

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
ANGEL GÓES CAMINHA

**PERCEPÇÃO DE BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DE
ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS QUE VIVEM COM O HIV**

Florianópolis
2017.

ANGEL GÓES CAMINHA

**PERCEPÇÃO DE BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DE
ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS QUE VIVEM COM O HIV**

Monografia submetida ao Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Graduado em Educação Física- Bacharelado.
Orientador: Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech
Coorientador: Prof. Ddo. Luiz Rodrigo Augustemak de Lima

Florianópolis

2017.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Caminha, Angel Góes

Barreiras e facilitadores para a prática de atividade física em adultos que vivem com HIV / Angel Góes Caminha ; orientador, Cassiano Ricardo Rech, coorientador, Luiz Rodrigo Augustemak de Lima, 2017.

53 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Barreiras. 3. Facilitadores. 4. HIV. 5. AIDS. I. Rech, Cassiano Ricardo . II. Lima, Luiz Rodrigo Augustemak de. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Educação Física. IV. Título.

Angel Góes Caminha

**BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE
FÍSICA EM ADULTOS QUE VIVEM COM HIV**

Educação Física- Bacharelado, com a nota 9,5.

Florianópolis, 20 de junho de 2017.

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech

Orientador

Centro de Desportos/UFSC



Prof. Ddo. Luiz Rodrigo Augustemak de Lima

Coorientador

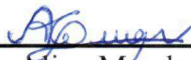
Centro de Desportos/ UFSC



Prof. Dr. Rosane Carla Rosendo

Membro

Centro de Desportos/UFSC



Prof. Dr Aline Mendes Gerage da Silva

Membro

Centro de Desportos/ UFSC

RESUMO

A atividade física (AF) pode auxiliar pessoas que vivem com HIV como terapia não medicamentosa na melhora da saúde, que pode estar comprometida pelos efeitos adversos da infecção e da terapia antirretroviral combinada. No entanto, mesmo com todos os benefícios, muitas pessoas que possuem o diagnóstico positivo para o HIV, não praticam nenhum tipo de AF. Os determinantes que favorecem, ou não a adesão e aderência a uma vida ativa, podem ser negativos ou positivos e são chamados de barreiras e facilitadores, respectivamente. Assim, esse estudo objetiva identificar as barreiras e facilitadores para a prática de AF em pessoas que vivem com HIV. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi composta por 10 indivíduos (seis homens e quatro mulheres), com idade entre 30 a 55 anos, com diagnóstico positivo para o HIV. Todos os participantes residem em Florianópolis. Inicialmente os indivíduos responderam a um questionário sociodemográfico e sobre atividade física. Posteriormente, os mesmos participaram de dois grupos focais, afim de levantar as barreiras e facilitadores que encontram em seu dia-a-dia para a prática de AF. Todos os participantes receberam, ao final do grupo focal, um acelerômetro modelo ActiGraph GT3X+ para mensurar seu nível de AF. Como resultados dos relatos obtidos nos grupos focais foi observado maior frequência de barreiras do que de facilitadores. As barreiras a prática de AF mais relatadas foram as doenças gerais (36,7%), seguida do HIV/tratamento/doenças oportunistas (30,1%), falta de acompanhamento profissional/qualificação profissional (28,4%) e falta de motivação (18,4%). Entre os facilitadores, o mais relatado foi o acompanhamento de um profissional qualificado da área para auxiliar na orientação e supervisão da atividade física (3,1%), seguido do acesso a locais próprios para a prática esportiva (2,2%) e conhecimento sobre os benefícios da prática de atividade física para pessoas que vivem com HIV (1,9%). Na análise da atividade física habitual dos participantes foi encontrada média de 30,2 (\pm) e 183,8 (\pm) minutos de atividade física moderada à vigorosa acumulados no dia e ao longo de uma semana, respectivamente. Por fim, pode-se concluir que os adultos que vivem com HIV enfrentam um elevado número de barreiras para AF, que estão relacionados com os efeitos adversos das doenças, mas também relataram importantes facilitadores que podem ser empregados em intervenções para promover AF neste grupo.

Palavras-chave: HIV. Aids. Barreiras. Facilitadores. Atividade Física.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 JUSTIFICATIVA	7
1.2 OBJETIVOS	7
1.2.1 Objetivo geral	7
1.2.2 Objetivos específicos	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 PREVALÊNCIA DE PESSOAS COM HIV NO MUNDO E NO BRASIL E A QUESTÃO DA MAIOR SOBREVIVÊNCIA	9
2.2 BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV	11
2.3 PREVALÊNCIA DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV	13
2.4 BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV	15
3 MÉTODO	17
3.1 DELINEAMENTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	17
3.2 DESENVOLVIMENTO DO GRUPO FOCAL	18
3.3 ACELEROMETRIA.....	18
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	19
4 RESULTADOS	20
5 DISCUSSÃO	26
6 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE	37
ANEXO	49

1 INTRODUÇÃO

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso; ainda, quando a atividade física é planejada, estruturada, organizada e periodizada, ela passa a ser considerada como exercício físico (CASPERSEN et al., 1985). Intervenções em ambas as abordagens – atividade física e exercício físico – proporcionam benefícios aos praticantes, porém a atividade física tem como principais vantagens a facilidade de se encaixar mais facilmente na rotina do indivíduo e de manter sua autonomia, uma vez que não necessita de auxílio e orientações para a sua realização e seu custo é baixo.

Para ser considerado ativo o indivíduo adulto deve praticar, pelo menos, 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana, em blocos acumulados de, no mínimo, 10 minutos (OMS, 2013). Atingir esse nível de atividade física pode contribuir na prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo II, doenças cardiovasculares coronarianas e mentais, como a depressão (CARVALHO et al., 1996). Os benefícios são importantes tanto para o indivíduo, quanto para a sociedade, uma vez que existe uma relação inversa entre o nível de atividade física e o custo com medicamentos, consultas e internações, ou seja, quanto mais ativo o indivíduo é, menor é a probabilidade de ele necessitar de assistência e intervenções médicas (BUENO et al., 2016).

Em pessoas que vivem com o HIV, a atividade física tem sido indicada como terapia não medicamentosa, no sentido de minimizar disfunções metabólicas, melhorar a composição corporal, através do aumento da massa corporal magra e redução da massa corporal gorda, aumentar a força e melhorar a capacidade cardiorrespiratória, o que em termos gerais pode contribuir para minimizar o risco de doenças coronarianas (SAID et al., 2016). Além dos benefícios anteriormente citados, a prática regular de atividade física diminui o stress e aumenta a sensação de bem-estar e a interação com outras pessoas, o que contribui para um aumento na qualidade de vida e diminuição do risco de desenvolvimento da depressão (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2012).

O *status* de doença crônica da infecção pelo HIV foi atingido nos anos 90 devido ao advento da terapia antirretroviral combinada (TARV), o que possibilitou aos pacientes uma maior sobrevida pela redução da incidência de infecções oportunistas e mortalidade (BRASIL, 2015). O uso prolongado da TARV pode acarretar prejuízos ao paciente, como a lipodistrofia e dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, o que aumenta o risco de doenças

cardiovasculares (SEIDL et al., 2007), além de prejuízos na absorção e utilização do oxigênio pelos músculos, o que pode ocasionar, pelo menos em parte, uma diminuição da aptidão aeróbia (MENDES et al., 2013). Contudo, sem a medicação antirretroviral o paciente fica sujeito aos efeitos do HIV, que podem ser piores e levarem a óbito. O HIV tem efeito sobre a resistência à insulina, alterações cardiovasculares, como a aterosclerose, aumento da inflamação e lipoatrofia (RIGHETTO et al., 2015) fatores que também podem levar a uma menor aptidão aeróbia, como indicador de risco de mortalidade. A percepção de incapacidade que a baixa aptidão, em conjunto com alterações lipodistróficas como gibosidade dorsal, ginecomastia e aumento da mama em mulheres, diminuição de gordura da face e das extremidades (SIGNORINI et al., 2012), pode resultar em um nível menor de atividade física, menor adesão ao tratamento e culminar na redução das chances de melhora clínica do indivíduo que vive com HIV.

Apesar de todos os benefícios, muitas pessoas que vivem com o HIV não praticam regularmente atividade física, isso foi demonstrado no estudo realizado por Eidam et al, com 111 adultos onde, após análise por entrevista, a adesão a prática de atividade física foi considerada insatisfatória (EIDAM et al., 2006). Como principais barreiras para a adesão, Ribeiro et al. (2013) encontrou o cansaço/ preguiça, falta de companhia, doença/lesão e medo de se machucar. Em outro estudo, realizado em 2015 na África do Sul, foram identificados o cansaço/baixa energia, stress, responsabilidade familiar, ambiente físico, criminalidade e o fato de possuir um trabalho sedentário, como as principais barreiras à prática de atividade física, por outro lado, o apoio familiar e o acesso a parques e campos, foram considerados fatores que facilitam a adesão à atividade física (ROOS et al., 2015).

Para diminuir as barreiras encontradas para a prática regular de atividades físicas e aumentar os facilitadores em adultos que vivem com HIV são necessários mais estudos que identifiquem estes determinantes, obtidos e analisados por uma perspectiva qualitativa. Isto fundamentara programas de intervenção e políticas públicas para esta população. Assim, o maior nível de atividade física em conjunto com o tratamento medicamentoso poderá contribuir para a melhora em aspectos cardiovasculares, aptidão aeróbia, composição corporal e dislipidemias (LEY; BARRIO, 2012) o que colaboraria para que as pessoas que vivem com HIV possam ter uma qualidade de vida.

1.1 JUSTIFICATIVA

Para que um programa de atividades físicas seja adequado as necessidades e possibilidades das pessoas que vivem com o HIV é necessário que se conheça a realidade dessas pessoas, os determinantes para a prática de atividade física, aquilo que as motiva e o que as impede de aderir a vida ativa. No entanto, para a obtenção desses dados é necessário que mais estudos sobre o tema sejam realizados no Brasil, visto que a maior parte de informações vem de outros países, onde a realidade e a população são distintas.

Justifica-se este estudo também pela forma de coleta dos dados, com grupo focal, visto que pode influenciar nos resultados finais, a obtenção e análise de conteúdo. O único estudo sobre barreiras para indivíduos com HIV, com relação à atividade física realizado no Brasil (RIBEIRO et al., 2013), teve como forma de coleta de dados, questionário, o que, apesar de possuir vantagens como a aplicação a um grande número de pessoas e o baixo custo, tem as perguntas fechadas, o que pode limitar as respostas às alternativas disponíveis no instrumento. Já o grupo focal, por se tratar de uma ferramenta de estudo qualitativo e que promove a discussão sobre o tema proposto, permite aos pesquisadores conhecerem a real situação de cada indivíduo.

Portanto, conhecer as barreiras, bem como os facilitadores, é o primeiro passo para a elaboração de um programa de atividades físicas que seja incorporado na rotina diária de pessoas que vivem com HIV, justificando-se assim a elaboração deste estudo.

1.2 OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo estão divididos em objetivo geral e três específicos, e serão descritos a seguir.

1.2.1 Objetivo geral

Analisar as barreiras e facilitadores percebidos para a prática de atividade física em adultos que vivem com o HIV.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever a atividade física habitual de adultos que vivem com HIV.

- b) Identificar as barreiras para a prática de atividade física em adultos que vivem com o HIV.
- c) Identificar os facilitadores prática de atividade física em adultos que vivem com o HIV.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A seguinte revisão de literatura aborda temas relacionados a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e atividade/exercício físico praticados por pessoas que vivem com o HIV. Para melhor leitura e compreensão do tema, a revisão de literatura foi dividida em quatro tópicos.

