

Artigo Original

Estágios de mudança de comportamento e barreiras percebidas à prática de atividade física em idosos residentes em uma cidade de médio porte do Brasil

Manuella Colin Brazão
Márcio Sussumu Hirayama
Sebastião Gobbi
Carla Manuela Crispim Nascimento
Alex Zelanti Roseguini

Departamento de Educação Física IB/UNESP Rio Claro, SP, Brasil

Resumo: O objetivo foi analisar a prevalência dos estágios de mudança do comportamento (EMC), e as barreiras percebidas para a prática de atividade física em idosos residentes em uma cidade de médio porte do estado de São Paulo, Brasil. Setenta e nove idosos participaram do estudo. Os EMC foram avaliados por meio do Questionário de Mudanças de Comportamento e as barreiras percebidas à prática de atividade física foram mensuradas por meio do Questionário de Barreiras à Prática de Atividade Física para Idosos (QBPAFI). A análise estatística foi composta pelo teste de qui-quadrado ($p < 0,05$). Os dados revelaram que: a) 64,6% dos idosos não praticam atividade física e somente 22,8% realizam esta prática regularmente por mais de 6 meses; b) As barreiras mais percebidas foram: "Suficientemente Ativo", "Muito Velho", "Necessidade de descanso" e; "Doença ou Lesão"; c) Os EMC parecem modular significativamente a percepção de barreiras ($p < 0,05$). Podemos concluir que: a) A maioria das pessoas idosas encontram-se no estágio de comportamento de pré-contemplação, contemplação e preparação dos EMC, ainda; b) O gênero influencia não interfere significativamente na percepção de barreiras e; c) os EMC interferem no tipo de barreira percebida. Tais conclusões reforçam sugestões de que é necessário desenvolver estratégias específicas para idosos e para os diferentes estágios de mudança no comportamento, quando o objetivo for minimizar barreiras. Isto pode ajudar a encontrar a formas mais eficazes para incentivar a mudança de comportamento, incentivando o estilo de vida ativo em idosos.

Palavras-chave: Atividade física. Barreiras. Idosos. Comportamento.

Stages of behavior change and perceived barriers to physical activity in the elderly living in a medium size city in Brazil

Abstract: The aim was to analyze the prevalence of the stages of behavior change (BCS) and the perceived barriers to physical activity in older people residents in a medium size city of Sao Paulo state, Brazil. Seventy-nine older people participated of the study. The BCS was assessed by the Questionnaire of Behavior Change Stages and those on perception of barriers by the Questionnaire on Barriers to the Practice of Physical Activity in Older People (QBPPAE). Statistical analyses was comprised by the Chi-square test ($p < 0.05$). Data showed that: a) 64,6% of the older people do not practice physical activity and only 22,8% of them have been practicing it on a regular basis for more than 6 months; b) The most perceived barriers were: "Active enough", "Too old"; "Need to rest" and; "Disease or injury"; c) The BCS seems modulate significantly the perception of barriers ($p < 0.05$). We can conclude that: a) most of the older people are in the pre-contemplation, contemplation and preparation stages of the BCS, yet; b) gender influences almost nothing with perception of barriers and; c) the BCS interferes with the type of perceived barriers. Such conclusions support the suggestions that it is necessary to develop specific strategies for different stages of behavior change if it is to minimize the barriers. This may help to find the most effective way to change to more active lifestyle in the elderly.

Key Words: Physical activity. Barriers. Aging. Behavior.

Introdução

O envelhecimento no Brasil tem sido cada vez mais evidenciado nos estudos sobre atividade física (AF) e saúde (HALLAL et al., 2003). Isso ocorre devido ao aumento crescente da população idosa ao longo dos anos e do leque de

opções a serem exploradas para esta população em todas as esferas da vivência do ser humano.

A prática regular de atividade física interfere beneficemente em todas as esferas desde a auto-expressão até a saúde. Nesta última esfera, a prática de atividade física é reconhecida como uma importante e barata estratégia para

prevenção, proteção, promoção e reabilitação da saúde ([GOBBI, VILLAR, ZAGO, 2005](#)).

O processo de envelhecimento, via de regra, é acompanhado por um declínio funcional. Tal declínio deve-se a múltiplos fatores (a exemplo da redução da capacidade de órgãos e sistemas fisiológicos, genética, meio ambiente, presença de doenças) incluindo o nível de atividade física que pode contribuir para modular a taxa de declínio. O sedentarismo pode acentuar estes declínios e conseqüentemente interferir de forma negativa na capacidade do indivíduo de realizar as atividades da vida diária (AVD) e contribuir para acarretar um estado de incapacidade e dependência ([GOBBI, VILLAR, ZAGO, 2005](#)).

