

## BARREIRAS PARA A ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS: UMA ANÁLISE POR GRUPOS FOCAIS

### BARRIERS TO PHYSICAL ACTIVITY IN ELDERLY: AN ANALYSIS WITH FOCUS GROUPS

Ana Carina Naldino Cassou\*  
Rogério César Fermino\*\*  
Mariana Silva Santos\*\*\*  
Ciro Romélio Rodriguez-Añez\*\*\*\*  
Rodrigo Siqueira Reis\*\*\*\*\*

#### RESUMO

O comportamento fisicamente ativo é influenciado por diversos fatores. Os fatores que o influenciam de maneira negativa são denominados *barreiras para a atividade física* (AF) e estas são percebidas de maneira diferente de acordo com o gênero, o nível socioeconômico (NSE) e a idade. O objetivo deste estudo foi identificar as barreiras para a AF em idosos de diferentes NSEs. Foi utilizada a metodologia de grupos focais em indivíduos com  $68,9 \pm 7,7$  anos de idade ( $n=17$ ). Os idosos foram agrupados de acordo com a classificação do NSE identificado por uma entrevista estruturada. A análise de conteúdo foi empregada para agrupar os relatos em dimensões e depois realizou-se a estatística descritiva, utilizando-se as frequências relativa e absoluta dos relatos semelhantes, com auxílio do *software* SPSS 11.0. As barreiras mais prevalentes entre os idosos de NSE alto foram as que constituem as dimensões *demográfica e biológica* (33,9%) e *psicológicas, cognitivas e emocionais* (29,7%). Entre os de NSE baixo, as mais prevalentes foram as inseridas nas dimensões *ambientais* (45,6%) e *psicológicas, cognitivas e emocionais* (26%). Conclui-se que os idosos de diferentes níveis socioeconômicos percebem barreiras de maneiras diferenciadas, o que exige atenção diferenciada para as ações de promoção da AF.

**Palavras-chave:** determinantes. Atividade física. Grupos focais.

#### INTRODUÇÃO

A população mundial de idosos tem aumentado de maneira significativa. No Brasil, cerca de 15 milhões de pessoas contam mais de 60 anos de idade e estima-se para o ano 2030 que este número aumente para 25 milhões (IBGE, 2007). A mudança decorrente da alteração na pirâmide etária levanta um importante aspecto do ponto de vista de saúde pública: uma maior proporção de pessoas idosas representa, para o sistema de saúde, elevação dos gastos com internações por doenças crônico-degenerativas associadas ao processo de envelhecimento (PEIXOTO et al., 2004).

A participação regular em programas de atividade física (AF) está associada à prevenção de doenças crônico-degenerativas e diminuição da taxa de mortalidade e morbidade em idosos (HOLLMANN et al., 2007; NELSON et al., 2007; REJESKI; MIHALKO, 2001), Contudo, apesar destes benefícios, os níveis de AF tendem a declinar com o avanço da idade (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007; HASKELL et al., 2007). Dados do Vigitel Brasil (2007) (vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) mostraram que a prevalência de inatividade física entre adultos brasileiros é de 30,9% e 27,8% para homens e mulheres, respectivamente. Entre os

\* Mestranda em Atividade Física e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Paraná–UFPR.

\*\* Doutorando em Atividade Física e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Paraná–UFPR.

\*\*\* Professor Doutor, Curso de Educação Física, Pontifícia Universidade Católica do Paraná–PUCPR.

\*\*\*\* Professor Doutor, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Paraná–UFPR.

indivíduos com mais de 65 anos de idade, estas prevalências aumentam para 53,7% nos homens e 58,3% nas mulheres.

A prática de AF pode ser influenciada, de forma positiva ou negativa, por diversos fatores. Quando os fatores influenciam de maneira negativa eles são denominados barreiras ou determinantes negativos, e quando influenciam de maneira positiva, são considerados facilitadores ou determinantes positivos. Sallis e Owen (1999) classificam estes determinantes em seis dimensões (demográficos e biológicos; psicológicos, cognitivos e emocionais; culturais e sociais; ambientais; características da AF e atributos comportamentais), o que demonstra a complexidade e diversidade dos aspectos que podem influenciar esta prática.