O primeiro tópico traz um breve histórico da doença, seguido por informações atuais acerca do número de infectados pelo HIV, o que demonstra a relevância do tema proposto. Por fim, é abordada a criação da terapia antirretroviral combinada (TARV), o que permitiu uma maior qualidade de vida para pessoas que vivem com o HIV. O tópico seguinte trata sobre as alterações que o HIV traz ao organismo do paciente e as formas que a atividade/exercício físico podem contribuir para a sua melhora clínica.

Os dois últimos tópicos vão diretamente de encontro ao tema do trabalho, o primeiro aborda o nível de atividade física praticado por adultos que não tem a infecção e por aqueles que vivem com o HIV. O último tópico explica o conceito ecológico de determinantes positivos e negativos e traz aquilo que existe na literatura acerca das barreiras e facilitadores para a prática de atividade física por adultos que vivem com HIV.

2.1 PREVALÊNCIA DE PESSOAS COM HIV NO MUNDO E NO BRASIL E A QUESTÃO DA MAIOR SOBREVIVÊNCIA

Os primeiros casos conhecidos de infecção pelo HIV foram notificados nos Estados Unidos e na África do Sul entre os anos de 1977 e 1980, isso ocorreu devido ao elevado número de jovens que apresentaram o sarcoma de *Kaposi* e um tipo raro pneumonia, doenças mais comuns em idosos, nos quais o sistema imune já se encontra imunossuprimido. O fato chamou a atenção da vigilância entidades epidemiológicas que, ao examinarem os pacientes, identificaram uma deficiência adquirida no sistema imunológico, o vírus da imunodeficiência humana causador da AIDS foi descoberto apenas em 1984 (BRASIL, 2004).

Em 2014 o número de pessoas vivendo com HIV no mundo já chegava a 36,9 milhões, sendo que destes, aproximadamente 17,1 milhões não sabiam da doença (UNAIDS/ONUSIDA, 2015). Desde a sua descoberta, o local com maior prevalência do vírus HIV no mundo tem sido a África subsaariana com 60% dos casos (MARTINS et al., 2014), mesmo sendo um dado preocupante, desde 2000 os números de novas infecções vêm diminuindo no país (UNAIDS/ONUSIDA, 2015). Além do grande número de casos registrados na população mais

jovem, tem aumentando o número de infecção pelo HIV em pessoas com mais de 50 anos, esse aumento vem acontecendo desde 2007 em todo o mundo e se deve principalmente a hábitos de risco adotados por essa população (UNAIDS/ONUSIDA, 2013).

No Brasil, a epidemia de AIDS teve início em 1980 e até junho de 2000 já haviam sido notificados 190.949 casos e a infecção atingido 59% dos municípios do país (DE BRITO et al., 2000). Em junho de 2015 o número de notificações da doença já havia subido para 798.366 (BRASIL, 2015.). Até 1995 as maiores prevalências de pessoas infectadas pelo HIV foram identificadas nas capitais da região Sul e Sudeste, após esse período inicial houve uma expansão dos casos, especialmente nas capitais da região Nordeste e Centro-Oeste e, em 2015, já havia concentração da doença em todo o território nacional (BRASIL, 2015.) sendo que as regiões sul e sudeste apresentaram diminuição dos casos nos últimos 10 anos, em detrimento da taxa de crescimento (2%) do vírus no Brasil (MARTINS et al., 2014). A maior parte dos casos da doença, no Brasil, foi registrada em homens (65%) e a faixa etária com maior prevalência de pessoas infectadas pelo HIV é dos 25 aos 39 anos, para ambos os sexos (BRASIL, 2015.).

A TARV surgiu no início dos anos 90, e sofreu diversas mudanças, indo de uma monoterapia com Zidovudina, até a terapia tríplice utilizada atualmente, como linha de frente no tratamento do HIV (BONOLO et al., 2007). A TARV veio como uma tentativa de melhorar as chances de sobrevivência das pessoas que vivem com o HIV (SEIDL et al., 2007; BRASIL, 2015) e se mostrou eficaz em aumentar a imunidade do paciente e diminuir as infecções por doenças oportunistas (BONOLO et al., 2007; BRASIL, 2015). Para que o tratamento seja efetivo é necessário uma série de adequações por parte do indivíduo, como horários rígidos para tomar os remédios, quantidade elevada de comprimidos e hábitos alimentares específicos para a medicação indicada. Todos esses fatores, combinados com efeitos colaterais e psicológicos e com os sintomas causados pela medicação, podem levar a não aderência ao tratamento e culminar na morte do paciente (SILVA et al., 2013).

Além da não aderência ao tratamento, outro dado preocupante é o número de pessoas que chegam a ter acesso a medicação, em 2014 essa taxa foi de 40% em todo o mundo, o que mesmo sendo um percentual muito baixo, representou um aumento significativo, já que em 2000, apenas 1% das pessoas que viviam com HIV puderam realizar o tratamento (UNAIDS/ONUSIDA, 2015). No Brasil, a TARV começou a ser disponibilizada de forma gratuita em 1996 e em 2012, 220 mil pessoas possuíam acesso a medicação (BRASIL, 2012).

Afim de combater a infecção, a UNAIDS/ONUSIDA traçou um plano que tem como principal objetivo a erradicação da doença em 2030. Para que isso seja possível os países têm como meta até 2020: que 90% das pessoas que vivem com HIV saibam que são soropositivas,

que 90% das pessoas que vivem com HIV tenham acesso ao tratamento e que 90% delas tenham sua carga viral suprimida e que 75% de novas infecções sejam evitadas (UNAIDS/ONUSIDA, 2015).

Todas essas metas poderão ser alcançadas desde que os países trabalhem juntos para que as pessoas que vivem com HIV recebam, além do acesso a medicação, um tratamento humanizado, e para isso, devem ser realizadas políticas públicas tanto de inclusão, quanto de educação, com informações acerca doença. Também, quanto maior for o conhecimento das pessoas sobre o HIV, menor será o estigma sobre aqueles que possuem a doença (UNAIDS/ONUSIDA, 2015).

2.2 BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

A infecção pelo HIV em conjunto com efeitos colaterais da terapia antirretroviral combinada, podem causar prejuízos ao organismo do indivíduo, esses prejuízos podem ocorrer no perfil metabólico, morfológico, funcional e psicológico (BRASIL, 2012).

O perfil metabólico envolve as dislipidemias, lipodistrofia, alterações glicêmicas, resistência à insulina e, em casos mais raros, acidose láctica, que pode levar o indivíduo a óbito (BRASIL, 2012). A dislipidemia, quando ocorre em associação ao HIV, pode causar o aumento do colesterol total, LDL e triglicérides, mas com diminuição do HDL, já as alterações glicêmicas podem acarretar em resistência à insulina e levar a diabetes melitus (VALENTE et al., 2005; BRASIL, 2012; DA SILVA et al., 2016), além de representar um fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial (BRASIL, 2015).

A lipodistrofia é caracterizada como uma redistribuição anormal da gordura corporal; Essa redistribuição pode ser dividida em dois componentes: lipoatrofia, onde ocorre a diminuição progressiva da gordura subcutânea nas extremidades do corpo (face, membros inferiores e superiores), e lipo-hiperftroa, que é o aumento de gordura na região abdominal, do pescoço, gibosidade dorsal, ginecomastia e aumento da mama em mulheres (VALENTE et al., 2005). O paciente pode apresentar umas das subdivisões, ou uma associação das duas (PINHEIRO, 2015). Essas alterações aparecem, em geral, ligadas a dislipidemias (DA SILVA et al., 2016). O primeiro caso da lipodistrofia foi documentado em 1997, mas só em 1998 foi encontrada relação da doença com o HIV, atualmente, o número de pessoas soropositivas que possuem a lipodistrofia é estimado entre 30 e 50% (BRASIL, 2012).

Todas essas alterações no perfil metabólico podem acarretar em um quadro de síndrome metabólica e elevar o risco de desenvolvimento de doença cardiovascular (BRASIL, 2012; 2015). As alterações metabólicas também podem ocorrer no tecido ósseo. Pessoas que vivem com HIV tem risco aumentado de apresentar diminuição na densidade mineral óssea, o que compromete a qualidade do tecido (BRASIL, 2012).

O perfil morfológico diz respeito às características físicas que o indivíduo infectado pelo HIV passa a ter, essas características podem estar ligadas a lipodistrofia e a outros fatores da disfunção metabólica, mas também incluem a redução da massa magra, que causa inúmeros prejuízos ao indivíduo (KRAMER et al., 2009). Em decorrência dessa diminuição do volume muscular, a capacidade do musculo esquelética de absorver e utilizar o oxigênio fica prejudicada, acarretando em uma diminuição da aptidão aeróbia do indivíduo (MENDES et al., 2013).

Com a aptidão cardiorrespiratória diminuída e com um volume menor de músculos para produzir força, o indivíduo que vive com HIV pode enfrentar dificuldade na sua capacidade funcional, ao tentar realizar atividades da vida diária. A percepção de incapacidade física que a baixa aptidão pode gerar, em conjunto com as alterações sofridas no corpo podem levar o indivíduo a uma situação de estresse e depressão, afetando o perfil psicológico (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2012), esse estado psicológico frágil pode levar a uma menor resposta imune por parte do organismo, acarretando em um aumento na carga viral do paciente (MEDEIROS et al., 2013). Todos os fatores estão ligados entre si e podem se acumular e levar o indivíduo a abandonar o tratamento, o que culminaria na sua morte.

Em pessoas que vivem com o HIV, a atividade física é indicada para fins terapêuticos, afim de minimizar as disfunções citadas anteriormente e ajudar na aderência do indivíduo ao tratamento. Os primeiros relatos dos benefícios da atividade física para pessoas que vivem com HIV começaram em 1988 e incluíam melhora na contagem de linfócitos TCD4+ especialmente nos estágios iniciais da doença, as células TCD4+, agem na defesa do organismo e são primariamente atacadas pelo HIV, (FECHIO et al., 1998). No entanto, estudos posteriores não encontraram resultados semelhantes; uma revisão de literatura realizada com estudos feitos na África do Sul entre 2010 e 2011, não evidenciou relação entre exercício físico e aumento na contagem de linfócitos TCD4+, mas foram observados melhora em parâmetros cardiovasculares, na musculatura esquelética e força, e no metabolismo dos indivíduos, além de melhora no seu estado psicológico (depressão, humor) (LEY; BARRIO, 2012).

Outro estudo de revisão de literatura realizado recentemente, corrobora esses dados. Foram analisados 24 artigos de intervenção utilizando exercícios aeróbios, de força e

combinados em pessoas que vivem com HIV (sendo 78% da amostra total, homens) e não foram constatadas melhora na contagem de células TCD4+ para os grupos que se exercitavam, mas houve melhora no consumo máximo de oxigênio, aumento de força e da massa corporal magra; Além dos fatores físicos, a mesma meta-análise encontrou melhora na depressão e no humor dos indivíduos que se exercitavam (O'BRIEN et al., 2016).

Anteriormente, uma revisão de literatura com meta-análise teve como objetivo investigar os benefícios do exercício físico resistido combinado com o exercício aeróbio em três esferas: consumo máximo de oxigênio, desempenho muscular e qualidade de vida. Foram analisados 7 artigos, dos quais 6 estudos incluíam homens e mulheres na amostra e um estudo foi realizado apenas com mulheres. Os resultados mostraram melhora em todos os parâmetros analisados, colocando o exercício físico como um importante tratamento não farmacológico para pessoas que vivem com HIV (NETO et al., 2015).

Melhorando a composição corporal, o exercício e a atividade física podem melhorar as características e o perfil lipídico (SIGNORINI et al., 2012), essas melhoras diminuiram as chances do paciente desenvolver doenças cardiovasculares e hipertensão (SAID et al., 2016).