A Organização Mundial de Saúde definiu *qualidade de vida* como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1998). Assim, *qualidade de vida* é *multidimensional, compreendendo, portanto, dimensões positivas* (e.g. boa funcionalidade) e *negativas* (e.g. doença). Neste contexto, a promoção do "estilo de vida ativo" é um dos inúmeros contribuintes para uma melhor qualidade de vida. Tal promoção tem sido de interesse público, pois poderia contribuir para diminuir gastos com a saúde pública ([GOBBI, 1997](#); [MARTINS, 2000](#)).

Cabe às Ciências da Motricidade desenvolver pesquisas que visem o incentivo, inclusão e manutenção da prática de atividades físicas em todas as diferentes populações, inclusive na crescente população idosa. Estudos que buscam entender os fatores que influenciam a prática de atividade física seja para sua adoção, manutenção ou desistência estão diretamente ligados às investigações sobre o comportamento humano ([MARTINS, 2000](#)).

A mudança de comportamento é influenciada por uma tríade de fatores interagindo: fatores ambientais, pessoais e do próprio comportamento ([SHERWOOD, JEFFERY, 2000](#)). A interação mútua desses fatores determina a mudança de comportamento, bem como foi proposto por [Bandura](#) (1986) na Teoria Cognitivo-Social. Dentro deste constructo, o modelo transteorético tem se mostrado como um dos mais promissores no contexto de promoção da saúde. A principal

característica do Modelo Transteorético, é a suposição da necessidade da intenção de mudança, e da identificação do nível de prontidão para mudar, para que assim ocorra uma modificação do comportamento. Ou seja, segundo este modelo, uma intervenção será efetiva se utilizar técnicas e estratégias específicas para cada estágio de mudança ([PROCHASKA et al., 1992](#)). Modificar um comportamento é passar por um percurso cíclico e gradual, sendo cada estágio de mudança de comportamento (EMC) mutuamente exclusivo.

Os EMC referem-se, então, à condição na qual o indivíduo se encontra com relação aos seus hábitos e intenções de iniciar ou manter a prática da atividade física. Os EMC são normalmente classificados como: 1) Pré-contemplação: O indivíduo não pratica atividade física regular, e não tem a intenção de mudar o seu comportamento; 2) Contemplação: O indivíduo não pratica, mas apresenta intenções de iniciar a prática em até seis meses; 3) Preparação: O indivíduo tem intenção de iniciar a prática de AF nos próximos 30 dias, ou a pratica, mas irregularmente; 4) Ação: o indivíduo pratica atividade física regularmente, mas há menos de 6 meses; 5) Manutenção: O indivíduo pratica AF regularmente por seis meses ou mais ([MARCUS et al., 1994](#)).

Para que o desenvolvimento de intervenções e incentivos à prática regular de AF seja adequado, torna-se importante identificar o EMC e fatores que caracterizam os indivíduos de cada estágio em uma determinada população. Assim, podem ser fundamentadas intervenções mais específicas, as quais serão mais efetivas na promoção do estilo de vida ativo.

Conquanto os resultados indiquem uma relação entre barreiras e EMC, estes aspectos devem ser tratados com bastante cuidado, visto que, tal relação pode não ser determinante na mudança de comportamento. A percepção destas barreiras é subjetiva e individual e este tipo de variável deve ser analisado levando-se em conta que os resultados reais podem ser mascarados pela percepção. Além disto, a mudança de comportamento deve levar em conta os aspectos multifatoriais ([OKUMA, 1997](#); [VELARDI, 2003](#)), considerando as necessidades e expectativas dos idosos e levando-se em conta o contexto sócio cultural em que ele está inserido, preferências pessoais e características

psicossociais individuais que possam auxiliar e incentivar a modificações no estilo de vida.

São chamados de determinantes, os fatores que influenciam o comportamento de alguma forma em determinado período ([U.S. DEPARTMENT OF HEALTH HUMAN SERVICES, 1999](#)). Fatores facilitadores que, como o próprio nome sugere, facilitam a prática da AF, ou então, ao contrário, barreiras que dificultam o início ou a manutenção da prática ([MARTINS, 2000](#)).

Uma vez identificadas às barreiras a prática de AF nessa população, as intervenções e os meios de minimizá-las podem se tornar mais eficazes, servindo como estímulo à prática pelo idoso, aumentando sua adesão e manutenção, com reflexos positivos nas áreas da saúde e econômico-social, além de, individualmente, contribuir com a melhora da qualidade de vida desse idoso.