De fato, algumas pesquisas realizadas com idosos têm apresentado, em diversos contextos, um conjunto de fatores que podem estar associados a prática de AF (ANDRADE et al., 2000; BOOTH et al., 1997; REICHERT et al., 2007; SCHUTZER; GRAVES, 2004). Na Austrália, Booth et al. (1997) verificaram que as principais barreiras relatadas foram o fato de possuir lesões ou incapacidade física, saúde ruim e sentir-se muito velho. No Brasil, os resultados de uma pesquisa realizada no Estado de São Paulo (ANDRADE et al., 2000) evidenciou que existem diferenças entre as barreiras relatadas pelos residentes em cidades de grande e pequeno porte. Em um estudo representativo da população adulta de Pelotas - RS, Reichert et al. (2007) encontraram como principais barreiras para a AF: a falta de dinheiro, a sensação de cansaço, a falta de companhia e a falta de tempo. Entre os homens de 60 a 69 anos, as barreiras mais relatadas foram a falta de dinheiro, o fato de possuir doença ou lesão, sentir-se muito cansado e o medo de lesionar-se. Também foi verificado que os indivíduos de alto nível socioeconômico relataram não praticar AF pelo fato de sentirem-se muito cansados, enquanto para os de baixo nível socioeconômico a principal barreira foi a falta de dinheiro.

O entendimento sobre os fatores que influenciam a prática de AF em idosos brasileiros ainda é limitado - em parte, pela falta de estudos representativos desta população, mas também pela carência de instrumentos que permitam a identificação destes fatores. Os estudos até agora realizados têm empregado instrumentos desenvolvidos em outros países, os

quais podem não representar as características locais. Compreender de maneira mais aprofundada quais os fatores que podem influenciar a AF pode ser um importante subsídio para o desenvolvimento de instrumentos para esta população. Adiciona-se ainda o fato de esses resultados proporcionarem espaço informacional de grande utilidade no desenvolvimento de programas de intervenção no âmbito de saúde pública.

O objetivo deste estudo foi identificar as barreiras para a AF em idosos de diferentes níveis socioeconômicos.

## MÉTODOS

### Participantes

Participaram neste estudo 17 indivíduos do sexo masculino com idade média de  $68,9 \pm 7,7$  anos, selecionados por conveniência entre os participantes de grupos comunitários e/ou de convivência com mais do que 60 anos de idade na cidade de Curitiba - PR. Os idosos eram integrantes de grupos de coral e atividades artísticas, recreativas ou físicas (ginástica, bolão, sinuca, etc.) que se reuniam semanalmente. Os indivíduos que aceitaram participar do estudo responderam um questionário para identificar os critérios de inclusão para a participação nas entrevistas em grupos focais.

Como critério de inclusão, os indivíduos deveriam apresentar autonomia, independência funcional e boa condição de saúde. A verificação destes critérios foi realizada por meio do questionário Atividades da vida diária (BENEDETTI et al., 2004). Ainda, deveriam responder a todas as questões referentes à percepção e problemas de saúde e ao critério de classificação econômica do Brasil (ABEP, 2005). Após essa etapa os indivíduos foram convidados a participar de entrevistas em grupos focais. Apenas 23,5% dos indivíduos relataram percepção de saúde negativa e 47,1% possuíam algum problema de saúde (doenças degenerativas em geral).

A realização do estudo foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR (processo n.º 687) e todos os indivíduos aceitaram participar de maneira voluntária assinando um termo de consentimento livre e esclarecido.

### Elaboração dos grupos focais

O número de participantes em cada grupo foi determinado de acordo com as recomendações de Stewart e Shamdasani (1990). Os autores sugerem que os grupos focais sejam homogêneos e constituídos por, no máximo, 12 integrantes. Número elevado de indivíduos dificulta o gerenciamento das entrevistas pelo moderador. Nesse estudo, optou-se por constituir grupos de seis indivíduos.

Para garantir a homogeneidade de características em cada grupo, os indivíduos foram selecionados de acordo com o nível socioeconômico, avaliado na primeira etapa da pesquisa (ABEP, 2005). Para a constituição dos grupos foram considerados dois níveis socioeconômicos: alto (classes A e B - 70,6%) e baixo (classes C, D e E - 29,4%). Considerando a recomendação vigente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESA DE PESQUISAS, 2005), os níveis socioeconômicos foram classificados pelo grau de escolaridade do chefe de família e a posse de utensílios domésticos. Essas informações foram determinadas para garantir diferenças entre os grupos.