Visto todos os benefícios que pode trazer, a atividade física deve ser estimulada em todos os pacientes com HIV, inclusive entre aqueles que se encontram em estágios mais avançados da doença. As recomendações do nível de atividade física que cada paciente pode realizar é pensado individualmente, de acordo com avaliação realizada por um profissional habilitado e de acordo com seu estágio da doença (BRASIL, 2012).

2.3 PREVALÊNCIA DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2013), para ser considerado ativo o indivíduo adulto deve praticar, pelo menos, 150 minutos de atividade física de intensidade moderada, ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana, em sessões de, no mínimo, 10 minutos (OMS, 2013). No mundo, a prevalência de adultos sem a infecção pelo HIV que não atingem esses critérios é de 31,1%, chegando a 43% nas Américas, sendo que quanto maior a idade maior é a tendência à inatividade física (HALLAL et al., 2012).

No Brasil, dados do VIGITEL coletados em 2014 apontam que 49% da população é insuficientemente ativa, sendo que a maior parte é de mulheres (56%), o mesmo inquérito apontou também que quanto menor a escolaridade, maior é o nível de inatividade física

(BRASIL, 2014), o que sugere que quanto mais informações a pessoa tiver, mais apta ela vai estar para fazer escolhas que auxiliem em sua saúde, como manter uma vida ativa.

Apesar do número expressivo de pessoas insuficientemente ativas, o número de brasileiros que praticam atividade física no seu tempo livre vem tendo um aumento constante desde 2009, em ambos os sexos, sendo que Florianópolis é a cidade do país com maior número de indivíduos ativos (BRASIL, 2014).

Em pessoas que vivem com HIV a prevalência de inatividade física também é elevada, isso foi demonstrado em um estudo realizado no Brasil com 111 indivíduos soropositivos onde, após análise por entrevista, a adesão a prática de atividade física foi considerada insatisfatória (EIDAM et al., 2006).

Um estudo transversal realizado em Rwanda que buscou analisar o nível de atividade física em 407 pacientes que faziam uso da TARV, corrobora esses dados. Os resultados foram analisados em quatro domínios: atividade física no lazer, atividade física doméstica, atividade física no trabalho e deslocamento a pé para o trabalho, os indivíduos se mostraram inativos em todos os domínios, com percentuais indo de 62 a 83%. Foi avaliado também a composição corporal através do IMC e 40% da amostra foi classificada como obesa, enquanto 43% se mostraram estar acima do peso, a obesidade mostrou forte associação com a inatividade física (FRANTZ; MURENZI, 2013).

Uma revisão de literatura realizada com artigos de janeiro de 1990 a julho de 2011 buscou identificar as taxas de prevalência de inatividade física e sedentarismo, bem como os benefícios da prática regular de exercícios aeróbios e de força. Dos 2.838 artigos encontrados, 24 se encaixaram nos critérios de inclusão e foram analisados, desses, 14 artigos foram destinados a responder à questão do nível de atividade física. Apesar de não haver consenso nas formas de mensuração do nível de atividade física em pessoas que vivem com HIV, o percentual de sedentarismo foi demonstrado em 13 artigos, com valores indo de 19 a 73% (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2012).

São poucos os artigos que tratam sobre a questão da prevalência de atividade física em pessoas que vivem com HIV, mas há um consenso de que os níveis de inatividade física nessa população são altos e que isso pode prejudicar ainda mais sua qualidade de vida.

2.4 BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

Para a compreensão dos motivos de haver um percentual tão alto de pessoas inativas fisicamente, visto todos os benefícios conhecidos da atividade física, é necessário que se estude os determinantes positivos e negativos, ou seja, os fatores que impedem que o indivíduo tenha uma vida ativa e quais os motivam. Pode-se usar, para isso, o modelo ecológico que elenca os fatores em cinco grupos que vão desde determinantes globais, até os individuais, passando pelos fatores governamentais, ambientais e interindividuais (BAUMAN et al., 2012).

Os determinantes globais referem-se a urbanização, a mídia e normas sociais e culturais; os governamentais tem a ver com as políticas públicas que possibilitam o acesso a atividade física, como a criação de parques e locais próprios para a realização de atividade física, meios de transporte, informações e educação acerca dos benefícios e cuidados na realização dessas atividades; o fator ambiental se caracteriza pelos espaços públicos a que o indivíduo tem acesso e que são propícios para a prática de atividades físicas, o clima, meio de transporte e segurança; o fator interindividual é um dos mais importantes e se refere ao suporte social que é recebido e percebido pelo indivíduo, esse suporte pode vir de amigos, familiares e conhecidos; já o fator individual tem a ver com determinantes psicológicos, como o se sentir bem praticando atividade física e se sentir bem na presença de outras pessoas do grupo, além de forte relação com a experiência prévia que o indivíduo teve na infância, quanto maior e mais saudável tiver sido essa experiência, mais propenso o indivíduo estará à aderir a uma vida ativa e saudável (BAUMAN et al., 2012).

Todos os determinantes podem ser negativos ou positivos, e são denominados de barreiras ou facilitadores, respectivamente. Possivelmente todos os determinantes sofrem uma amplificação diante de alguma situação crítica, como a doença. Pessoas que vivem com o HIV podem ter nos fatores individuais, por exemplo, muito mais barreiras do que pessoas que não possuem a infecção, como o medo de que outras pessoas do grupo saibam de sua situação, o medo de infectá-las e a vergonha por alterações corporais que podem ter sofrido

Possuir mais determinantes negativos aumenta a chance de que o indivíduo não alcance os valores mínimos da recomendação atual de atividade física, o que pode prejudicar sua saúde.

Um estudo realizado em 2013, com indivíduos soropositivos, identificou através de questionário, que as principais barreiras para a não aderência a prática de atividade são: o cansaço/ preguiça, falta de companhia, doença/lesão e medo de se machucar (RIBEIRO et al., 2013). Quase todas as barreiras citadas no artigo podem ser vistas em estudos com pessoas que

não possuem a infecção e de diferentes faixas etárias (CASSOU et al., 2008; SANTOS et al., 2010). Entretanto, pessoas que vivem com o HIV tem o agravante de possuir uma doença crônica, que causa diversas disfunções no organismo e o conhecimento desse fato pode desencorajar o indivíduo que deseja iniciar um programa de atividades físicas. O medo de se machucar pode estar ligado a imunossupressão que o exercício intenso causa no organismo, entretanto, existem evidências científicas de que a realização de atividade/exercício físico de forma leve a moderada causa a estabilização do sistema imune, além de diversos outros benefícios para a saúde do paciente (BRASIL, 2012).

Roos et al (2015), realizou um estudo na África do Sul onde um grupo de pessoas que vivem com HIV deveriam realizar um programa de atividade física e, durante esse período, anotar em seu diário suas dificuldades e facilidades para a prática de atividades físicas. Dessa forma foi possível identificar o cansaço/baixa energia, stress, responsabilidade familiar, ambiente físico, criminalidade e o fato de possuir um trabalho sedentário, como as principais barreiras à prática de atividade física, por outro lado, o apoio familiar e o acesso a parques e campos, foram considerados fatores que facilitam a adesão à atividade física. Um estudo realizado em Rwanda encontrou como principal barreira a falta de motivação (30,5%), seguido da falta de tempo (25,3%) e, por último, medo de agravamento da doença (24,3%), os facilitadores não foram observados no estudo (FRANTZ; MURENZI, 2013).

Nos Estados Unidos, um estudo realizado com 50 mulheres soropositivas trouxe como principais determinantes negativos o cansaço/baixa energia e a falta de suporte social. Nesse estudo as barreiras foram investigadas através de questionário e, além dos determinantes negativos, das 50 mulheres analisadas, 44% apresentaram risco aumentado para depressão (REHM; KONKLE-PARKER, 2016)

A maioria dos determinantes negativos citados diz respeito a questão individual e social, conhecer esses determinantes e sua origem pode representar uma melhora nos serviços de atividade física oferecidos a essa população e garantir maiores oportunidades de acesso a esse público.

3 MÉTODO

Os instrumentos e métodos de análise utilizados neste estudo estão descritos a seguir.

3.1 DELINEAMENTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se como transversal empregando-se um método quanti-qualitativo. A população foi composta por adultos que vivem com HIV, residentes em Florianópolis, Estado de Santa Catarina, com idade entre 20 e 60 anos e que frequentam o Grupo de Apoio a Prevenção da Aids- GAPA/SC. Inicialmente foi realizado um contato com o diretor do grupo de apoio para obter autorização para a realização do estudo. Nesse encontro, além do documento de pré-projeto, foi apresentado um pôster, a fim de facilitar a compreensão acerca da pesquisa (Apêndice A).

Após o aceite da coordenação foi realizada uma visita para explicar o estudo aos frequentadores do grupo. Nesse momento, para aqueles que demonstraram interesse em participar da pesquisa, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Apêndice B), especificando todas as etapas da pesquisa e os direitos de cada um dos participantes. Todos os procedimentos foram submetidos e aprovados pelo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, parecer número 2.042525 (Anexo A).

O estudo foi dividido em duas etapas: no primeiro momento, após a aplicação e explicação do TCLE, os pesquisadores aplicaram um questionário em forma de entrevista com 29 questões (Apêndice C), nove que avaliaram as questões sociodemográficas e 19 questões acerca de atividade física em três âmbitos: lazer, trabalho e em ambiente doméstico; a última questão foi sobre os estágios de mudança de comportamento e foi a partir dela que os indivíduos foram divididos em dois grupos focais, um deles formado por pessoas ativas, com quatro indivíduos, e outro por pessoas insuficientemente ativas, com seis indivíduos. Todos os grupos possuíam homens e mulheres, nível econômico e faixa etária diversificada. Logo após o término do grupo focal cada participante recebeu um acelerômetro que deveria usar por sete dias, a fim de medir seu nível real de atividade física praticada.

3.2 DESENVOLVIMENTO DO GRUPO FOCAL

A técnica de Grupos Focais proporcionou a discussão entre os participantes sobre o tema de pesquisa (STEWART; SHAMDASANI, 2014) e permitiu identificar relatos dos aspectos, ou barreiras, que afetam a adoção e manutenção da rotina de atividade física, nesta população.

Todas as discussões foram moderadas por um único pesquisador com experiência na área de atividade física e na aplicação da técnica e seguiram um roteiro pré-estabelecido e explicado previamente a todos os pesquisadores envolvidos (Apêndice D). Inicialmente foi realizada a apresentação do moderador, dos participantes e do objetivo do estudo. A segunda parte foi caracterizada pelo encorajamento da discussão, através de questões norteadoras sobre o tema. A questão norteadora foi “*O que dificulta você a iniciar ou manter uma rotina de atividades físicas?*”.

As discussões tiveram em média 74 minutos e todos os relatos e discussões foram gravados e posteriormente transcritos para a análise de conteúdo por um pesquisador que não participou do grupo focal. O áudio foi obtido após autorização dos participantes e foram empregados códigos para identificar os indivíduos nas suas falas para assim garantir o anonimato dos participantes. Todas as transcrições foram comparadas com o áudio, a fim de assegurar sua consistência e veracidade.

3.3 ACELEROMETRIA

Os acelerômetros ActiGraph (GT3X-Plus, Pensacola, USA) foram entregues aos participantes da pesquisa logo após o grupo focal para uso contínuo ao longo de uma semana (sete dias, dois de final de semana), retirando o aparelho apenas durante o banho ou atividades aquáticas, bem como na hora de dormir. Os participantes foram orientados a afixar o equipamento no hemitórax direito na linha da cintura. Junto com os acelerômetros, cada participante recebeu um diário onde deveriam anotar cada vez que retirassem o aparelho e quando voltassem a utilizá-lo, bem como qualquer atividade realizada que fugisse de sua rotina. Para controle de uso, cada participante recebeu ligações ou mensagens pelo celular no quinto dia de uso do aparelho.