Objetivo

O presente estudo tem o objetivo de analisar a prevalência dos estágios de mudança de comportamento e as principais barreiras ou motivos que impedem ou dificultam a prática de atividade física regular em idosos residentes em uma cidade de médio porte.

Materiais e Métodos

Participaram do estudo 79 idosos com idade média de 71 anos, entre 60 e 88 anos, sendo 46 mulheres (58,2%) e 33 homens (41,8%). A amostra foi selecionada de forma estratificada e aleatória dentro de cada setor censitário delimitado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, correspondendo a 10% da população idosa masculina e 10% da feminina residentes nos setores censitários que compreendem dois bairros de classe média baixa de uma cidade de porte médio (com aproximadamente 200 mil habitantes) do Estado de São Paulo, Brasil.

Os indivíduos responderam a três questionários, um sobre EMC, um sobre Barreiras à prática de AF (QBPAFI) e o terceiro sobre os dados pessoais do sujeito ([HIRAYAMA, 2006](#)).

O questionário sobre EMC foi composto por uma questão fechada com cinco alternativas na qual o indivíduo indicava a situação que correspondia a seus hábitos, com relação à prática de AF regular (realizada na maioria dos dias da semana, pelo menos 30 minutos por dia)

([PATE et al., 1995](#); [ACSM, 2003](#)). A resposta a esta pergunta permitiu classificar cada participante em um dos estágios de mudança de comportamento (Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação, Ação e Manutenção).

O QBPAFI é composto por 22 itens ou barreiras (que constam da Tabela 2, da seção de resultados) acompanhados de uma Escala tipo Likert de cinco pontos (nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes, sempre). Neste questionário, o participante identificava a frequência com que determinada barreira interfere em suas decisões relativas à prática de AF.

Os dados foram analisados de forma descritiva, calculando-se a média, o desvio padrão e a amplitude da idade dos participantes, a porcentagem da prevalência das barreiras e dos EMC. A comparação da prevalência de barreiras inter-gêneros e inter-EMC (pré-contemplanção + contemplanção + preparação = sedentários *versus* manutenção e ação = ativos) foi feita por meio do teste Qui-quadrado. Ainda, foi calculado um índice de percepção de barreiras (IPB), pela seguinte equação:

$$IPB = \frac{\sum \text{pontuação de cada barreira de todos os participantes}}{n^{\circ} \text{ de participantes}};$$

Onde a pontuação de cada barreira foi obtida atribuindo-se valores à frequência assinalada pelo participante: Nunca (0 ponto), Poucas Vezes (1 ponto), Algumas Vezes (2 pontos), Muitas Vezes (3 pontos) e Sempre (4 pontos). Assim quanto maior o IPB mais freqüente era a percepção de determinada barreira.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (Protocolo n. 02529).

Resultados e Discussão

Estágios de Mudança de Comportamento

As prevalências dos EMC nos idosos do presente estudo são descritas na tabela 1. Observa-se, que metade da população idosa não pratica e não tem pretensão de praticar AF nos próximos seis meses (pré-contemplanção). Uma pequena parcela da população (14%) diz que não pratica, mas pretende praticar (somando-se os estágios de contemplanção e preparação). A porcentagem de 35,5% pratica atividade física regularmente (somando-se estágios da ação e manutenção).

Tabela 1. Prevalências dos EMC em idosos brasileiros residentes em cidade de porte médio.

	Total	Pré-contemplação	Contemplação	Preparação	Ação	Manutenção
	n	%	%	%	%	%
Presente estudo: Brasileiros > 60 anos	79	50,6	8,8	5,2	12,6	22,7
Laforge, et al., 1999 Australianos e Americanos > 65 anos	1829	17,6	14,3	14,6	9,3	44,2
Booth et al., 1993 Australianos > 60 anos	953	20,1	5,0	35,0		39,7

A tabela 1 também descreve a distribuição de idosos australianos e americanos nestes estágios (BOOTH *et al.*, 1993; LAFORGE *et al.*, 1999). Comparando as prevalências dos EMC dos idosos nos três estudos observa-se que a principal diferença está no estágio da pré-contemplação. O número de idosos brasileiros de classe média baixa, residentes em uma cidade de médio porte é expressivamente maior neste estágio do que nos outros dois grupos.

Esse fato denota que, diferente da população idosa brasileira, americanos e australianos prevalentemente já alcançaram para além do estágio da pré-contemplação, possivelmente por já terem superado barreiras permitindo que eles se sentissem sensibilizados para a prática de AF.