Assim, foram formados três grupos focais: dois de alto nível socioeconômico (com seis integrantes cada) e um de baixo nível (com cinco integrantes). Os indivíduos classificados em cada categoria foram convidados a comparecer à entrevista com horário e local previamente determinados.

### Entrevistas em grupos focais

As entrevistas seguiram um protocolo previamente preparado e testado em um estudo-piloto. Foram tomados os devidos cuidados com relação a aspectos éticos, local da aplicação, experiência do moderador, roteiro e duração da entrevista, bem como o registro das informações. Os três grupos foram entrevistados em ambientes agradáveis, silenciosos e familiares para os participantes, para que o ambiente não influenciasse a discussão.

A coordenação dos grupos foi realizada por um único pesquisador, previamente treinado para tal finalidade. As entrevistas seguiram um roteiro com questões abertas e tópicos vinculados aos fatores determinantes individuais, sociais e ambientais relacionados à prática de AF. O roteiro foi constituído por 13 tópicos divididos em três

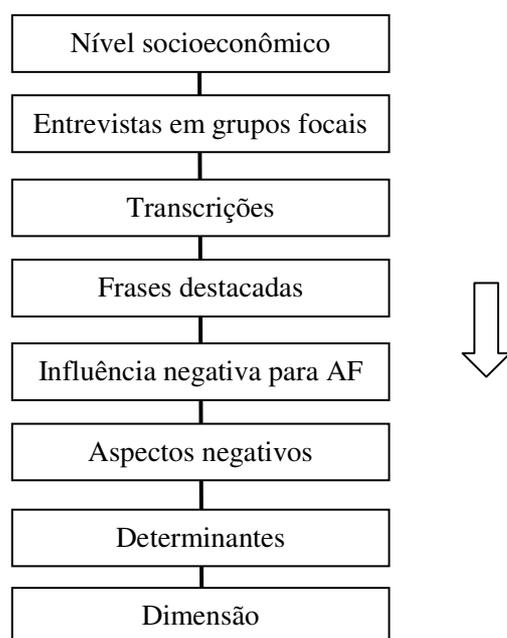
partes, das quais a primeira era a apresentação do mediador ao grupo, dos objetivos do estudo e dos indivíduos entre si, para promover a integração dos participantes. A segunda parte caracterizou-se pelo estímulo à discussão, e para isso utilizavam-se imagens de pessoas que praticavam AF nas quais cada indivíduo deveria relatar o que a imagem representava para ele. A terceira parte referia-se a questões sobre AF (o que, como, quando, onde e por que praticavam ou não AF), vinculadas a aspectos individuais, ambientais, sociais e psicológicos. As questões foram elaboradas de maneira a não colocar os participantes em situações de constrangimento, tentando criar um ambiente favorável à participação de todos.

As entrevistas tiveram duração de 50 a 70 minutos, sendo que o tempo mínimo estipulado foi de 50 minutos e deveria encerrar-se ao final do roteiro de entrevista, não ultrapassando 90 minutos. As respostas e discussões foram registradas e gravadas por um auxiliar que não intervinha na discussão, tendo-se no final de cada entrevista um registro manuscrito das informações importantes e um registro em áudio na íntegra. A gravação foi iniciada mediante autorização dos participantes e finalizada após o encerramento da discussão. Posteriormente, os arquivos foram transcritos na íntegra, atribuindo-se a cada participante um código (P1, P2, P3, etc.), para evitar a sua identificação.

### Análise dos dados

A análise de dados foi realizada de maneira qualiquantitativa. Inicialmente, as informações obtidas nos grupos focais foram analisadas através de uma abordagem qualitativa com o emprego da análise de conteúdo. As informações que geraram influência negativa para a prática de AF foram primeiramente destacadas e classificadas em aspectos negativos, denominados barreiras. Posteriormente os dados foram classificados em determinantes, e estes agrupados em dimensões, conforme classificação de Sallis e Owen (1999).

Após a análise do conteúdo e das classificações realizadas, efetuou-se uma análise estatística descritiva utilizando-se as frequências relativa e absoluta dos relatos semelhantes. Para efeitos de análise os relatos foram separados por determinantes e dimensões, considerando-se o nível socioeconômico de cada grupo (baixo ou alto). O fluxograma da coleta e análise dos dados pode ser visualizado na Figura 1. Todas as análises foram feitas através do software estatístico SPSS 11.0.