Após o uso dos acelerômetros os dados foram descarregados no Software Actilife 6.0® (Pensacola, USA) em *epoch* de 60 segundos. O critério de validade dos dados dos acelerômetros foi estabelecido a partir de, no mínimo, três dias (um do final de semana) com 10 horas de informação após a remoção de períodos de não uso de, no mínimo, 60 zeros consecutivos

(SASAKI et al., 2017). Para ser considerado ativo o indivíduo deveria realizar 150 minutos/semana ou mais de atividade física moderada à vigorosa, de acordo com as recomendações da OMS (2013).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

O questionário foi analisado em duas fases, a primeira foi para determinar sexo, faixa etária a classe econômica de cada um dos participantes, o que foi realizado de acordo com os critérios da ABEP (2015), que divide a população em seis estratos econômicos, de acordo com a pontuação alcançada no questionário. A segunda parte foi seguida com a análise da última questão, sobre os estágios de mudança de comportamento.

Posteriormente ao grupo focal, o áudio dos dois grupos foi transcrito e analisados de forma qualitativa, com a técnica de análise de conteúdo dos relatos (BARDIN, 2009), considerando os aspectos negativos e positivos para adoção e manutenção da atividade física como barreiras ou facilitadores, respectivamente. Inicialmente, cada grupo foi analisado de forma individual e foi realizada uma leitura prévia de toda a transcrição do grupo, posteriormente foram grifados os pontos importantes relatados e que representavam determinantes positivos ou negativos para a prática de atividade física.

Após a análise individual de cada grupo, as duas transcrições foram agrupadas e seus relatos somados e divididos em 14 categorias: doença geral, HIV/ tratamento/ doenças oportunistas, falta de apoio social, falta de tempo, medo de se exercitar, falta de informações sobre o HIV, falta de recursos, falta de conhecimento sobre atividade física, vergonha/preconceito, falta de acesso a locais, falta de acompanhamento de profissionais, excesso de peso e clima. As análises foram realizadas de acordo com o número de vezes que o relato aconteceu em cada um dos grupos.

Os dados de acelerometria foram analisados de forma quantitativa (mínimo, máximo, média e desvio-padrão), a fim de se obter a medida objetiva da atividade física habitual.

4 RESULTADOS

O grupo de participantes foi composto por 10 indivíduos (seis homens), todos residentes em Florianópolis e com diagnóstico positivo de infecção pelo HIV. Entre os avaliados, cinco tinham idade entre 40 e 50 anos, apenas um era casado ou estava morando e eram da classe econômica C1 e apenas um pertencia a classe D/E. Esse critério divide a população em seis classes sociais: A, B1, B2, C1, C2 e D/E, a divisão é feita através da soma dos pontos de um questionário e, a partir das classes é estimado o valor de renda domiciliar mensal em cada residência (ABEP, 2015).

Em relação a atividade física, sete estavam no estágio de preparação para mudança de comportamento, o que significa que pretendem iniciar algum tipo de atividade física nos próximos meses, dos demais, dois estavam na fase de manutenção, uma vez que iniciaram a atividade física a mais de seis meses e um na fase de ação, o que significa que iniciaram a prática a menos de seis meses. Demais informações sobre a situação socioeconômica e relacionada à atividade física dos participantes estão descritas na Tabela 1.

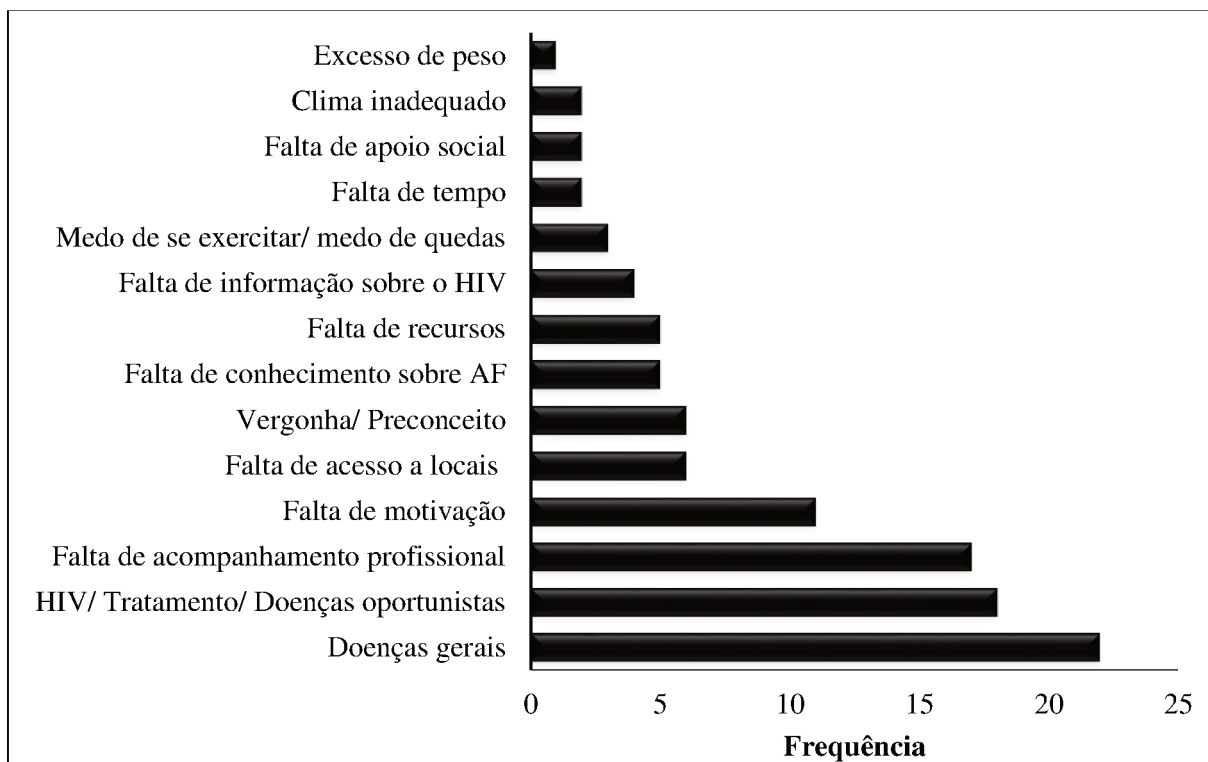
Tabela 1- Caracterização dos participantes do estudo.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	6	60
Feminino	4	40
Idade		
30-40	1	10
41-50	5	50
> 50	4	40
Nível socioeconômico		
Classe B2	3	30%
Classe C1	4	40%
Classe C2	2	20%
Estado civil		
Solteiro/viúvo/vivendo só	9	90%
Casando/Morando junto	1	10%
Estágio de mudança de comportamento		
Manutenção	2	20%
Ação	1	10%
Preparação	7	70%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após a transcrição do áudio do grupo focal e análise de conteúdo, verificou-se 167 relatos de barreiras para atividade física, que foram divididos em 14 categorias gerais, conforme descrito na Figura 1.

Figura 1- Barreiras percebidas para a prática de atividade física em adultos que vivem com HIV. Florianópolis, SC, 2017 (n=10).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Como exemplo, abaixo foram destacados trechos relevantes de relatos dos próprios participantes.

Sobre as doenças gerais, Hibisco comenta no grupo focal:

“É mais porque começa a dar dor na coluna, dói ali, dói aqui. Aí a gente para, tu sabe que se parar aquela dor vai passar, se continuar de repente vai piorar mais ainda, então é melhor não fazer. (...)”

Sobre a capacitação profissional na área de Educação Física, Dália comenta no grupo focal:

“Eu acho é, o seguinte, em relação ao exercício físico, a muitos profissionais na área de educação física que não são capacitados para atender principalmente os portadores que vivem com HIV. Então assim, não é questão de você ir numa academia e falar com uma pessoa. Muitas vezes você tem que se reservar um pouco com relação a tua saúde. Ter total confiança no profissional para saber exatamente o que ele vai prescrever, que tipo de exercício. ”

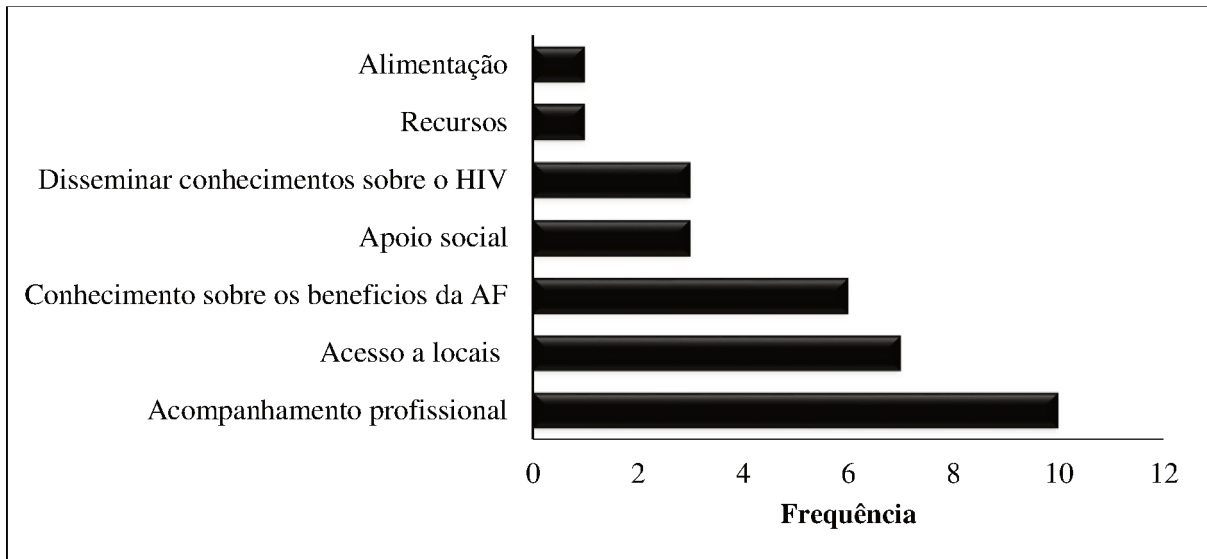
Sobre o tratamento com a medicação antirretroviral, Lírio comenta no grupo focal:

“É, eu vou colocar assim, o antes e depois no caso, para quem toma esse coquetel aí, ele tem um efeito colateral muito grande, não adianta. Eu tomo hoje quatro medicamentos, não é o três em um ou o dois em um, como tem pessoas que tomam aqui. Já cheguei a tomar oito medicamentos, quando eu tomava oito medicamentos eu fui proibido, por exemplo, de dirigir. Então ele tem um efeito colateral muito grande. Por mais que você tome ele, tem uma reação no seu corpo. Por isso que os médicos pedem para você tomar a noite, antes de dormir. Mas quando eu tomava aquele tal de Bactrin 800, era três por dia, o indivíduo sai daqui e não tem vontade de fazer exercício físico, o primeiro lugar que ele encontra, ele dorme, é uma cama velho, é uma cama. É uma bomba. ”

A barreira à prática de atividade física com maior prevalência foi a de doenças gerais, que se refere a dores na coluna, articulares e doenças cardiovasculares (36,7%), seguida do HIV/tratamento/doenças oportunistas (30,1%), falta de acompanhamento profissional/qualificação profissional (28,4%) e falta de motivação (18,4%). A barreira menos relatada foi o excesso de peso (1,67%), apenas uma vez durante os grupos focais.

Quanto aos facilitadores para atividade física, houve 31 relatos que foram agrupados, em sete categorias. O facilitador mais relatado foi o acompanhamento de um profissional qualificado da área para auxiliar na orientação e supervisão da atividade física (3,1%), seguido do acesso a locais próprios para a prática esportiva (2,2%) e conhecimento sobre os benefícios da prática de atividade física para pessoas que vivem com HIV (1,9%) (Figura 2).