No gráfico 1 pode-se observar que exceto quanto ao estágio de Preparação no qual não havia homens, a distribuição nos demais EMC foi semelhante em ambos os gêneros.

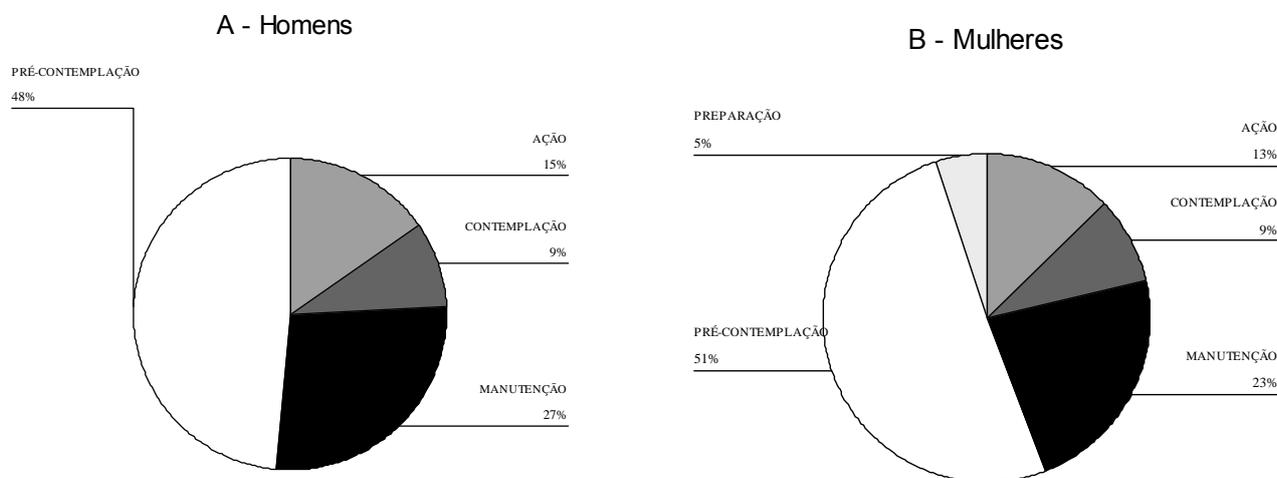


Gráfico 1. Estágios de mudança de comportamento de homens (painel A) e mulheres (painel B).

Considerando indivíduos ativos (estágios de ação e manutenção) e sedentários (estágios: pré-contemplação, contemplação e preparação), observa-se que as amostras eram compostas de 57% de homens sedentários e 43% ativos, enquanto 65% das mulheres eram sedentárias e 35% ativas, não havendo diferença significativa

entre os gêneros analisados pelo teste do qui-quadrado ($p > 0,05$).

Observando estas prevalências, denota-se que os programas de promoção da prática de AF em idosos do município onde foi realizada a pesquisa (Rio Claro – SP) devem principalmente utilizar estratégias que levem o idoso a progredir além do estágio de pré-contemplação. Para este

estágio, especificamente, sugerem-se como processos e estratégias de mudança: a) conscientizar e sensibilizar, provendo informação sobre o papel da AF sobre a saúde e os malefícios do sedentarismo; b) reduzir ou corrigir a percepção de barreiras pessoais, ambientais e sociais e c) incentivar a valorização da prática da AF (MARTINS, 2000; BUCKWORTH & DISHMAN, 2002).

Percepção de barreiras

Observando a pontuação média e a prevalência de percepção de barreiras, foram

identificados os principais motivos que atrapalham ou impedem a prática de AF nos idosos de Rio Claro.

Como pode ser observado na Tabela 2, as principais barreiras percebidas na amostra total e em ambos os gêneros foram: “já ativo”, “necessidade de descanso”, “velho demais” e “doença ou lesão”. Já as menos percebidas foram: “Descrença nos benefícios”, “incontinência urinária”, “falta dinheiro”, “experiências ruins” e “falta equipamento”.

Tabela 2. Pontuação média ponderada (IPB), porcentagem de participantes que perceberam cada uma das barreiras independente da frequência da mesma na amostra total, separados por gênero e por grupos de estágio de mudança de comportamento.

