltados para os idosos.

O posicionamento dos prestadores de cuidados de saúde também influenciou a *intenção* dos participantes de realizar a atividade de *Sit-to-stand*. Quando os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família já haviam conversado com os participantes sobre a realização de alguma atividade física ou os benefícios da atividade presencial, eles estavam mais inclinados a realizar a atividade. Além disso, as famílias dos participantes também desempenharam um papel importante na *intenção* dos participantes de realizar a atividade de *Sit-to-stand*.

Por outra parte, quando os participantes tinham *metas*, concordavam em participar da atividade mais rapidamente. Por exemplo, Juliette estava em casa e sua filha e genro a ajudavam com algumas atividades de vida diária. Depois que ela começou a fazer a atividade de sentar-se e levantar-se, ela relatou sentir menos dor em suas pernas. Apesar do objetivo da atividade proposta não ser reduzir a dor, mas fortalecer os músculos e ajudar com o equilíbrio, suas próprias percepções e objetivos tiveram um efeito positivo em seu engajamento na atividade de *Sit-to-stand*.

O que você achou da atividade?

Durante as visitas semanais de acompanhamento, os participantes e o pesquisador falaram sobre a atividade *Sit-to-stand*, seu progresso e suas impressões sobre isso. Eles também informaram se houve algum evento inesperado na semana anterior.

Fatores motivacionais

Os participantes destacaram diversos elementos da atividade *Sit-to-stand* que sustentaram sua participação. Seu *baixo custo*, pois não há despesas com academia equipamentos especializados ou gastos de deslocamento; esses fatores foram percebidos como vantajosos para os participantes. Outro componente positivo da atividade *Sit-to-stand* foi a possibilidade de realização na própria casa dos participantes, o que lhes assegura *privacidade* para realizar a atividade sem se sentir julgados ou observados.

Além disso, os participantes enfatizaram como se sentiram com a realização da atividade. Quando os participantes podiam vislumbrar ou sentir uma melhora em sua saúde mental ou física, eles pareciam mais dispostos a continuar realizando a atividade de *Sit-to-*

stand. A simplicidade da atividade e a capacidade dos participantes de adaptar a atividade à sua realidade, juntamente com a possibilidade de avançar no seu próprio ritmo, também influenciaram positivamente a adesão à atividade. Outro elemento importante foi o senso de realização dos participantes. Quando os participantes sentiam que cumpriam objetivos autoimpostos, estavam mais confiantes sobre o futuro.

Ter um sistema de apoio também influenciou o engajamento dos participantes na atividade. Na maioria dos casos, os participantes viviam com familiares e esses familiares apoiavam bastante seu engajamento na atividade de *Sit-to-stand*. Os familiares ajudavam os participantes quando precisavam de assistência para realizar a atividade. Eles incentivavam e recordavam a atividade aos participantes. O apoio dos círculos sociais dos participantes também foi um ingrediente importante em sua experiência positiva da atividade. No entanto, a influência das redes de apoio se estendeu além dos amigos e familiares dos participantes. O apoio do sistema de saúde também determinou a experiência positiva dos participantes com a atividade de *Sit-to-stand*. Quando os participantes sentiam que eram bem atendidos pelos profissionais de saúde e pelo sistema de saúde, eram mais propensos a se engajar na atividade de *Sit-to-stand*. Por fim, os participantes também se sentiram mais à vontade quando puderam encaixar a atividade em sua rotina diária.

Obstáculos

Os participantes destacaram diversos elementos da atividade que dificultaram sua participação na atividade. Muitos participantes relacionaram o impacto de suas condições de saúde atuais e sintomas como falta de equilíbrio, falta de força, fadiga e dor como fatores que dificultavam sua capacidade de realizar a atividade de *Sit-to-stand*. Às vezes, os participantes não percebiam a necessidade de prosseguir com a atividade. Participantes que não puderam visualizar os benefícios da atividade se engajaram com menos frequência. Além disso, os participantes que acreditavam que, independentemente de suas ações ou atos, há algumas coisas na vida que estão predestinadas a ocorrer, tiveram mais dificuldades em se engajar na atividade. Esse tipo de fatalismo foi ilustrado por alguns participantes enquanto faziam a atividade de *Sit-to-stand*. Da mesma forma, quando os participantes tinham medo de chegar a um resultado pior, eles tinham mais dificuldades ao se envolver na atividade.