Figura 2- Facilitadores percebidas para a prática de atividade física em adultos que vivem com HIV. Florianópolis, SC, 2017 (n=10).



Fonte: Elaborado pelo autor.

A atividade física habitual dos participantes foi avaliada de forma objetiva a partir de acelerômetros. Diante dos dados recolhidos, oito dos 10 acelerômetros utilizados atenderam aos critérios de validade e foram incluídos nas análises. A média de uso foi de seis dias válidos de registro, que variou de cinco a sete. Cinco participantes foram considerados ativos e três insuficientemente ativos (≥ 150 minutos/ semana). O tempo mínimo praticado de atividade física em intensidade moderada à vigorosa foi de 9,7 minutos/dia e o máximo de 49,7 minutos/dia, a média foi 30,2 minutos/dia (desvio padrão= 14,0 minutos/dia). O tempo em atividade física moderada à vigorosa acumulado no tempo de uso (uma semana) foi de 58 a 348 minutos/semana, mínimo e máximo respectivamente, a média foi 183,8 minutos/semana (desvio-padrão = 95,4 minutos/semana). Na Tabela 3 estão valores individuais de atividade física e a média de adultos que vivem com HIV, participantes do estudo.

Tabela 3- Nível de atividade física moderada e vigorosa em pessoas que vivem com HIV.

Participante	Média/Dia (minutos)	Total/Semana (minutos)
1	9,7	58,0
2	15,6	78,0
3	20,4	143,0
4	30,0	180,0
5	34,6	173,0
6	38,3	230,0
7	43,3	260,0
8	49,7	348,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

5 DISCUSSÃO

O principal resultado desta pesquisa foi identificar barreiras para prática de atividade física em adultos que vivem com HIV. Das barreiras identificadas, as mais citadas foram as doenças gerais, o HIV/tratamento/doenças oportunistas, falta de qualificação profissional e falta de motivação. Os facilitadores para a prática de atividade física foram relatados em menor número e os principais foram a qualificação profissional, acesso a locais próprios para a prática esportiva e conhecimento sobre atividade física e HIV. A partir da medida objetiva do nível de atividade física habitual, cinco dos oito participantes com dados válidos se mostraram ativos e três insuficientemente ativos, com média de 30,2 minutos de atividade física moderada a vigorosa despendidos diariamente.

A barreira mais relatada foi a que se refere as doenças gerais, seguida da barreira referentes ao HIV/ tratamento/ doenças oportunistas. Em um estudo realizado no Brasil, em 2013, foi encontrado resultado semelhante ao presente estudo, no qual foram investigadas as barreiras em 35 adultos que vivem com HIV, com idade semelhante aos nossos participantes (45- 64 anos). Para esse grupo investigado por Ribeiro et al, 2013, a barreira mais relatada foi a doença/ lesão e entre os indivíduos mais jovens da amostra, com idade entre 28-44 anos, a barreira mais relatada foi preguiça/cansaço (RIBEIRO et al., 2013). Isto também foi encontrado no estudo de Roos et al., realizado em 2015 na África do Sul, no qual adultos que vivem com HIV realizaram um programa de atividade física e deveriam relatar em um diário suas dificuldades e facilidades. Entre as barreiras mais prevalentes, estavam as queixas físicas e baixa energia, além da falta de motivação e stress (ROOS et al., 2015).

Contudo, Frantz e Murenzi (2013) encontraram resultados diferentes ao analisar as barreiras enfrentadas numa ampla amostra de 407 indivíduos soropositivos de Rwanda, o principal determinante negativo relatado foi a falta de motivação (30,5%). Em outro estudo realizado em 2016, nos Estados Unidos com 50 mulheres que vivem com HIV, também foram encontrados resultados diferentes dos achados nessa pesquisa. Para determinar as barreiras nessa população foi aplicado questionário e os principais determinantes negativos encontrados foram o cansaço/baixa energia e a falta de suporte social (REHM; KONKLE-PARKER, 2016).

Além dos relatos sobre o HIV, comorbidades relacionadas ao vírus e ao tratamento, a idade dos participantes deste estudo também pode estar associada ao alto número de relatos sobre doenças gerais, já que a medida que envelhecemos nosso corpo tende a ficar mais vulnerável a doenças e alterações fisiológicas (GOTTLIEB et al., 2007). Entre os participantes, nove tinham idade acima dos 40 anos e quatro estavam acima dos 50 anos. As queixas físicas

e dores crônicas já foram associadas a menores níveis de atividade física em diversas populações, mas principalmente em adultos mais velhos (STUBBS et al., 2013). Além disso, atualmente a infecção pelo HIV tem sido considerada uma doença crônica e de baixa letalidade, devido ao acesso e eficácia da terapia antirretroviral. Dessa forma, doenças crônicas comuns na população tendem a aparecer mais nas pessoas que vivem com HIV do que as infecções oportunistas (BRASIL, 2015).

A falta de motivação e baixa energia também foram citadas durante os grupos focais realizados nessa pesquisa e em outros estudos foram consideradas como as principais barreiras enfrentadas por esse grupo clínico (FRANTZ; MURENZI, 2013; REHM; KONKLE-PARKER, 2016). Esse determinante negativo parece ter forte associação com a medicação antirretroviral, especialmente com os inibidores da transcriptase reversa que tem como objetivo impedir a ação e multiplicação do vírus. Dentro dessa classe de medicamentos o efavirenz e a zidovudina já mostraram terem forte relação com efeitos colaterais como o cansaço, fadiga, tristeza e alterações neurológicas (BRASIL, 2015; VALERIANO, 2016). A fadiga, tristeza e cansaço também podem estar relacionados a quadros de depressão. No estudo realizado com mulheres que vivem com HIV do sul dos Estados Unidos, 44% apresentaram risco aumentado para depressão e, embora não tenha havido diferença nos grupos, todas relataram o cansaço e baixa energia como principal barreira para a prática de atividade física, o que pode sugerir uma relação entre essas duas variáveis (REHM; KONKLE-PARKER, 2016). Reforçado pelos dados encontrados na literatura de que pessoas que vivem com HIV tem o dobro de chance de desenvolver a depressão em relação aqueles não infectados (BRASIL, 2015).

Além disso, a medicação antirretroviral também pode causar a lipodistrofia, que foi citada como um forte determinante negativo na adesão a atividade física (REHM; KONKLE-PARKER, 2016). Em virtude das alterações morfológicas na aparência física causadas por essa síndrome de lipoatrofia e a lipohipertrofia, a lipodistrofia pode afetar o bem-estar psicológico do indivíduo, causar uma percepção negativa de sua imagem corporal e reduzir sua autoestima (SEIDL; MACHADO, 2008). Esses fatores podem culminar em casos de isolamento social, uma vez que o estigma em torno do HIV não é apenas sobre *ter* o vírus, mas também sobre *aparentar* possuir a infecção.

Apesar disso, as pessoas que vivem com HIV e que possuem a síndrome poderiam se beneficiar da atividade física, uma vez que a prática física regular pode causar alterações na composição corporal, aumentando a massa muscular e diminuindo a gordura e também pode ajudar no bem-estar físico e psíquico do indivíduo (DA SILVA et al., 2017). Indo ao encontro a esses resultados, um estudo de revisão sistemática que reuniu informações de 45 pesquisas

realizadas com pessoas que vivem com HIV, encontrou a idade avançada, uso da terapia antirretroviral e lipodistrofia, altamente associadas a baixos níveis de atividade física (VANCAMPFORT et al., 2017).

A falta de qualificação profissional na área de Educação Física foi uma barreira relatada frequentemente e, apesar de não ser citada diretamente em outros estudos para este grupo clínico. Frantz e Murenzi (2013) encontraram como um de seus resultados o medo de piorar a doença (24,3%) o que sugere que os participantes não possuem orientação e supervisão qualificada para lhes auxiliar quanto a prescrição correta de exercícios. Esse receio de piorar os sintomas da infecção também foi relatado durante os grupos focais, e os participantes relataram que tanto não tinha conhecimento sobre atividade física, quanto não possuíam alguém que lhes orientasse. No entanto, os benefícios da prática de atividade física para saúde já foram comprovados na literatura para a população que vivem com HIV (O'BRIEN et al., 2016; DA SILVA et al., 2017) e desde 1997 a Educação Física tem sido considerada parte da área da saúde (SILVA, 2010). Portanto, esperar-se-ia que atualmente os profissionais estivessem aptos para lidar com diversas condições de agravos à saúde nas abordagens primária e secundária de intervenção com atividades físicas (SILVA, 2010). Nesse contexto do HIV, o profissional estaria atuando na prevenção, reabilitação e tratamento de doenças e complicações secundárias do HIV e terapia antirretroviral, sempre, em conjunto com uma equipe multiprofissional (LIMA et al., 2016).

Contudo, a falta de qualificação pode ser uma deficiência dos currículos de cursos de Educação Física. Bortolini et al (2012) em uma carta aberta enviada aos editores do *Exercise Immunology Review*, ressaltam a importância das práticas físicas na melhora clínica de diversas patologias que permeiam o sistema imunológico e a necessidade de se estudar a fundo as suas recomendações e benefícios. No entanto, esse tema é pouco abordado nos currículos dos cursos de diversas Instituições de Ensino, o que faz com o que o profissional de Educação Física tenha uma lacuna em seu conhecimento acerca da atividade física relacionada a saúde, em termos de alterações imunológicas, que pode repercutir na adesão e aderência do indivíduo a prática física (BORTOLINI et al., 2012). Reformas nos currículos da Educação Física, na modalidade de bacharelado, e a formação continuada para atender esta demanda poderia, em parte, suprir as necessidades de conhecimentos, habilidades e competências necessárias para a assistência de pessoas que vivem com o HIV praticantes de atividades físicas e exercícios.

Entre os facilitadores o mais prevalente foi a qualificação profissional na área da Educação Física, seguido do acesso a locais próprios para a prática esportiva e da disseminação de informações sobre a doença e os benefícios da atividade física orientada. Apenas um dos

estudos sobre barreiras encontrados na literatura investigou junto os facilitadores, o que torna escassa as informações sobre o tema. Ross et al, encontraram como fatores que facilitam a adesão a programas de atividades físicas o apoio familiar e o acesso a parques e campos (ROOS et al., 2015). O acesso a locais para a prática esportiva se mostrou um problema mesmo a amostra residindo em Florianópolis, que conta com inúmeros locais abertos para a prática de atividade física, esse fato chamou a atenção em virtude desses espaços serem citados durante o grupo focal, mas não representarem uma oportunidade para esse grupo realizar seus exercícios pela falta de orientação e de informações sobre *como* utilizá-los.

Faz-se necessário a promoção de políticas públicas que visem não só a capacitação de profissionais da área de Educação Física, mas também que busquem colocar esses profissionais mais perto de grupos clínicos que não procuram atividade físicas em locais convencionais, como academias. Essa aproximação começou com o profissional da área sendo inserido na atenção básica, em Unidades Básicas de Saúde, mas é necessário que o trabalho do profissional de Educação Física nesse ambiente seja mais claro, além de treinamentos para atender não só a população que vivem com HIV, mas também a outros grupos clínicos (SCABAR et al., 2012; SANTOS et al., 2017). Além desse fator, faz-se necessário também a elaboração de materiais informativos para o próprio paciente acerca de sua infecção e dos benefícios da atividade física orientada em aspectos da saúde. Dessa forma ele pode ter mais autonomia e segurança para lidar com aspectos relacionados a infecção.