**Figura 1** - Fluxograma da análise dos dados.

## RESULTADOS

A análise das entrevistas permitiu identificar 164 relatos de barreiras para a prática de AFs. Destas, 118 (72%) foram relatadas pelos idosos de nível socioeconômico alto e 46 (28%) pelos de baixo nível.

Para os idosos de nível socioeconômico alto, as barreiras mais frequentes foram as limitações físicas (25 relatos – 21,3%) e isolamento social (18 relatos – 15,4%), enquanto para os de baixo nível as barreiras mais frequentes foram o custo (7 relatos – 15,2%), o clima (6 relatos – 13%) e a falta de suporte social (5 relatos – 10,8%). As demais barreiras relatadas e as respectivas frequências e dimensões às quais pertencem são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1** - Barreiras para a prática de atividade física relatadas por idosos de acordo com o nível socioeconômico.

Determinante	Alto (n=12)		Dimensão	Determinante	Baixo (n=5)		Dimensão
	f.a.	f.r.			f.a.	f.r.	
Limitações físicas	25	21,3	Demo e Biol	Custo	7	15,2	Amb
Isolamento social	18	15,4	Cult e Soc	Clima	6	13	Amb
Barreira para exercitar-se	8	6,9	Psi, Cog e Emo	Falta de suporte social	5	10,8	Cult e Soc
Problemas de saúde	7	5,9	Demo e Biol	Problemas de saúde	4	8,7	Demo e Biol
Falta de suporte social	6	5,1	Cult e Soc	Rompimentos rotineiros	4	8,7	Amb
Idade	6	5,1	Demo e Biol	Falta de motivação	4	8,7	Psi, Cog e Emo
Baixa auto-eficácia	4	3,4	Psi, Cog e Emo	Barreira para exercitar-se	3	6,5	Psi, Cog e Emo
Clima	4	3,4	Amb	Estágios de mudança	3	6,5	Psi, Cog e Emo
Falta de aptidão física percebida	4	3,4	Psi, Cog e Emo	Falta de segurança	3	6,5	Amb
Características do ambiente	3	2,5	Amb	Baixa auto-eficácia	2	4,3	Psi, Cog e Emo
Controle de exercício excessivo	3	2,5	Psi, Cog e Emo	Nível socioeconômico	2	4,3	Demo e Biol
Estágios de mudança	3	2,5	Psi, Cog e Emo	Idade	1	2,2	Demo e Biol
Falta de expectativa de benefícios	3	2,5	Psi, Cog e Emo	Características do ambiente	1	2,2	Amb
Falta de segurança	3	2,5	Amb	Consumo de álcool	1	2,2	Atrib Comp
Falta de tempo	3	2,5	Psi, Cog e Emo				
Rompimentos rotineiros	3	2,5	Amb				
Características da atividade física	2	1,7	Car AF				
Falta de conhecimento sobre saúde e exercício	2	1,7	Psi, Cog e Emo				
Falta de diversão	2	1,7	Psi, Cog e Emo				
Falta de motivação	2	1,7	Psi, Cog e Emo				
Alto risco de doenças cardíacas	1	0,8	Demo e Biol				
Características do equipamento	1	0,8	Car AF				
Esforço percebido	1	0,8	Car AF				
Intensidade do exercício	1	0,8	Car AF				
Localização	1	0,8	Amb				
Ocupação	1	0,8	Demo e Biol				
Saúde psicológica ruim	1	0,8	Psi, Cog e Emo				
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>			<b>46</b>	<b>100</b>	

f.a.: frequência absoluta; f.r.: frequência relativa; Demo e Biol: demográficos e biológicos; Psi, Cog e Emo: psicológicos, cognitivos e emocionais; Cult e Soc: culturais e sociais; Amb: ambientais; Car AF: características da atividade física; Atrib Comp: atributos comportamentais

Na Tabela 2 são apresentadas as frequências das barreiras agrupadas por dimensões. Os idosos de nível socioeconômico alto relataram 40 vezes (33,9%) a influência negativa das dimensões demográficas e biológicas, 35 vezes (29,7%) fatores psicológicos, cognitivos e emocionais e 24 vezes (20,3%) fatores de ordem cultural e social. Os idosos de nível socioeconômico baixo relataram como fatores negativos para a prática de AF os fatores ambientais 21 vezes (45,6%) e os fatores psicológicos, cognitivos e emocionais 12 vezes (26%).