Outra reclamação recorrente foi a falta de acompanhante para fazer a atividade. A maioria dos participantes vivia com ou perto de seus familiares, mas alguns deles passavam o dia sozinhos devido aos horários de trabalho de seus familiares durante o dia ou seu outro significativo não estar presente. Por exemplo,

em uma de nossas entrevistas informais, Acácia relatou que seu falecido marido era seu companheiro de viagens e atividades físicas, informando que desde sua morte ela tinha perdido a pessoa que costumava fazer as atividades com ela.

Alguns participantes mencionaram que a falta de motivação, as preocupações com a segurança, o clima e as exigências conflitantes em suas vidas os impediam de prosseguir com a atividade. As questões variavam de problemas familiares a problemas de saúde. No entanto, um dos motivos mais citados que dificultavam o engajamento dos participantes na atividade foi sua incapacidade de inserir a atividade em sua rotina.

Discussão

Os principais achados deste estudo são que a experiência de idosos com problemas de mobilidade com a atividade *Sit-to-stand* dependia de suas expectativas de mobilidade envolvendo muitos fatores que atuavam juntos para influenciar suas crenças e atitudes em relação à atividade, preferências, comportamentos e percepções culturais. Os participantes pareciam considerar a atividade agradável; no entanto, as deficiências mais perceptíveis para o engajamento dos participantes na atividade *Sit-to-stand* estavam relacionadas a fatores contextuais, ou seja, déficits na satisfação de suas necessidades pessoais e intrapessoais. Quatro componentes-chave são postos em pauta para esclarecer as experiências dos idosos brasileiros com a atividade *Sit-to-stand*: (a) definir intenções, (b) a experiência com os componentes da atividade, (c) a experiência pessoal com a atividade e (d) a experiência interpessoal com a atividade.

Definindo intenções

Antes de se envolverem na atividade *Sit-to-stand*, os participantes referiram às barreiras percebidas e aos benefícios de se engajarem nessa atividade. Mudanças na rotina dos participantes e na necessidade percebida de ter alguém para fazer a atividade foram observadas como obstáculos para o engajamento na atividade *Sit-to-stand*. No entanto, ter flexibilidade para encaixar a atividade nos tempos preferidos dos participantes e a possibilidade de tentar algo novo foram percebidos como catalisadores para o engajamento dos participantes na atividade *Sit-to-stand*. Essas informações nos ajudarão a considerar como os muitos elementos da atividade em si podem ter influenciado o processo de engajamento. Essa atividade tem aplicações importantes, pois nos informa sobre as áreas potenciais de *Sit-to-stand* para aprimorar o processo de tradução de conhecimento.

Alguns participantes relataram sentir-se estigmatizados pelo fato de envelhecer e se exercitar.

Há evidências crescentes que sugerem que os idosos constituem um grupo estigmatizado em todo o mundo⁽³⁹⁾. De fato, a discriminação etária revela o estigma e as atitudes negativas associadas à idade avançada que estão ligadas às consequências na saúde mental e física, incluindo menos desejo de viver um estilo de vida saudável⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾. Isso é corroborado pela literatura sobre ameaça de estereótipo, sugerindo que indivíduos estigmatizados evitam a experiência negativa de ameaça de estereótipo ao se desvincular de atividades importantes⁽⁴²⁾. A questão da discriminação etária é tão rompanete que a Década do Envelhecimento Saudável da ONU apresenta uma agenda com chamadas à ação, onde a primeira ação é mudar a forma como as pessoas pensam, sentem e agem em relação à idade e ao envelhecimento⁽¹³⁾. Argumenta-se que a redução da discriminação etária é importante, dado o seu impacto generalizado na forma como as questões enfrentadas pelos idosos são vistas, as prioridades são avaliadas e as soluções são escolhidas. A discriminação etária relega os idosos aos bastidores, diminuindo a valorização de seu capital social e restringindo seu acesso aos serviços.

Finalmente, as intenções de se engajar na atividade *Sit-to-stand* e ter metas foram percebidas como facilitadores para o engajamento. Ambos os fatores estão alinhados a diversos modelos psicológicos sociais, incluindo a teoria da ação racional⁽⁴³⁻⁴⁴⁾, teoria atitude-comportamento de Triandis⁽⁴⁵⁾ e teoria da motivação para a proteção⁽⁴⁶⁾. Essas teorias concordam com a proposta de que o preditor mais imediato e importante do comportamento de uma pessoa é sua intenção de realizá-lo e ter objetivos.