Apesar do grande número de barreiras e do baixo número de facilitadores relatados no grupo focal, quando medidos objetivamente, a maior parte da amostra desse estudo (5/8) se mostrou ativa. Corroborando esse achado, recentemente um estudo realizado com acelerometria na Irlanda com 18 homens soropositivos e 19 homens soronegativos, mensurou os níveis de atividade física dos participantes da amostra e os homens HIV+ se mostraram mais ativos do que aqueles sem a infecção (FORDE et al., 2017). No entanto, outro estudo de revisão sistemática, analisou 24 artigos que mediram o nível de atividade física, destes, três utilizaram acelerômetro para mensurar os valores. Dos 24 artigos, 13 apresentaram prevalência de inatividade física e comportamentos sedentários (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2012). De fato, em um estudo realizado em 2012 no Brasil com 65 indivíduos, todos os participantes da pesquisa relataram terem diminuído suas atividades físicas e aumentado seus hábitos sedentário, além de passarem mais tempo isolados, após descobrirem a infecção pelo HIV (ROMANCINI et al., 2012).

Muito embora a maioria dos participantes desse estudo tenham se mostrado suficientemente ativos, os dados sobre inatividade são preocupantes, visto todos os benefícios

que a atividade física pode ter, atuando como terapia não medicamentosa no controle dos sintomas do HIV (O'BRIEN et al., 2016; REHM; KONKLE-PARKER, 2016; VIANA, 2016). A maior parte das barreiras citadas nesse estudo podem ser modificadas com medidas públicas que visem informar os indivíduos sobre a infecção, bem como capacitar os profissionais da saúde para lidar com esse grupo clínico e também buscar individualizar o tratamento, a fim de diminuir os sintomas causados pela medicação.

O grupo focal permitiu investigar as barreiras e os facilitadores para a prática de atividade, proporcionando discussão e fazendo com que os indivíduos pensassem e reavaliassem seus hábitos de vida. A mensuração do nível de atividade física de forma objetiva, mostrou o nível real de atividade física praticado em uma semana habitual de adultos que vivem com HIV. No entanto, uma das limitações foi o tamanho da mostra utilizada, por ser muito pequena, ela não é representativa dessa população o que torna necessário novos estudos com esse grupo e que incluam amostras maiores. Apesar disso, o estudo é grande relevância e serve de base para outros pesquisadores que queiram estudar sobre um tema que é tão importante e que pode mudar a percepção de vida de muitos pacientes.

6 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos na presente pesquisa permitem concluir que pessoas que vivem com HIV enfrentam um número significativo de barreiras para a prática de atividades físicas, o que sugere que para esse grupo clínico pode ter maiores dificuldades para iniciar e manter maiores níveis de atividade física, no entanto, a maioria dos participantes da amostra se mostrou ativa. Algumas barreiras relatadas são específicas desse contexto clínico, como o HIV, seu tratamento e as doenças oportunistas. As doenças gerais já foram encontradas em outras populações, mas parecem evidentes também nesse grupo de participantes. A falta de motivação/baixa energia também foi outra barreira encontrada e que pode causar isolamento social, tristeza e até mesmo levar a depressão.

Políticas públicas de inclusão, como campanhas com informações sobre HIV/AIDS e os benefícios da atividade física nessa população, mudança nos currículos de Universidades para que incluam disciplinas específicas de grupos clínicos e acesso a locais próprios para a prática esportiva são necessários para que pessoas que vivem com HIV possam ter uma vida mais ativas. O conhecimento sobre esses determinantes permite que, além da esfera governamental, o profissional de Educação Física também possa elaborar estratégias que facilitam a inclusão desses grupos em programas de atividade física.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério Brasil de Classificação Econômica. **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa**, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo (Edição revista e atualizada)**. Lisboa: Edições, v.70, 2009.

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, julho/ 2012.

BONOLO, P. D. F.; GOMES, R. R. D. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n.4, p. 267-278, dezembro/ 2007.

BORTOLINI, M.; REIS, I. T.; MINEO, J. R. Open letter to all authorities and institutions involved in managing curricula of physical education in Brazil. **Exercise immunology review**, v.19, p. 164-165, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST E HEPATITES VIRAIS. **Boletim Epidemiológico- Aids e DST**. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a prática de atividade física para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIGITEL BRASIL**. 2014.

BUENO, D. R.; MARUCCI, M. D. F. N.; CODOGNO, J. S.; DE ALMEIDA ROEDIGER, M. os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.1001-1010, abril/ 2016.

CARVALHO, T. D.; NÓBREGA, A. D.; LAZZOLI, J. K.; MAGNI, J. R. T.; REZENDE, L.; DRUMMOND, F. A.; OLIVEIRA, M. A.; DE ROSE, E. H.; ARAÚJO, C. G.; TEIXEIRA, J. A. C. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 2, n. 4, p. 79-81, out-dez/ 1996.

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

CASSOU, A. C.; FERMINO, R. C.; SANTOS, M. S.; RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R.; REIS, R. S. BARREIRAS PARA A ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS: UMA ANÁLISE POR

GRUPOS FOCAIS-DOI: 10.4025/reveducfis. v19i3. 3675. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 19, n. 3, p. 353-360, jul-set/ 2008.

SILVA, I. C. DA; SAMPAIO, E.; ALMEIDA, M.; FREIRE, A. N.; SAMPAIO, L. R.; MEDEIROS, J. M. B. Perfil metabólico, antropométrico e lipodistrofia em pessoas vivendo com hiv/aids em uso de terapia antirretroviral. **Nutrición clínica y dietética hospitalaria**, v.36, n.3, p. 38-44, 2016.

DA SILVA, R. X.; SILVA, R. M. B.; MANITA, O. M. G.; MARTELLI, A.; DE OLIVEIRA, J. F.; DELBIM, L. R. Benefícios do Exercício Físico como Terapia Alternativa para Indivíduos Portadores de HIV/AIDS/Benefits of Exercise as Alternative Therapy for Individuals Patients With HIV/AIDS. **Saúde em Foco**, v.3, n.2, p. 03-16, jul-dez/ 2017.

DE BRITO, A. M.; DE CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar/abr- 2000.

EIDAM, C. DE LIMA.; LOPES, A. DA SILVA.; GUIMARÃES, M. D. C.; OLIVEIRA, O. V. Estilo de vida de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (hiv) e sua associação com a contagem de linfócitos T CD4+. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 8, n. 3, p. 51-57, 2006.

FECHIO, J. J.; CORONA, E.; JELLMAYER FECHIO, C.; BRANDÃO, M. R. F.; ALVES, L. A. A influência da atividade física para portadores do vírus HIV. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.3, n.2, p. 43-57, 1998.

FORDE, C.; LOY, A.; O'DEA, S.; MULCAHY, F.; GORMLEY, J.; DALY, C. Physical Activity is Associated with Metabolic Health in Men Living with HIV. **AIDS and Behavior**, p. 1-7, fevereiro/ 2017.

FRANTZ, J. M.; MURENZI, A. The physical activity levels among people living with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome receiving high active antiretroviral therapy in Rwanda. **Journal of Social Aspects of HIV/AIDS**, v. 10, n. 3-4, p. 113-118, outubro/ 2013.

GOTTLIEB, M. G. V.; CARVALHO, D.; SCHNEIDER, R. H.; DA CRUZ, I. B. M. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 273-283, agosto/ 2007.

HALLAL, P. C.; ANDERSEN, L. B.; BULL, F. C.; GUTHOLD, R.; HASKELL, W.; EKELUND, U.; GROUP, L. P. A. S. W. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The lancet**, v. 380, n. 9838, p. 247-257, 2012.

KRAMER, A. S.; LAZZAROTTO, A. R.; SPRINZ, E.; MANFROI, W. C. Alterações metabólicas, terapia antirretroviral e doença cardiovascular em idosos portadores de HIV. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 5, p. 561-568, novembro/ 2009.

LEY, C.; BARRIO, M. R. A narrative review of research on the effects of physical activity on people living with HIV and opportunities for health promotion in disadvantaged settings. **African Journal of AIDS Research**, v. 11, n. 2, p. 123-133, julho/ 2012.

LIMA, L. R. A. D.; TEIXEIRA, D. M.; SANTOS, E. C. M. D.; PETROSKI, E. L. Contribution of Physical Education in the fields of sport, physical activity, health and education for children and young people living with HIV. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 18, n. 2, p. 243-258, mar-abr/ 2016.

MARTINS, T.; KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C.; MOTA, R. M. S. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 3, n. 1, p. 4-7, jan-jun/ 2014.

MEDEIROS, B.; SILVA, J. D.; SALDANHA, A. A. W. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 543-550, out- dez/ 2013.

MENDES, E. L.; ANDAKI, A. C. R.; AMORIM, P. R. D. S.; NATALI, A. J.; BRITO, C. J.; PAULA, S. O. D. Treinamento físico para indivíduos HIV positivo submetidos à HAART: efeitos sobre parâmetros antropométricos e funcionais. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 19, n. 1, p. 16-21, jan-fev/ 2013.

NETO, M. G.; CONCEIÇÃO, C. S.; CARVALHO, V. O.; BRITES, C. Effects of Combined Aerobic and Resistance Exercise on Exercise Capacity, Muscle Strength and Quality of Life in HIV-Infected Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PloS one**, v. 10, n. 9, p. e0138066, setembro/ 2015.

O'BRIEN, K. K.; TYNAN, A.-M.; NIXON, S. A.; GLAZIER, R. H. Effectiveness of aerobic exercise for adults living with HIV: systematic review and meta-analysis using the Cochrane Collaboration protocol. **BMC infectious diseases**, v. 16, n. 1, p. 1, abril/ 2016.

OMS. **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. Geneva; 2010: ISBN 978-92-4-159-997-9. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/3/9789244599976_rus.pdf. Acesso em: 15 de fevereiro de 2017.

PINHEIRO, E. da S. **Composição corporal de pessoas vivendo com HIV/AIDS em programa de exercício físico**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) –Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, dezembro/ 2015.

REHM, K. E.; KONKLE-PARKER, D. Physical activity levels and perceived benefits and barriers to physical activity in HIV-infected women living in the deep south of the United States. **AIDS care**, v. 28, n. 9, p. 1205-1210, março/ 2016.

RIBEIRO, A. R. A.; GUARIGLIA, D. A.; PUPULIN, A. R. T.; TEIXEIRA, D. D. C.; GREGUOL, M.; CYRINO, E. S. Barreiras pessoais para prática de atividade física percebidas por portadores de AIDS. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 24, n. 1, p. 93-101, jan-mar/ 2013.

RIGHETTO, R. C.; REIS, R. K.; REINATO, L. A. F.; GIR, E. Comorbidities and co-infections in people living with HIV/AIDS. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 15, n. 6, p., setembro/ 2015.

ROMANCINI, J. L. H.; GUARIGLIA, D.; NARDO JR, N.; HEROLD, P.; PIMENTEL, G. G. D. A.; PUPULIN, Á. R. T. Levels of physical activity and metabolic alterations in people living with HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 18, n. 6, p. 356-360, nov-dez/ 2012.

ROOS, R.; MYEZWA, H.; VAN ASWEGEN, H. “Not easy at all but I am trying”: barriers and facilitators to physical activity in a South African cohort of people living with HIV participating in a home-based pedometer walking programme. **AIDS care**, v. 27, n. 2, p. 235-239, agosto/ 2015.

SAID, R. D. C.; KIETZER, K. S.; FREITAS, J. J. D. S.; XAVIER, M. B. NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E SÍNDROME LIPODISTRÓFICA EM PACIENTES COM HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 22, n. 2, p. 147-152, abril/ 2016.

SANTOS, M. S.; FERMINO, R. C.; REIS, R. S.; CASSOU, A. C.; AÑEZ, C. Barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. Um estudo por grupos focais. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v.12, n.3, p. 137-43, setembro/ 2010.

SANTOS, S.; BENEDETTI, T.; SOUSA, T.; FONSECA, S. Apoio Matricial e a atuação do Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 1, p. 54-65, 2017.