**Tabela 2** - Classificação dos relatos em dimensões de acordo com o nível socioeconômico

Dimensão	Alto (n=12)		Dimensão	Baixo (n=5)	
	f.a.	f.r.		f.a.	f.r.
Demo e Biol	40	33,9	Amb	21	45,6
Psi, Cog e Emo	35	29,7	Psi, Cog e Emo	12	26
Cult e Soc	24	20,3	Demo e Biol	7	15,2
Amb	14	11,9	Cult e Soc	5	10,8
Car AF	5	4,2	Atrib Comp	1	2,2
Total	118	100		46	100

As abreviações podem ser visualizadas na Tabela 1.

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar as barreiras para a prática de AF em idosos de diferentes níveis socioeconômicos. A análise dos relatos permitiu observar algumas diferenças nas barreiras que os idosos percebem para a realização de AF, as quais diferem de acordo com o nível socioeconômico. Para os indivíduos de nível socioeconômico alto, os fatores demográficos e biológicos se apresentaram como os mais influentes, enquanto para os indivíduos de nível socioeconômico baixo o ambiente físico foi o mais importante. Em ambos os grupos, os fatores psicológicos, cognitivos e emocionais apareceram como a segunda dimensão mais importante.

Os fatores que constituem a dimensão “demográficos e biológicos” são um conjunto de aspectos que podem influenciar a prática de AF; entretanto, o fato de essa dimensão agregar características inatas (sexo, idade), atributos (nível socioeconômico), hábitos (ocupação) e circunstâncias (problemas de saúde) a torna

uma dimensão com fatores difíceis de modificar (SALLIS; OWEN, 1999). No Brasil, faltam estudos que procurem identificar as barreiras para a AF. Um estudo realizado por Reichert et al. (2007) verificou que as barreiras de ordem demográfica e biológica também parecem ser as mais influentes, porém as características metodológicas empregadas na pesquisa dificultam sua comparação direta com o presente estudo. Os indivíduos deste estudo (com idade entre 60 e 69 anos) relataram a falta de dinheiro e o fato de possuir lesão/doença como os motivos mais frequentes de influência negativa para a prática de AF. Diversos estudos internacionais procuraram investigar os fatores que influenciam negativamente este comportamento (BOOTH et al., 1997; BURTON et al., 1999; DAWSON et al., 2007; KAPLAN et al., 2001). Apesar das diferenças metodológicas, a maior parte deles aponta os fatores demográficos e biológicos como dos mais importantes. Na Austrália, Booth et al. (1997) realizaram um estudo de representatividade populacional e observaram que os fatos de possuir lesões, ter saúde ruim, falta de dinheiro e ter que cuidar de crianças eram barreiras para a AF entre os indivíduos com idade acima de 60 anos. Burton et al. (1999) verificaram que quanto maior a idade e o nível educacional, menor a chance de adoção e manutenção de um comportamento fisicamente ativo.

No presente estudo foram encontrados resultados que corroboram os achados de Reichert et al. (2007) e Booth et al. (1997). Os idosos de nível socioeconômico alto relataram os problemas de saúde e limitações físicas como as principais barreiras. Desta maneira, as barreiras de ordem biológica (limitações físicas, problemas de saúde e idade) apresentaram uma maior prevalência neste grupo do que as demográficas. Em parte tais resultados podem ser atribuídos às diferentes percepções que têm e aos diferentes ambientes em que interagem esses indivíduos. Partindo-se da premissa que indivíduos com maior nível socioeconômico possuem maior acesso e capacidade de subsidiar a prática AF e maior conhecimento sobre seus benefícios, a percepção de barreiras nestes indivíduos pode estar relacionada a domínios que não são passíveis de controle (idade

avançada, dores pelo corpo, problemas físicos e crônicos de saúde, etc.).