A experiência com os componentes da atividade

Identificar os elementos estruturais de uma futura intervenção é uma parte crucial para abrir a "caixa-preta de intervenção". O conhecimento das percepções dos indivíduos sobre os elementos estruturais pode ser utilizado para identificar práticas específicas que promovam a adoção e otimizem intervenções. Durante e após o engajamento na atividade *Sit-to-stand*, os participantes deste estudo relataram o baixo custo para esta atividade, uma vez que é realizada em casa, a possibilidade de avançar em seu próprio ritmo e a facilidade para encaixar a atividade em sua rotina diária como componentes da atividade que contribuiriam para a sua adoção. No entanto, também é importante destacar outros componentes da atividade que minaram sua adoção, como questões de segurança e falta de acompanhante.

Os resultados deste estudo indicam que houve uma série de fatores que contribuiriam para o engajamento dos participantes na atividade *Sit-to-stand*. O baixo custo da

atividade foi atribuído à não exigência de equipamentos especializados e transporte, que, por sua vez, está ligado à acessibilidade da atividade. Este resultado se alicerça em uma meta-síntese de estudos qualitativos de experiências de idosos independentes, com 65 anos ou mais, relativas a intervenções de atividade física em contextos não clínicos e detectou que manter os custos ao mínimo era importante, pois muitas pessoas idosas têm renda limitada⁽⁴⁷⁾.

Neste estudo, alguns dos participantes descreveram o entorno domiciliar da atividade de *Sit-to-stand* como circunstância que permitia atender às suas necessidades, especialmente porque permitiu que os participantes usufruíssem de sua privacidade enquanto seguiam a atividade. Esse resultado coincide com os dados de pesquisadores anteriores que destacaram que a realização de exercícios em casa permitiu aos participantes a privacidade necessária para realizar exercícios sem se sentirem julgados ou observados⁽⁴⁸⁾. Por outro lado, alguns participantes sentiram que o entorno domiciliar da atividade era desvantajoso, pois retirava deles a oportunidade de integração social. No entanto, tem sido sugerido que, embora os programas baseados em grupo sejam mais eficazes no curto prazo, os programas domésticos parecem ser mais eficazes quando se trata de manutenção da atividade física em pessoas idosas⁽⁴⁹⁾.

Para esses participantes, a possibilidade de fazer a atividade *Sit-to-stand* em seu próprio ritmo, sua adaptabilidade e sua fácil integração em sua rotina diária funcionaram como facilitadores. Esse resultado também é consistente com os achados anteriores da pesquisa apontando que "os idosos devem ser encorajados a ir em seu próprio ritmo, mas também devem ser apoiados para aumentar a intensidade ou a duração quando são capazes de fazer mais⁽⁴⁷⁾. Isso é importante, pois eles podem ter expectativas autolimitantes que precisam ser abordadas, mas que devem ser tratadas com sensibilidade". Além disso, a capacidade de integrar o *Sit-to-stand* na rotina diária dos participantes foi mencionada anteriormente em outros estudos como um fator motivacional para o engajamento na atividade (indicando que uma abordagem colaborativa e consciente da atividade física parece mais aceitável para as pessoas idosas)⁽⁵⁰⁾.

A experiência pessoal com a atividade

Os benefícios percebidos para a saúde, ter metas, ser motivado e ter senso de realização foram fatores individuais que facilitavam a atividade de *Sit-to-stand*. Por outro lado, o impacto das comorbidades, o fatalismo, nenhuma necessidade percebida, o medo de piores desfechos e a falta de motivação foram fatores individuais que dificultavam a atividade. Um dos principais facilitadores para a realização da atividade *Sit-to-stand*

foram as observações dos participantes sobre benefícios pessoais por conta da atividade. Isso foi possível quando os participantes estabeleceram pequenas metas alcançáveis, o que, por sua vez, os motivou e deu a eles uma sensação de realização. O fato de vivenciar o benefício pessoal em decorrência da atividade foi tratado em estudos prévios com idosos⁽⁵¹⁻⁵²⁾. Os autores constataram que maiores benefícios percebidos para a saúde e maior autoeficácia estiveram associados à atividade física entre os idosos. Assim, os benefícios potenciais do engajamento em um estilo de vida que incorpore atividade física regular são melhorar a função física, a independência e a qualidade de vida⁽⁵²⁾. Essas mudanças têm se mostrado benéficas mesmo quando a atividade física é iniciada em um estágio posterior da vida⁽⁵²⁾.