Barreiras	IPB	% Total	% M	% H	% Sedentários Pré Contempladores	% Sedentário Contempladores	% Ativos
Falta de tempo	0,7	20,3	17,4	24,2	27,5	18,5	10,5**
Já ativo	1,9	69,6	73,9	63,3	62,5	63,6	82,1
Falta companhia	1,3	45,6	43,5	48,5	45	72,7	35,7
Falta de dinheiro	0,6	19	19,6	18,2	22,5	27,3	10,7
Velho demais	1,7	53,2	54,3	51,5	67,5	63,6	28,6
Doença ou lesão	1,7	54,4	58,7	48,5	57,5	45,5	53,6
Saúde ruim	1,1	39,2	39,1	39,4	50	18,2	32,1
Muito tímido	1,1	41,8	41,3	42,4	55**	18,2	32,1
Experiências ruins	0,6	17,7	19,6	15,2	22,5	18,2	10,7
Faltam instalações	0,8	29,1	32,6	24,2	27,5	54,5	21,4
Necessidade de descanso	1,7	51,9	50	54	70**	36,4	32,1
Preguiça	0,9	27,8	23,9	33,3	25	63,6**	17,9
Medo de cair	1,4	49,4	58,7*	36,4	57,5	45,5	39,3
Desgosto	1,3	39,2	39,1	39,4	45	63,6	21,4**
Falta equipamento	0,6	20,3	21,7	18,2	27,5	27,3	7,1
Não daria continuidade	1,2	38	37	39,4	50	54,5	14,3**
Gordo/magro demais	0,8	29,1	26,1	33,3	32	45,5	17,9
Falta energia	1,0	31,6	34,8	27,3	37,5	54,5	14,3**
Descrença nos benefícios	0,5	15,2	13	18,2	22,5	0	10,7
Falta segurança	1,3	43	52,2*	30,3	37,5	27,3	57,1
Clima ruim	1,4	48,1	52,2	42,2	50	45,5	46,4
Incontinência urinária	0,5	20,3	19,6	21,2	15	45,5	17,5

% M - % Percepção de barreiras por mulheres

% H - % Percepção de barreiras por homens

* Barreira em que um dos gêneros percebeu significativamente mais que o outro gênero ($p < 0,05$).

** Barreira em que houve diferença significativa entre os grupos de EMC ($p < 0,05$).

Apesar da maioria dos idosos do presente estudo encontrar-se no estágio da pré-contemplação, paradoxalmente nota-se que a

“necessidade de descanso” e “já ativo” foram barreiras identificadas como mais importantes.

Semelhante ao presente estudo, a percepção de serem suficientemente ativos também foi

identificada como uma importante barreira à prática de AF em idosos australianos sedentários, porém, nessa população esta prevalência foi menor em sedentários que em ativos ([BOOTH, BAUMAN, OWEN, 2002](#)).

Já, os idosos do presente estudo independente do EMC perceberam a barreira “já ativo” de forma semelhante ($p>0,05$). Esse fato pode ser explicado por esses idosos terem a concepção subestimada de atividade física necessária para promoção de saúde.

Associando-se a isso, uma das barreiras menos citadas foi a “*descrença nos benefícios*”. Ou seja, os idosos acreditam nos benefícios da AF para a saúde, mas desconhecem o quanto (intensidade e regularidade) é necessário para que haja estes benefícios ([BOOTH, BAUMAN, OWEN, 2002](#)).

Para responder a essa aparente carência de esclarecimentos sobre a prática de AF na população idosa, os profissionais da saúde e em especial o profissional de educação física devem estar aptos a responder perguntas simples sobre estilo de vida e exercício, o que contribuirá para mudança de comportamento dessa população ([NAPOLITANO, BESS, 2000](#)).

O envelhecimento é um fator de risco para diversas doenças, o que pode limitar o idoso tornando-o inseguro e dependente. O aumento da limitação funcional nessa população pode explicar em parte a alta prevalência da percepção das barreiras “*velha demais*” e “*doença ou lesão*”. Uma forma de minimizar essas barreiras seria utilizar estratégias que façam com que o idoso enxergue a AF como um fator positivo para o não agravamento dessa limitação, prevenindo assim, uma possível deficiência. Em outras palavras, deve-se incentivar o idoso a não encarar a doença ou limitação como uma barreira e sim como um fator motivante à prática de AF, interrompendo assim o ciclo de inatividade e incapacidade.

Na população idosa dessa geração, existem ainda fatores sócio-culturais que contribuem para a percepção da idade como barreira à prática de AF. Alguns discursos apresentaram-se comuns durante as entrevistas, com relação a essa barreira: “Já trabalhei por toda a minha vida e agora aposentado preciso descansar” e “Isso aí não é coisa pra gente velha”.