SASAKI, J.; COUTINHO, A.; SANTOS, C.; BERTUOL, C.; MINATTO, G.; BERRIA, J.; TONOSAKI, L.; LIMA, L.; MARCHESAN, M.; SILVEIRA, P. Orientações para utilização de acelerômetros no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 2, p. 110-126, janeiro/ 2017.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família–NASF. **Journal of the Health Sciences Institute**, v.30, n.4, p. 411-8, 2012.

SCHUELTER-TREVISOL, F.; H WOLFF, F.; R ALENCASTRO, P.; GRIGOLETTI, S.; L IKEDA, M.; BM BRANDAO, A.; T BARCELLOS, N.; C FUCHS, S. Physical activity: do patients infected with HIV practice? How much? A systematic review. **Current HIV research**, v.10, n.6, p. 487-497, setembro/ 2012.

SEIDL, E. M. F.; MACHADO, A. C. A. Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em estudo**, v.13, n.2, p. 239-247, abr-jun/ 2008.

SEIDL, E. M. F.; MELCHÍADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral Persons living with HIV/AIDS: factors associated with adherence to antiretroviral. **Caderno de saúde pública**, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, outubro/ 2007.

SIGNORINI, D. J. H. P.; DE OLIVEIRA NETTO, A. M. S.; MONTEIRO, M. C. M.; SIGNORINI, D. H.; CODEÇO, C. T.; BASTOS, F. I.; GABBAY, S.; DE ANDRADE, M. D. F. C. Diferenças ultrassonográficas da quantidade de gordura corporal e os antirretrovirais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 197-203, mar-abr/ 2012.

SILVA, F. Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física na atenção básica à saúde. **CONFEF**. Rio de Janeiro. 2010.

SILVA, R. A. R. D.; COSTA, M. M. D. N.; COSTA, D. A. R. D. S. Adherence to the antiretroviral treatment by people with aids: literature review. **Journal of Nursing UFPE on line**. v. 7, n. 5, p. 4227-4234, 2013.

STEWART, D. W.; SHAMDASANI, P. N. **Focus groups: Theory and practice**: Sage publications, v. 20, 2014.

STUBBS, B.; BINNEKADE, T. T.; SOUNDY, A.; SCHOFIELD, P.; HUIJNEN, I. P.; EGGERMONT, L. H. Are Older Adults with chronic musculoskeletal pain less active than older adults without pain? A systematic review and meta- analysis. **Pain Medicine**, v. 14, n. 9, p. 1316-1331, setembro/ 2013.

UNAIDS/ONUSIDA. **El Envejecimiento y el HIV**. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **AIDS by the numbers**. 2015.

VALENTE, A. M.; REIS, A. F.; MACHADO, D. M.; SUCCI, R. C.; CHACRA, A. R. Alterações metabólicas da síndrome lipodistrófica do HIV. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 49, n. 6, p. 871-81, dezembro/ 2005.

VALERIANO, J. J. D. L. S. **Polimorfismos genéticos associados a efeitos adversos neuropsiquiátricos em pacientes HIV positivos submetidos à terapia com Efavirenz**. Setembro/ 2016.

VANCAMPFORT, D.; MUGISHA, J.; RICHARDS, J.; DE HERT, M.; PROBST, M.; STUBBS, B. Physical activity correlates in people living with HIV/AIDS: a systematic review of 45 studies. **Disability and Rehabilitation**, p. 1-12, março/ 2017.

VIANA, M. D. S. **A relevância dos exercícios físicos para indivíduos de 30 a 50 anos de ambos os sexos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) com Lipodistrofia causada pelo uso de anti-retrovirais**. Dissertação de mestrado - Exercício e Saúde. Universidade de Évora, junho/ 2016.

APÊNDICE A- Pôster informativo sobre a pesquisa.



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

Participe!!

PERCEPÇÃO DE BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS QUE VIVEM COM O HIV

Por quê participar do estudo?

- ✓ A prática de atividades físicas traz diversos benefícios para a saúde. Entretanto, há barreiras que dificultam o processo das pessoas se tornarem mais ativas. Por outro lado, existem facilitadores que auxiliam na aquisição desse comportamento saudável.
- ✓ Compreender os motivos que influenciam a prática de atividade físicas de pessoas que vivem com o HIV permitirá a elaboração de estratégias e programas mais bem sucedidos para a promoção da atividade física nessa população.

Qual o objetivo do estudo?

- ✓ Analisar as barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física percebidos por pessoas que frequentam de grupos de apoio de Florianópolis, Santa Catarina.

Quem pode participar do estudo?

- ✓ Adultos que participam de grupos de apoio em Florianópolis;
- ✓ Idade de 20 a 60 anos.

Há algum custo para participar?

- ✓ Não. A pesquisa não irá implicar em nenhum custo.

Benefícios ao participar do estudo.

- ✓ Avaliar, gratuitamente e objetivamente, o nível de atividade física durante uma semana habitual.
- ✓ Entender os motivos que se manifestam em barreiras e facilitadores percebidos para a prática de atividade física.

Quero participar: como faço?

- ✓ Entre em contato com um dos responsáveis pelo estudo ou com o coordenador de seu grupo de apoio.

O que será estudado?

- ✓ Características sócio demográficas;
- ✓ Atividade física habitual;
- ✓ Comportamento sedentário;
- ✓ Percepção de barreiras e facilitadores.



Como será o estudo?

Local: Grupo de Apoio

- Apresentação do projeto.
- Entrevista (questões socioeconômicas).
- Entrega do acelerômetro e orientações sobre o uso.

1º encontro

Local: Grupo de Apoio

- Devolução dos acelerômetros.

2º encontro

Local: Grupo de Apoio

- Discussão sobre barreiras e facilitadores em grupo focal.

3º encontro



Contatos:

Angel (48) 84726323 (OI)
Luiz (48) 9673-4467 (TIM)

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Desportos

Programa de Graduação em Educação Física

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por favor, leia atentamente as instruções abaixo antes de decidir se você concorda em participar do presente estudo.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a “**PERCEPÇÃO DE BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS QUE VIVEM COM O HIV**”. Essa pesquisa será desenvolvida pela acadêmica Angel Góes como Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Educação Física), orientada pelos professores Ddo. Luiz Rodrigo Augustemak de Lima e Dr. Cassiano Ricardo Rech, do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina.

A participação na pesquisa é de livre vontade e antes de assinar este termo, é importante que você entenda as informações presentes neste documento.

JUSTIFICATIVA: A atividade física é capaz de produzir inúmeros benefícios a pessoas que vivem com HIV, como melhoras na composição corporal, na força, no perfil lipídico e glicídico, na aptidão física e em parâmetros psicológicos, como depressão, humor e ansiedade. Apesar destes benefícios, muitas pessoas não realizam atividade física de acordo com as recomendações para a saúde. A prática de atividade física é influenciada por determinantes em múltiplos níveis (pessoal, interpessoal, físicos e ambientais) e que podem ser positivos ou negativos. Eles são denominados de barreiras ou facilitadores para a prática de atividade física. Compreender os motivos que influenciam a prática de atividades físicas de pessoas que vivem com o HIV permitirá a elaboração de estratégias e programas mais bem-sucedidos para a promoção da atividade física nessa população.

OBJETIVO DO ESTUDO: Analisar as barreiras e facilitadores percebidos para a prática de atividade física, objetivamente mensurada, em adultos que vivem com o HIV.

PROCEDIMENTOS: A participação irá acontecer em três etapas. Primeiramente, será realizada uma visita para explicar o estudo para os participantes, nesse momento você responderá a um questionário sobre suas informações socioeconômicas (idade, sexo, escolaridade, ocupação e renda) e também lhe será entregue um equipamento, chamado acelerômetro (sensor de movimento que mede a atividade física) e orientações acerca do uso do aparelho. Você utilizará o equipamento por sete dias, preso a sua cintura por um cinto. No segundo encontro você deverá devolver o equipamento e será agendado um grupo focal. Na terceira etapa, será realizado o grupo focal, que consiste em um grupo de discussão sobre o tema da pesquisa.

POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS: Risco de que o participante se sinta constrangido ao discutir sobre atividade física e hábitos sedentários em um grupo de pessoas, ou mesmo de informações sobre as suas condições socioeconômicas. Para minimizar esse possível desconforto, 1) um profissional treinado irá conduzir o grupo de discussão; 2) os grupos serão formados por indivíduos do mesmo sexo e com um número adequado de pessoas para que o participante se sinta confortável, 3) será garantido o anonimato e sigilo das informações obtidas e os participantes serão identificados por números. Mesmo assim, em caso de mal-estar ou qualquer problema por causa da participação no estudo, a equipe de pesquisadores irá dar suporte integral ao participante. O participante poderá desistir em qualquer etapa do estudo, sem prejuízo no restante das atividades do grupo de apoio ao qual está inserido.

BENEFÍCIOS: As informações da pesquisa serão utilizadas para entender os motivos que facilitam ou dificultam a prática de atividade física. Com essas informações, será possível que outros pesquisadores percebam as lacunas existentes nos programas de atividade física que são ofertados atualmente e criem estratégias de promoção da saúde que tenham eficácia e efetividade em pessoas que vivem com o HIV.

Fica antes garantido que:

- 1) Você somente irá participar da pesquisa a partir da entrega desse termo de consentimento livre e esclarecido contendo a sua assinatura;
- 2) As coletas de dados serão realizadas no grupo de apoio em que você frequenta e em dias e horários que já costuma ir ao local;
- 3) Durante todos os procedimentos da pesquisa você estará sempre acompanhado de um dos pesquisadores e também de um membro do grupo de apoio do qual participa. Estes profissionais estão à disposição para lhe prestar toda a assistência necessária ou acionar pessoal competente para tal;
- 4) O nome dos participantes não será divulgado, garantindo o caráter confidencial das informações obtidas;
- 5) Você poderá entrar em contato com os pesquisadores sempre que sentirem necessidade, através de telefone ou e-mail, previamente passados;
- 6) A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer tipo de pagamento referente a sua participação na pesquisa, mas você será ressarcido pelas despesas de deslocamento e alimentação necessárias para a sua participação nas etapas da pesquisa. Caso alguma despesa extra associada a pesquisa venha a ocorrer, você deverá contatar os pesquisadores para o ressarcimento nos termos da lei. Da mesma forma, caso você tenha algum prejuízo material e imaterial, você poderá solicitar indenização de acordo com a legislação vigente;
- 7) Você terá liberdade para recusar-se a participar da pesquisa e, após aceitar, também poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização.

O Prof. Cassiano Ricardo Rech (orientador da pesquisa) estará disponível para esclarecer dúvidas em qualquer etapa da pesquisa, através do e-mail cassiano.rech@ufsc.br ou pelo telefone (48) 984862658, caso haja interesse.

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Declaro, para fins da realização da pesquisa, que cumprirei todas as exigências acima e as expostas na resolução 466/12, na qual obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima.

Prof. Cassiano Ricardo Rech

Antes de sua realização, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Esse Comitê é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEPSH da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-6094 ou no endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis. Você pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir.

Eu _____,
 declaro que li e entendi todas as informações deste termo de consentimento e, assino abaixo,
 confirmando através deste documento:

- () Meu consentimento para participação na coleta de dados referente a todas as etapas de coleta;
 () Minha autorização para posterior publicação desses dados, desde que fique garantido meu anonimato.

Assinatura (participante)

Assinatura (pesquisador)

Florianópolis - SC, ____ de _____ de 2017.

Agradeço a colaboração!

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech

Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário – Trindade – Caixa Postal 476.

CEP 88040-900 – Florianópolis, SC, Brasil. e-mail: cassiano.rech@ufsc.br.

2ª VIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____,
 declaro que li e entendi todas as informações deste termo de consentimento e, assino abaixo,
 confirmando através deste documento.

- () Meu consentimento para participação na coleta de dados referente a todas as etapas de coleta;
 () Minha autorização para posterior publicação desses dados, desde que fique garantido meu anonimato.