Em uma situação inversa, as comorbidades dos participantes, os temores de piores resultados, a falta de motivação, as visões fatalistas e nenhuma necessidade percebida foram barreiras fundamentais para a realização da atividade de *Sit-to-stand*. Embora ter comorbidades tenha sido provavelmente a barreira mais mencionada para o engajamento na atividade *Sit-to-stand* entre os participantes, os benefícios percebidos pela realização da atividade para a saúde foram os motivadores mais relatados para a adesão à atividade. Esse achado é congruente com a literatura, revelando que o benefício percebido à saúde é um fator que pode funcionar em ambas as direções⁽⁴¹⁾. Pode ser visto como um facilitador motivador incentivando a atividade física ou como uma barreira que prejudica a atividade física quando nenhum benefício é antecipado.

Além disso, quando os próprios participantes do estudo estabeleceram metas para si mesmos, isso promoveu sua participação na atividade. As metas são definidas como representações internas de resultados, eventos ou processos desejados. A definição de metas é uma das estratégias mais aplicadas e universalmente aceitas utilizadas para aumentar a atividade física⁽⁵³⁾.

Com o tempo, sentimentos satisfatórios como motivação e realização apareceram para influenciar positivamente o engajamento dos participantes na atividade *Sit-to-stand*. Outros pesquisadores mostraram que observações semelhantes são preditores de níveis mais elevados de adesão à atividade física e ao exercício^(47,54-56). Além disso, a motivação das pessoas é um fator-chave que influencia a mobilização, especialmente quando são capazes de andar com segurança sozinhas ou com os membros da família⁽⁵⁶⁾.

A experiência interpessoal com a atividade

Os participantes deste estudo relataram que ter um sistema de apoio, um companheiro e não ter exigências

conflitantes são fatores interpessoais que influenciam positivamente sua experiência com a atividade. Família e amigos tiveram papel importante no incentivo à participação e adesão à atividade de *Sit-to-stand*. Enfatizou-se a importância do apoio concreto, a forma de impulsionar e ajudar os participantes e o apoio emocional. Outros pesquisadores têm demonstrado que o apoio da família, amigos, colegas e cuidadores é considerado fundamental para promover e manter o engajamento com qualquer intervenção de exercício/atividade^(48,57). A decisão dos participantes de aceitar o engajamento em uma atividade física é enquadrada pelos impactos fisiológicos e psicológicos da intervenção e também pelas estruturas sociais e culturais em que a pessoa vive⁽⁵⁸⁾. Assim, fatores sociais e culturais parecem moldar as expectativas de engajamento na atividade *Sit-to-stand*.

O significado das redes sociais também foi demonstrado por sentimentos de obrigação em relação à família. As obrigações percebidas com para com a família resultaram em exigências conflitantes dificultando o engajamento dos participantes na atividade *Sit-to-stand*. Foi revelado que as dificuldades para manter o equilíbrio e priorizar os fatores importantes da vida e falta de apoio da família despertam sentimento de culpa e dever, muitas vezes resultando na diminuição da adesão e abandono das atividades físicas⁽⁵⁹⁾. Vale ressaltar que, em inúmeros estudos, uma barreira comum relatada por grupos desprivilegiados de idosos foi a concorrência das responsabilidades familiares⁽⁵⁹⁾.

Cabe destacar que este estudo é o primeiro a captar percepções e experiências da atividade *Sit-to-stand* em idosos brasileiros que habitam a comunidade urbana. À medida que outros pesquisadores comecem a avaliar populações de idosos com problemas de mobilidade nos países do Sul Global e aquelas que apresentam múltiplas comorbidades, os dados deste estudo podem ser usados como meio de comparação. Os achados deste estudo são ricos porque houve grande variação entre a demografia dos participantes. Assim, este estudo pode auxiliar na compreensão de como fatores relacionados aos ambientes cultural, psicossocial, físico e de saúde dos idosos facilitam ou dificultam a adequação e a utilidade das intervenções relacionadas à atividade física em seu cotidiano. Os achados deste estudo também apoiam a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para a compreensão da mobilidade dentro do *continuum* funcionalidade – incapacidade.