Nota-se que embora campanhas tenham divulgado a importância da AF para a saúde, os programas de promoção do estilo de vida ativo devem continuar a focar a mudança de determinadas crenças.

Somando-se ao discutido anteriormente, a barreira “*descrença nos benefícios*” foi a menos prevalente. Isso reforça a ideia de que os idosos acreditam que AF proporciona melhorias para a saúde, porém, a grande maioria não a pratica. Assim, sugere-se que programas de sensibilização e incentivo para a prática de AF em idosos deveriam relacionar benefícios não só para pessoas saudáveis, mas principalmente para indivíduos com doenças e limitações.

Percepção de barreiras entre os gêneros

A maioria das barreiras tidas como presentes foram semelhantes entre os gêneros, apenas duas delas apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$). São elas: “*Medo de cair*” e “*Falta de Segurança*”, ambas sendo mais percebidas pelas mulheres do que pelos homens.

O “*Medo de cair*” é mais percebido por mulheres devido a dois possíveis fatores: a) a incidência de quedas ser mais alta no sexo feminino provavelmente isto está associado a fatores como idade mais avançada, frequência diminuída de atividades externas, utilização de acentuada quantidade de drogas, uso de psicotrópicos e diminuição de força de preensão. Embora esse dado ainda não seja conclusivo, alguns estudos confirmam tal hipótese; b) o risco para a osteoporose ser maior nas mulheres, devido a fatores hormonais provenientes da menopausa. A presença da doença agravaria as consequências de uma queda já que a fragilidade e risco de fratura do osso é maior ([MATSUDO, MATSUDO, 1991; PAIVA et al., 2003](#)).

Mesmo levando-se em conta que o estilo de vida relacionado à prática de atividade física, é decorrente de uma interação de fatores ambientais, psicossociais e pessoais, o presente estudo constatou que, em relação à percepção de barreiras, o domínio pessoal apresentou uma maior prevalência em contraposição às demais esferas contempladas pelo instrumento. Dentro do domínio ambiental, as condições climáticas apresentaram-se como um importante fator em prevalência para ambos os gêneros.

Percepção de barreiras entre os EMC

Como pode ser visto na tabela 2, os Pré-contempladores (que não praticam AF e não pretendem praticar), os contempladores (estágios da contemplação e preparação, que não praticam, mas têm a intenção de praticar) e os ativos (estágios da manutenção e ação: praticam AF há mais ou menos de 6 meses) apresentaram prevalência de percepção semelhante na maioria das barreiras avaliadas (15 das 22 barreiras, $p > 0,05$).

Porém, 7 das 22 barreiras apresentaram diferença significativa entre esses três grupos (tabela 2).

Com relação às barreiras “*Velho demais*”, “*Falta de energia*”, “*Não daria continuidade*” e “*Desgosto*” podemos perceber que estas, não são tão importantes para quem já pratica AF (ativos) quanto para quem ainda não pratica ou pretende (contempladores e pré-contempladores).

A prática de AF habitual traz diversos benefícios à pessoa idosa, dentre eles a melhora da auto-estima, da autoconfiança e da independência para as atividades da vida diária, proporciona também a sensação de disposição e bem-estar e ainda pode dinamizar o convívio social (GOBBI, 1997). Tudo isso pode explicar em parte a menor prevalência de percepção das barreiras citadas acima pelo grupo ativo.

Assim, o idoso ativo começa enxergar a idade não como algo negativo à prática, mas a prática como algo positivo para a idade. Semelhante ao presente estudo, a barreira “*velho demais*” foi menos percebida pelos idosos ativos que pelos sedentários na população australiana (BOOTH, BAUMAN, OWEN, 2002).

“*Necessidade de descanso*” foi uma barreira bastante citada de forma geral pelos sujeitos do estudo, porém esta barreira foi significativamente mais prevalente nos pré-contempladores que nos outros dois grupos. A falta de AF pode tornar o indivíduo indisposto, sem energia e conseqüentemente diminuindo suas capacidades. Isto acaba produzindo um ciclo vicioso mantendo o indivíduo cada vez mais inativo, o qual pode explicar a alta prevalência dessa barreira nesse grupo.

Portanto, destaca-se a importância da orientação adequada quanto à intensidade e natureza da atividade para a específica condição

prévia do idoso, evitando-se a sensação de insegurança, fadiga excessiva, lesões e conseqüente desmotivação.

“*Muito tímido*” também foi uma barreira mais percebida pelos pré-contempladores que pelos grupos contempladores e ativos. Assim, mostra-se que a timidez é um grande empecilho para os idosos começarem a pensar em praticar AF. Para alguns idosos seriam necessários o incentivo e a estrutura para atividades individualizadas ou mais reservadas, podendo gradualmente integrá-los em atividades com maior interação social.