Assinatura (participante)

Assinatura (pesquisador)

Florianópolis - SC, ____ de _____ de 2017.

Agradeço a colaboração!

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech

Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário – Trindade – Caixa Postal 476.

CEP 88040-900 – Florianópolis, SC, Brasil. e-mail: cassiano.rech@ufsc.br.

APÊNDICE C- Questionário aplicado aos participantes da pesquisa.



PERCEPÇÃO DE BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Iniciais: _____ ID: ____ Data de aplicação do questionário: ____/____/2017

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Sexo: () F () M

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Endereço: _____

1. **Cor da Pele:** 1() Branca 2() Parda 3() Preta 4() Amarela 5() Indígena

2. **Qual o seu grau de instrução? (sugiro perguntar até que série o Senhor(a) estudou**

1() Não estudou	6() Ensino superior incompleto
2() Ensino fundamental incompleto	7() Ensino superior completo
3() Ensino fundamental completo	8() Pós-graduação incompleto
4() Ensino médio incompleto	9() Pós-graduação completo
5() Ensino médio completo	

3. **Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa?** _____ (dormem e fazem as refeições)

4. **Qual a renda mensal da sua família (o valor do salário mínimo atual é R\$ 937,00)? (considere todas as pessoas que moram na sua casa com você)**

1() Sem renda atual	4() > 2 a 4 salários mínimos (>1874,00 a 3748,00)
2() Até 1 salário mínimo (R\$937,00)	5() > 4 salários mínimos (>3748,00)
3() > 1 a 2 salários mínimo (>937,00 a 1874,00)	6() Não sei

5. Considerando a quantidade de itens em seu domicílio, marque com x a alternativa que melhor representa sua realidade.

Quantos destes itens você possui na sua casa	0	1	2	3	4+
Automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Geladeiras					
Freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Lavadora de louças					
Fornos de micro-ondas					
Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

6. A água utilizada no seu domicílio é proveniente de?

1() Rede geral de distribuição 2() Poço ou nascente 3() Outro meio

7. Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1() Não estudou | 6() Ensino superior incompleto |
| 2() Ensino fundamental incompleto | 7() Ensino superior completo |
| 3() Ensino fundamental completo | 8() Pós-graduação incompleto |
| 4() Ensino médio incompleto | 9() Pós-graduação completo |
| 5() Ensino médio completo | |

8. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1() Asfaltada/ Pavimentada | 2() Terra/ Cascalho |
|-----------------------------|----------------------|

ATIVIDADE FÍSICA

9. Nos últimos três meses, o(a) sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

- 1() sim 2() não

10. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que você praticou?

- | | |
|--|--|
| 1() caminhada (não vale deslocamento para trabalho) | 10() caminhada em esteira |
| 2() corrida (<i>cooper</i>) | 11() corrida em esteira |
| 3() musculação | 12() ginástica aeróbica (<i>spinning, step, jump</i>) |
| 4() hidroginástica | 13() ginástica em geral |
| 5() bicicleta (inclui ergométrica) | 14() natação |
| 6() futebol/ <i>futsal</i> | 15() basquetebol |
| 7() voleibol/futevôlei | 16() tênis |
| 8() artes marciais e luta (<i>jiu-jítsu, karatê, judô, boxe, muay thai, capoeira</i>) | |
| 9() dança (balé, dança de salão, dança do ventre) | 17() outros _____ |

11. Você pratica o exercício pelo menos uma vez por semana? 1()sim 2() não

12. Quantos dias por semana o(a) sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

- | | |
|----------------------------|---|
| 1() 1 a 2 dias por semana | 3() 5 a 6 dias por semana |
| 2() 3 a 4 dias por semana | 4() todos os dias (inclusive sábado e domingo) |

13. No dia que o(a) sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1() menos de 10 minutos | 2() entre 10 e 19 minutos |
|--------------------------|----------------------------|

- 3() entre 20 e 29 minutos 4() entre 30 e 39 minutos
5() entre 40 e 49 minutos 6() entre 50 e 59 minutos
7() 60 minutos ou mais

14. **Nos últimos três meses, você trabalhou?** 1() sim 2() não
15. **No seu trabalho, você anda bastante a pé?** 1() sim 2() não 3() não sabe
16. **No seu trabalho, você carrega peso ou faz outra atividade pesada?** 1() sim 2() não 3() não sabe
17. **Em uma semana normal, em quantos dias você faz essas atividades no seu trabalho?** _____
18. **Quando realiza essas atividades, quanto tempo costuma durar?** _____
19. **Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?**
1() sim, todo o trajeto 2() sim, parte do trajeto 3() não
20. **Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?**
1() menos de 10 minutos 4() entre 30 e 39 minutos
2() entre 10 e 19 minutos 5() entre 40 e 49 minutos
3() entre 20 e 29 minutos 6() entre 50 e 59 minutos
7() 60 minutos ou mais
21. **Atualmente, você está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?**
1() sim 2() não 3() não quis informar
22. **Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?**
1() sim, todo o trajeto 2() sim, parte do trajeto 3() não
23. **Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?**
1() menos de 10 minutos 5() entre 40 e 49 minutos
2() entre 10 e 19 minutos 6() entre 50 e 59 minutos
3() entre 20 e 29 minutos 7() 60 minutos ou mais
4() entre 30 e 39 minutos

24. **Quem costuma fazer a faxina da sua casa?** 1() você 2() você com outra pessoa 3() outra pessoa
25. **A parte mais pesada da faxina fica com:** 1() você 2() outra pessoa 3() ambos
26. **Em uma semana normal, em quantos dias você realiza faxina da sua casa?** _____
27. **E quanto tempo costuma durar a faxina?** _____
28. **Em média, quantas horas por dia o(a) sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão?**
- | | |
|------------------------|------------------------------|
| 1() menos de 1 hora | 5() entre 4 e 5 horas |
| 2() entre 1 e 2 horas | 6() entre 5 e 6 horas |
| 3() entre 2 e 3 horas | 7() mais de 6 horas |
| 4() entre 3 e 4 horas | 8() Não assiste à televisão |

ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Considera-se FÍSICAMENTE ATIVO o adulto que acumula 150 minutos de atividades físicas de intensidade moderada à vigorosa por semana, sendo 30 minutos em 5 ou mais dias da semana.

29. **Em relação aos seus hábitos de prática de atividades físicas, você diria que:**
- 1() Sou fisicamente ativo há mais de 6 meses
 - 2() Sou fisicamente ativo há menos de 6 meses
 - 3() Não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 30 dias
 - 4() Não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses
 - 5() Não sou, e não pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses.

APÊNDICE D- Roteiro do grupo focal.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
EDUCAÇÃO FÍSICA

Roteiro de aplicação do Grupo Focal
Barreiras para a prática de atividade física

Roteiro do moderador

1. Dar as boas vindas a todos os participantes e agradecer a presença de todos;
 2. Apresentar o mediador e o pessoal que ficará observando;
 3. Atribuir a cada participante um nome em um papel e solicitar que quando cada um falar deve informar o nome escrito no papel;
 4. Informar como será conduzido o grupo. Lembrar algumas regras:
 - a. Evitem falar todos ao mesmo tempo;
 - b. Falar de maneira clara e em bom tom;
 - c. Não existem restrições aos comentários, apenas pedimos bom senso de todos;
 - d. Não existe certo ou errado, tudo o que vocês pensam é importante. Portanto fale, opine.
- 1- Solicitar a autorização para gravação.
Como procedimento do estudo, necessitamos gravar o encontro. Gostaria de solicitar a autorização nesse momento. Todos estão de acordo?
- 2- Apresentação dos participantes.
Dizer nome, idade, onde mora (bairro), o que faz nos dias de semana (trabalha, estuda), o que faz no fim de semana.
- 3- Discussões sobre as questões relacionadas a pratica de atividade física.
 - a) Há quanto tempo você pratica atividade física?
 - b) Quais são os principais motivos para você não praticar atividade física?
 - c) Quais as dificuldades encontradas para a pratica de atividade física?Nas questões b e c vamos induzir os participantes a mencionarem o significado que a barreira represente.

- d) Porque deixaria de praticar atividade física?
 - e) Como o tratamento ou a doença afeta vocês a não realizarem atividade física?
- 4- Agradecimento final.
Agradecer a disponibilidade e presença de todos e falar sobre a importância deles nesse estudo.

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS QUE VIVEM COM O HIV

Pesquisador: Cassiano Ricardo Rech

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63085616.4.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.042.525

Apresentação do Projeto:

"PERCEPÇÃO DE BARREIRAS E FACILITADORES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS QUE VIVEM COM O HIV". Projeto de pesquisa que visa identificar quais são as barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física em adultos que vivem com HIV.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as barreiras e facilitadores percebidos para a prática de atividade física em adultos que vivem com o HIV.

Objetivo Secundário:

- Descrever o nível de atividade física por acelerômetro em adultos que vivem com o HIV

- Identificar as barreiras e facilitadores percebidos para a prática de atividade física em adultos que vivem com o HIV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos do estudo ficam restritos ao perfil psicológico, caso o participante se sinta constrangido ao discutir sobre atividade física e hábitos sedentários em um grupo de pessoas, ou mesmo de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.042.525

informações sobre as suas condições físicas, sociais e econômicas. Para minimizar esse possível desconfortos tomados os seguintes cuidados:

1. Um profissional treinado irá conduzir o grupo de discussão;
2. Os grupos serão formados por indivíduos do mesmo sexo e com um número adequado de pessoas para que o participante se sinta confortável;
3. Será garantido o anonimato e sigilo das informações obtidas e os participantes serão identificados por números;
4. Em caso de mal-estar ou qualquer problema por causa da participação no estudo, a equipe de pesquisadores fornecerá suporte integral ao participante;
5. O participante poderá desistir em qualquer etapa do estudo.

Benefícios:

1. Avaliar, gratuitamente e objetivamente, o nível de atividade física durante uma semana habitual;
2. Entender os motivos que se manifestam em barreiras e facilitadores percebidos para a prática de atividade física

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um TCC do Curso de Educação Física da UFSC, cujo objetivo deste trabalho é identificar quais são as barreiras e os facilitadores para a prática de atividade física em adultos que vivem com HIV. Será um estudo transversal, com método quali-quantitativo. A amostra será constituída por adultos, de 20 a 60 anos, que vivem com HIV e que frequentam grupos de apoio de Florianópolis. A percepção de barreiras e facilitadores será avaliada através de grupos focais e os participantes serão divididos de acordo com o sexo e com o nível de atividade física praticado. Serão quatro grupos no total, dois grupos de pessoas suficientemente ativas e dois grupos de pessoas insuficientemente ativas. Para avaliar o nível de atividade física os participantes usarão, durante seis dias (quatro dias de semana e dois dias de final de semana), um acelerômetro e os dados serão avaliados de forma quantitativa. O estudo tem relevância, a documentação está completa e o TCLE atende a Resolução CNS nº466/12 e suas complementares. Assim, recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

- 1) Retirar a parte picotada do TCLE a ser destacada; lembrar que segundo a Resolução CNS

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.042.525

nº466/12, o participante deve ficar com uma via completa do TCLE, para tanto acrescentar ao final do mesmo uma frase que esclareça: este documento foi elaborado em 2 vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atender a recomendação acima explicitada.

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_830974.pdf	29/03/2017 22:44:07		Aceito
Outros	resposta_pendencia.docx	29/03/2017 22:43:40	Cassiano Ricardo Rech	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/03/2017 22:38:40	Cassiano Ricardo Rech	Aceito
Folha de Rosto	Pagina_rosto.pdf	02/12/2016 19:22:10	ANGEL GOES CAMINHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comite_ajustado.docx	02/12/2016 10:37:10	Luiz Rodrigo Augustemak de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	gapa.jpg	27/11/2016 13:18:30	ANGEL GOES CAMINHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 02 de Maio de 2017

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br