A mobilidade funcional é vital para a atividade e a participação e reduz a dependência. Especificamente no Sul Global, pessoas idosas com problemas significativos de mobilidade correm o risco de apresentar piores resultados de saúde no que diz respeito à mobilidade⁽¹¹⁻¹²⁾. Os enfermeiros estão em uma posição privilegiada para

facilitar mudanças na prática e na educação que possam reduzir a incapacidade, melhorar a mobilidade e aumentar a confiança entre os pacientes e os profissionais de saúde. Os achados deste estudo podem ser usados para melhorar a saúde das pessoas idosas, uma vez que fornecem dicas importantes sobre como melhorar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para auxiliá-los na gestão eficaz dos desafios da mobilidade.

Reconhecer e compreender as barreiras percebidas à mobilidade dos idosos é um importante primeiro passo para o desenvolvimento da conscientização clínica e a minimização dos problemas de mobilidade. No Brasil, entre as tarefas da equipe da Estratégia Saúde da Família, as visitas domiciliares são um dos pilares do programa. As visitas domiciliares permitem aos profissionais de saúde conhecer o contexto social e identificar as necessidades de saúde dos pacientes para apoiar ações voltadas à prevenção de doenças e à promoção da saúde comunitária. Assim, um importante achado deste estudo foi que os enfermeiros eram um dos profissionais da equipe de saúde que frequentemente realizavam visitas domiciliares. Esses enfermeiros comunitários de saúde do programa Estratégia Saúde da Família tiveram maior acesso ao ambiente doméstico dos pacientes, o que permitiu observações frequentes de seu contexto. O acesso que os enfermeiros têm ao contexto dos idosos lhes oferece a oportunidade de desempenhar seu papel como advogados dos pacientes.

Além disso, a natureza holística da assistência à enfermagem prepara adequadamente os enfermeiros para servirem como elos entre os pacientes e os serviços de saúde, facilitando assim a integração em todos os domínios do cuidado. Os enfermeiros não devem subestimar sua capacidade de influenciar o acesso a um atendimento adequado, eficiente e eficaz de qualidade. Eles estão em uma excelente posição para compartilhar com vários setores a importância de contar com serviços de saúde adequadamente disponíveis.

O presente estudo sugere a necessidade de se produzirem mais pesquisas sobre preferências culturais e normas sobre facilitadores e barreiras para a atividade física no Sul Global. Os valores culturais e normas dos idosos em relação aos comportamentos para com a atividade física são primordiais para a implementação da atividade *Sit-to-stand* como intervenção, o que sugere que futuras pesquisas sobre grupos marginalizados e estigmatizados precisam evitar unir diferentes grupos etnoculturais para entender melhor a influência de culturas distintas no comportamento. Assim, levando em consideração esses achados, acreditamos que um estudo de viabilidade plena deve ser realizado agora que os ambientes culturais, sociais, físicos e de saúde que afetam a mobilidade do idoso e a atividade física domiciliar são mais conhecidos.

Apesar dos valiosos achados deste estudo sobre as percepções e experiências dos idosos em relação à atividade *Sit-to-stand*, como em qualquer estudo de pesquisa, há limitações. O recrutamento limitava-se aos idosos que viviam com problemas de mobilidade que consentiram em participar. As percepções e experiências dos idosos que se recusaram a participar podem diferir daqueles que participaram voluntariamente. O efeito Hawthorne pode ter influenciado este estudo, pois buscamos a observação dos participantes e a pedido dos participantes, durante algumas interações entre participantes e pesquisadores, os filhos dos participantes, outros membros da família ou cuidadores estiveram presentes⁽⁶⁰⁾. Além disso, devido ao tempo e recursos limitados, não foram examinadas as percepções e experiências dos prestadores de cuidados de saúde, familiares e formuladores de políticas. Mais pesquisas são necessárias sobre a percepção de outras partes interessadas sobre a atividade *Sit-to-stand* e para determinar se há percepções compartilhadas.