A “*Preguiça*” foi uma barreira principalmente percebida pelos indivíduos que contemplam a prática AF, mas não a praticam. Devido ao fato dos indivíduos contempladores estarem próximos de efetivar a prática de AF, são esses que mais percebem a “*Preguiça*” como barreira. A realidade dos pré-contempladores está muito distante da prática, enquanto que os ativos superam a preguiça por meio da percepção dos benefícios da atividade física.

Barreiras ligadas à crença, principalmente sobre atividade física e idade, podem ser minimizadas com programas de incentivo a prática e situações nas quais a prática se torne acessível e principalmente prazerosa para o idoso com volume e intensidade adequados. Além disto, para incentivo e motivação é interessante usar a integração social e distração para esta população como um atrativo para a atividade física.

Existem diferentes formas de intervenção no sentido de minimizar o efeito da percepção de barreiras, dependendo de sua natureza e do quanto ela interfere, mas quanto menos efeito elas tiverem sobre os que as percebem, mais pessoas irão despertar a intenção de praticar e manter esse hábito saudável.

Os motivos que levam o idoso a praticar a AF são muitas vezes os mesmos que o impulsionam a se manter praticando (MAZO, CARDOSO, AGUIAR, 2006). Além de minimizar os obstáculos à prática, sugere-se também investir nos fatores motivadores, para facilitar a prontidão e a permanência do indivíduo ao estilo de vida ativo.

Uma possível limitação do presente estudo é na generalização dos resultados para todos os idosos residentes em cidades de médio porte, uma vez que a amostra foi aleatória e

estratificada dentro dos setores censitários que compunham dois bairros da cidade de médio porte. Futuros estudos realizados em toda a cidade são requeridos para a generalização destes resultados para a população idosa como um todo.

Conclusão

A maioria da população idosa do presente estudo (64%) percebe-se inativa. Ou seja, não pratica atividade física regularmente, além disso, apenas 14% pretendem mudar o comportamento e adotar um hábito saudável, praticando atividade física regular.

Quanto aos EMC, os números são semelhantes entre homens e mulheres. Na amostra total e quando analisados separadamente entre gêneros, idosos de classe média baixa, residentes em uma cidade brasileira de médio porte, percebe-se, na maioria das vezes, como não praticante de atividade física regular (estágios de pré-contemplação, contemplação, preparação).

Torna-se necessário buscar novas formas de incentivo e sensibilização para esta população em específico. Uma estratégia seria reforçar os benefícios à prática de AF tanto em condições de saúde, quanto no tratamento e reabilitação de doenças. Desta forma seria possível incentivar à prática em idosos saudáveis que pretendem prevenir condições adversas de saúde, quanto àqueles com comorbidades, principalmente associadas ao sedentarismo, como estratégia agregada ao tratamento e reabilitação.

Quanto às barreiras, as mais prevalentes foram quanto à idade (*“velho demais”*), quanto ao conceito de que já são suficientemente ativos (*“já ativo”*), e de que precisam descansar (*“necessidade de descanso”*) quando lhes resta tempo livre apesar de a grande maioria se encontrar no estágio de Pré-Contemplação.

Quando comparadas as prevalências entre os gêneros, observou-se apenas duas barreiras que apresentaram diferença significativa, são elas: *“Medo de cair”* e *“Falta de Segurança”*, sendo que ambas foram mais percebidas pelas mulheres. Neste caso, sugere-se promover o acesso a programas de AF durante o dia, no caso da segurança e atividades sem grande impacto e risco de quedas como a hidroginástica, por exemplo, para a barreira *“Medo de cair”*.

As barreiras também foram comparadas entre os EMC agrupados, neste caso 7 das 22 barreiras apresentaram diferença significativa. Portanto, apesar do EMC não interferir na percepção na maioria das barreiras, ou seja, a percepção não apresenta diferença entre os indivíduos dos diferentes EMC, ainda sim, existem algumas barreiras que são percebidas diferentemente entre os grupos. Sendo assim, estas barreiras que apresentaram diferença necessitam maior atenção em determinado estágio do que outras.

Criar incentivos e métodos que visem diminuir ou remover as barreiras à prática de atividade física, são importantes atitudes no sentido de mudar o comportamento e o hábito de vida da população quanto a aderir e manter a prática regular de exercícios físicos. Intervenções neste sentido podem impactar a promoção da saúde e melhorar a qualidade de vida da população idosa.