Conclusão

Este estudo fornece novas informações para o campo da investigação sobre a *Sit-to-stand* de idosos, pois se concentra nas percepções de uma faixa etária específica, e atende às inter-relações entre as condições de saúde e os fatores contextuais que afetam a mobilidade dos idosos no Brasil. À medida que a população envelhece, torna-se cada vez mais imperativo compreender as percepções e experiências deste grupo populacional. Ao despertar as perspectivas das pessoas idosas com essa intervenção inovadora em países do Sul Global, este estudo realiza uma contribuição muito necessária para entendimentos individuais, expectativas e razões autorreferidas para a aceitação ou falta de engajamento com a intervenção. O estabelecimento de intenções, o conhecimento de experiências pessoais e interpessoais, bem como a experiência com os componentes de uma intervenção foram considerações fundamentais para a captação e engajamento dos participantes do estudo. Os idosos provavelmente continuarão precisando de cuidados diferenciados, com as intervenções que melhor suprem as necessidades dessa população sendo levadas em consideração. Esses novos achados, agregando as perspectivas dos idosos, representam o primeiro passo para atender às necessidades dessa população.

Agradecimentos

Os autores estão em dívida com todos os participantes por generosamente doar seu tempo para a participação

neste estudo. Além disso, gostaríamos de agradecer a Marie Pawluk pela crítica construtiva ao manuscrito.

Referências

1. Franceschi C, Garagnani P, Morsiani C, Conte M, Santoro A, Grignolio A, et al. The continuum of aging and age-related diseases: common mechanisms but different rates. *Front Med*. 2018;5:61. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00061>
2. Jeste DV, Koh S, Pender VB. Perspective: Social determinants of mental health for the New Decade of Healthy Aging. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2022;30(6):733-6. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.01.006>
3. Ng TP, Zhong X, Gao Q, Gwee X, Chua DQL, Larbi A. Socio-environmental, lifestyle, behavioural, and psychological determinants of biological ageing: the Singapore longitudinal ageing study. *Gerontology*. 2020;66(6):603-13. <https://doi.org/10.1159/00051121>
4. Westbury LD, Syddall HE, Fuggle NR, Dennison EM, Harvey NC, Cauley JA, et al. Relationships between level and change in sarcopenia and other body composition components and adverse health outcomes: findings from the health, aging, and body composition study. *Calcif Tissue Int*. 2021;108(3):302-13. <https://doi.org/10.1007/s00223-020-00775-3>
5. Fong JH. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):323. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1348-z>
6. Machón M, Larrañaga I, Dorronsoro M, Vrotsou K, Vergara I. Health-related quality of life and associated factors in functionally independent older people. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):19. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0410-3>
7. Tornero-Quiñones I, Sáez-Padilla J, Espina Díaz A, Abad Robles MT, Sierra Robles A. Functional ability, frailty and risk of falls in the elderly: relations with autonomy in daily living. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):1006. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031006>
8. Lin SI, Lee HC, Chang KC, Yang YC, Tsauo JY. Functional mobility and its contributing factors for older adults in different cities in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2017;116(2):72-9. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2016.01.011>
9. Webber SC, Porter MM, Menec VH. Mobility in older adults: A comprehensive framework. *Gerontologist*. 2010;50(4):443-50. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq013>
10. World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/standards/>

classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health

11. Andrade FB, Duarte YAO, Souza PRB Junior, Torres JL, Lima-Costa MF, Andrade FCD. Inequalities in basic activities of daily living among older adults: ELISI-Brazil, 2015. *Rev Saude Publica*. 2018;52(Suppl 2):14s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000617>
12. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambriini JVM. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). *Rev Saude Publica*. 2017;51(suppl 1):6s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000013>
13. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing: plan of action [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
14. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development [Internet]. New York, NY: UN; 2015 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>
15. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
16. Kuspinar A, Verschoor CP, Beauchamp MK, Dushoff J, Ma J, Amster E, et al. Modifiable factors related to life-space mobility in community-dwelling older adults: results from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):35. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1431-5>
17. Kleinke F, Penndorf P, Ulbricht S, Doerr M, Hoffmann W, van den Berg N. Levels of and determinants for physical activity and physical inactivity in a group of healthy elderly people in Germany: baseline results of the MOVING-study. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237495. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237495>
18. Stehr P, Rossmann C, Kremer T, Geppert J. Determinants of physical activity in older adults: Integrating self-concordance into the theory of planned behavior. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5759. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115759>
19. Brahm's CM, Hortobágyi T, Kressig RW, Granacher U. The interaction between mobility status and exercise specificity in older adults. *Exerc Sport Sci Rev*. 2021;49(1):15-22. <https://doi.org/10.1249/JES.0000000000000237>
20. Hansen J, Pedersen AR, Sørensen H, Nielsen JF. Analysis of 15 different pelvis marker protocols during Sit-to-stand. *J Biomech*. 2022;130:110875. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2021.110875>
21. Wisnesky UD, Olson J, Paul P, Dahlke S, Slaughter SE, Lopes VF. Sit-to-stand activity to improve mobility in

- older people: a scoping review. *Int J Older People Nurs*. 2020;15(3):e12319. <https://doi.org/10.1111/opn.12319>
22. Malla C, Aylward P, Ward P. Knowledge translation for public health in low- and middle-income countries: a critical interpretive synthesis. *Glob Health Res Policy*. 2018;3:29. <https://doi.org/10.1186/s41256-018-0084-9>
23. Engebretsen E, Sandset TJ, Ødemark J. Expanding the knowledge translation metaphor. *Health Res Policy Syst*. 2017;15(1):19. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0184-x>
24. Squires JE, Hutchinson AM, Coughlin M, Bashir K, Curran J, Grimshaw JM, et al. Stakeholder perspectives of attributes and features of context relevant to knowledge translation in health settings: a multi-country analysis. *Int J Health Policy Manag*. 2021. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.32>
25. Jull J, Giles A, Graham ID. Community-based participatory research and integrated knowledge translation: advancing the co-creation of knowledge. *Implement Sci*. 2017;12(1):150. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0696-3>
26. Wisnesky UD, Paul P, Olson J, Dahlke S. Perceptions and experiences of functional mobility for community-dwelling older people: a focused ethnography. *Int J Older People Nurs*. 2022:e12464. <https://doi.org/10.1111/opn.12464>
27. Roper JM, Shapira J. *Ethnography in nursing research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.
28. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
29. Campbell S, Greenwood M, Prior S, Shearer T, Walkem K, Young S, et al. Purposive sampling: complex or simple? Research case examples. *J Res Nurs*. 2020;25(8):652-61. <https://doi.org/10.1177/1744987120927206>
30. Graham LJ, Connelly DM. "Any movement at all is exercise": a focused ethnography of rural community-dwelling older adults' perceptions and experiences of exercise as self-care. *Physiother Can*. 2013;65(4):333-41. <https://doi.org/10.3138/ptc.2012-31>
31. Bruner B, Chad K. Physical activity attitudes, beliefs, and practices among women in a Woodland Cree community. *J Phys Act Health*. 2013;10(8):1119-27. <https://doi.org/10.1123/jpah.10.8.1119>. PMID: 23223757
32. Aldiabat KM, Le Navenec CL. Data saturation: the mysterious step in grounded theory methodology. *Qual Rep*. 2018;23(1):245-61. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2018.2994>
33. Spradley JP. *Participant observation*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston; 1980.