Os dados são limitados a uma cidade de porte médio. Sugere-se a necessidade de estudos em outras localidades para aumentar a representatividade de idosos brasileiros.

Referências

- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Epidemiologia da atividade física, aptidão física e de doenças crônicas selecionadas**. In: Manual de Pesquisa das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003: p. 18.
- BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.
- BOOTH, M. L. et al. Population prevalence and correlates of stages of change in physical activity. **Health Education Quarterly**, n. 20, p.431-440, 1993.
- BOOTH, M.L., BAUMAN, A., OWEN, N. Perceived barriers to Physical Activity among older Australians. **Journal of Aging and Physical Activity**, n. 10, p.271-280, 2002.
- BUCKWORTH, J.; DISHMAN, R. K. **Exercise Psychology**. Champaign: Human Kinetics, 2002.
- GOBBI, S. Atividade Física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 2, n. 2, p. 41-49, 1997.
- GOBBI, S.; VILLAR, R.; ZAGO, A. S. **Bases teórico-práticas do condicionamento físico**.

Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005: p.265.

HALLAL, P.C.; VICTORA, C.G.; WELLS, J.C.; LIMA, R.C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine Science Sports and Exercise**, v.35, n.11, p.1894-900, 2003.

HIRAYAMA, M. S. **Atividade física e Doença de Parkinson: Mudança de comportamento, auto-eficácia e barreiras percebidas**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Motricidade) – Instituto de Biociências, (SP): Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2006.

LAForge, R. G. et al. Stage Distributions for five health behaviors in the United States and Australia. **Preventive Medicine**, n. 28, p. 61-74, 1999.

MARCUS, B. H. et al. Application of theoretical Models to Exercise Behavior among Employed women. **American Journal of Health Promotion**, v. 1, n. 9, p. 49-55, 1994.

MARTINS, M. O. **Estudo dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários**. 2000 Dissertação (Mestrado Programa de Pós-graduação de Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

MATSUDO, S. M. M; MATSUDO, V.R.R. Osteoporose e Atividade Física. **Revista Brasileira de Ciência do Movimento**, v. 3, n. 5, p. 33-39, 1991.

MAZO, G. Z.; CARDOSO, F.L.; DE AGUIAR, D.L. Programa de Hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desenvolvimento Humano**. v. 8, n. 2, p. 67-72, 2006.

NAPOLITANO, M. A; BESS, H. M. Breaking Barriers to Increased Physical Activity. **The Physician an Sports Medicine**, v. 10, n. 28, p. 88-89, 2000. FABRÍCIO, S.C.C; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA, M.L. Causas e consequências de quedas em hospital público. **Revista Saúde Pública**, v. 1, n.38, p. 93-109, 2004.

OKUMA, S.S. **O Significado da Atividade Física para o Idoso: um estudo fenomenológico**. 1997. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PAIVA, L.C et al. Prevalência de Osteoporose em mulheres na pós-menopausa e associação com fatores clínicos reprodutivos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 7, n. 2, p. 507-512, 2003.

PATE, R., et. al. Physical activity and Public Health: A Recommendation from the Center of Disease Control and Prevention and The American College of Sports Medicine. **Journal of the American Medical Association**. n. 273, p. 402-407, 1995.

PERRACINI, M.R; RAMOS, L.R. Fatores associados a quedas em ma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 6, n. 36, p. 709-716. 2002.

PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C.; NOSCROSS, J.C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, Washington, v.47, n.9, p.1102-1114, 1992.

SHERWOOD, N.E., JEFFERY, R.W. The Behavioral Determinants of Exercise: Implications for Physical Activity Interventions. **Annual Review Nutrition**, n. 2, p. 21-44, 2000.

The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment 1998. **Psychol Med**, v. 28, p. 551-8, 1998.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH HUMAN SERVICES, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion & Division of Nutrition and Physical Activity. **Promoting physical activity: a guide for community action**. Champaign: Human Kinetics, 1999.

VELARDI, M. **Pesquisa e ação em Educação Física para idosos**. 2003. 218 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação Física , Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

Endereço:

Carla M. C. Nascimento
Av. 18-A, 41 – fundos Vila Indaiá
Rio Claro SP Brasil
13506-750
e-mail: carla_unesp@yahoo.com.br

Recebido em: 11 de março de 2009.

Aceito em: 25 de agosto de 2009.



Motriz. Revista de Educação Física. UNESP, Rio Claro, SP, Brasil - eISSN: 1980-6574 - está licenciada sob [Licença Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)