34. Batty E. Sorry to say goodbye: the dilemmas of letting go in longitudinal research. *Qual Res.* 2020;20(6):784-99. <https://doi.org/10.1177/1468794120905737>
35. Cho J, Trent A. Validity in qualitative research revisited. *Qual Res.* 2006;6(3):319-40.
36. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
37. Spradley JP. *The ethnographic interview.* New York, NY: Holt, Rinehart and Winston; 1979.
38. Tracy SJ. Qualitative quality: Eight big-tent criteria for excellent qualitative research. *Qual Inq.* 2010;16(10):837-51. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
39. World Health Organization. *Global report on ageism* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
40. Robertson G. Ageing and ageism: the impact of stereotypical attitudes on personal health and well-being outcomes and possible personal compensation strategies. *Self Soc.* 2017;45(2):149-59. <https://doi.org/10.1080/03060497.2017.1334986>
41. Levy BR, Chang ES, Lowe SR, Provolò N, Slade MD. Impact of media-based negative and positive age stereotypes on older individuals' mental health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2022;77(4):e70-e75. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab085>
42. Lu Q, Wang D, Fu L, Wang X, Li L, Jiang L, et al. The effect of stigma on social participation in community-dwelling Chinese patients with stroke sequelae: a cross-sectional study. *Clin Rehabil.* 2022;36(3):407-14. <https://doi.org/10.1177/02692155211050558>
43. Fishbein M. A theory of reasoned action: some applications and implications. In: How H, Page M, editors. *Nebraska Symposium on Motivation.* 27. Lincoln, NB: University of Nebraska Press; 1980. p. 65-116.
44. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research.* Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.
45. Triandis HC. Values, attitudes, and interpersonal behavior. In: Howe H, Page M, editors. *Nebraska Symposium on Motivation.* 27. Lincoln, NB: University of Nebraska Press; 1980. p. 195-259.
46. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo BL, Petty LL, editors. *Social Psychophysiology: A Sourcebook.* London: Guilford Press; 1983. p. 153-77.
47. Devereux-Fitzgerald A, Powell R, Dewhurst A, French DP. The acceptability of physical activity interventions to older adults: a systematic review and meta-synthesis. *Soc Sci Med.* 2016;158:14-23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.006>
48. Jansons PS, Robins L, Haines TP, O'Brien L. Barriers and enablers to ongoing exercise for people with chronic health conditions: participants' perspectives following a randomized controlled trial of two interventions. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;76:92-9. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.02.010>
49. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;2005(1):CD004017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004017.pub2>
50. Beauchamp MR, Ruissen GR, Puterman E, Sheel AW, Dunlop WL, Estabrooks PA, et al. Group-based physical activity for older adults (GOAL) randomized controlled trial: exercise adherence outcomes. *Health Psychol.* 2018;37(5):451-61. <https://doi.org/10.1037/hea0000615>
51. McMullan II, Bunting BP, Blackburn NE, Wilson JJ, Deidda M, Caserotti P, et al. The mediating role of self-regulation and self-efficacy on physical activity change in community-dwelling older adults (>= 65 Years): an experimental cross-lagged analysis using data from SITLESS. *J Aging Phys Act.* 2021;29(6):931-40. <https://doi.org/10.1123/japa.2020-0322>
52. Shaikh AA, Dandekar SP. Perceived benefits and barriers to exercise among physically active and non-active elderly people. *DCID.* 2019;30(2):73-83. <https://doi.org/10.5463/dcid.v30i2.839>
53. Swann C, Rosenbaum S. Do we need to reconsider best practice in goal setting for physical activity promotion? *Br J Sports Med.* 2018;52(8):485-6. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098186>
54. Bethancourt HJ, Rosenberg DE, Beatty T, Arterburn DE. Barriers to and facilitators of physical activity program use among older adults. *Clin Med Res.* 2014;12(1-2):10-20. <https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1171>
55. Irizarry T. *The role of mobile health in individually tailored self-management interventions to promote adherence to an exercise program for older adults with osteoarthritis of the knee and hypertension [Dissertation].* Pittsburgh: University of Pittsburgh; 2017.
56. Graf CL. *Patient, nurse, and hospital factors that influence the mobility of hospitalized older adults [Dissertation].* San Francisco, CA: University of California; 2013.
57. Bunn F, Dickinson A, Barnett-Page E, McInnes E, Horton K. A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing Soc.* 2008;28:449-72. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006861>
58. Child S, Goodwin V, Garside R, Jones-Hughes T, Boddy K, Stein K. Factors influencing the implementation

of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implement Sci.* 2012;7:91. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-91>

59. Spiteri K, Grafton K, Bekhet AH, De Caro JX, Laventure B, Broom D. Barriers and motivators of physical activity participation in middle-aged and older adults – a systematic review. *J Aging Phys Act.* 2019;27(4):929-44. 10.1123/japa.2018-0343

60. Stacy RN. Hawthorne Effect. Ipswich, MA: Salem Press; 2019.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Uirá Duarte Wisnesky, Joanne Olson, Pauline Paul, Sherry Dahlke.

Obtenção de dados: Uirá Duarte Wisnesky. **Análise e interpretação dos dados:** Uirá Duarte Wisnesky, Joanne Olson, Pauline Paul, Sherry Dahlke. **Obtenção de financiamento:** Uirá Duarte Wisnesky. **Redação do manuscrito:** Uirá Duarte Wisnesky, Joanne Olson, Pauline Paul, Sherry Dahlke. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Uirá Duarte Wisnesky, Joanne Olson, Pauline Paul, Sherry Dahlke.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 22.03.2022
Aceito: 18.08.2022

Editora Associada:
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:
Uirá Duarte Wisnesky
E-mail: uira.wisnesky@ualberta.ca
 <https://orcid.org/0000-0002-0643-6097>