Entre os indivíduos de nível socioeconômico baixo, as barreiras mais relatadas estiveram relacionadas aos aspectos ambientais (custo e clima). A dimensão ambiental envolve fatores relacionados ao espaço físico, características climáticas, sazonais e geográficas, acessibilidade, características e custos dos equipamentos e das atividades (SALLIS; OWEN, 1999). Estudos relacionados a barreiras ambientais para a AF mostram que esses fatores exercem grande influência no comportamento fisicamente ativo (BROWNSON et al., 2001; FISHER et al., 2004; KAMPHUIS et al., 2007). Assim como no presente estudo, os resultados de outras pesquisas evidenciaram barreiras para a AF de ordem ambiental (DAWSON et al., 2007; FISHER et al., 2004; KAMPHUIS et al., 2007; PARKS et al., 2003). Dawson et al. (2007), em um estudo com indivíduos com idade acima de 50 anos, identificaram que aspectos como o tráfego de carros, péssimas condições das calçadas, falta de locais para a prática de AF e falta de segurança estão entre as principais barreiras mais relatadas entre os homens. Rasinaho et al. (2007) também encontraram barreiras relacionadas ao ambiente físico (falta de equipamentos, custo e falta de infra-estrutura).

No Brasil, os resultados de uma pesquisa realizada no Estado de São Paulo (ANDRADE et al., 2000) evidenciaram que existem diferenças entre as barreiras para a prática de AF relatadas pelos residentes em cidades de grande e aquelas relatadas por moradores de cidades de pequeno porte. Em cidades pequenas, as mais frequentes foram a falta de equipamento, a necessidade de repouso, a falta de local adequado, o clima impróprio e a falta de habilidade. Na capital, as mais relatadas foram a falta de equipamento, a falta de tempo, a falta de conhecimento, o medo de lesionar-se e a necessidade de repouso. Estes resultados evidenciam que os idosos destas cidades percebem as barreiras de maneiras diferentes; porém ambos relatam os fatores ambientais - como falta de equipamentos, locais inadequados e clima impróprio - como influentes. No estudo de Reichert et al. (2007), os indivíduos com idade acima de 60 anos relataram a falta de

dinheiro como um fator limitante para a prática de AF. Apesar de não ser de caráter ambiental, este fator pode dificultar o acesso de um indivíduo de baixo nível socioeconômico a AFs em ambientes e locais privados pagos e/ou de alto custo. Estes resultados corroboram os achados do presente estudo, pois os idosos de baixo nível socioeconômico relataram o custo das atividades como a principal barreira.

Os indivíduos de baixo poder aquisitivo dependem de espaços e locais públicos para prática de AF. De acordo com Fisher et al. (2004), os indivíduos residentes em bairros de baixo nível socioeconômico caminham mais que seus colegas que residem em bairros de maior nível. Pode-se atribuir este resultado (1) ao fato de os primeiros não possuírem condições de financiar outro tipo de AF e/ou (2) ao transporte ativo. Considerando-se estes aspectos, acredita-se que entre os indivíduos que dependem de espaços públicos para realização de AF, outros fatores, como os relatados pelos idosos de baixo nível socioeconômico do presente estudo (renda, clima, falta de segurança e as características do ambiente), possam influenciar negativamente a prática de AF nestes locais.

Os fatores psicológicos, cognitivos e emocionais, que apareceram como a segunda dimensão mais relatada por ambos os grupos deste estudo, são considerados como as causas diretas mais comuns de um comportamento fisicamente inativo. As características desta dimensão dizem respeito a valores, intenções, emoções, sentimentos, percepções e atitudes que ajudam a explicar os motivos pelos quais alguns indivíduos são fisicamente ativos (SALLIS; OWEN, 1999). Brownson et al. (2001) avaliaram 1818 indivíduos adultos por inquérito telefônico, e verificaram que os fatores desta dimensão que tiveram um maior número de relatos foram: a realização de exercícios no trabalho, falta de tempo, sensação de cansaço e falta de motivação. Estes fatores foram semelhantes entre os grupos de renda alta e baixa. Contudo, Booth et al. (1997) mostraram que indivíduos com mais de 60 anos de idade percebem outros fatores psicológicos, cognitivos e emocionais. Dentre estes se destacaram o fato de sentir-se muito velho, falta de tempo, não se sentir esportivo, falta de motivação, necessidade de descansar, falta de persistência, medo de se

lesionar e outros. Os autores concluem que as barreiras diferenciam-se mais em função da idade do que do gênero; porém, infelizmente, não foi incluída nessa análise a condição econômica dos indivíduos, o que dificulta a comparação direta com os resultados do presente estudo.

Nesta pesquisa, um aspecto que deve ser considerado refere-se ao número de participantes. A amostra foi constituída por 17 indivíduos, portanto não era estatisticamente representativa da população. No entanto, cumpre considerar que a metodologia empregada teve como intuito compreender de maneira mais aprofundada a opinião dos sujeitos, e para tanto não é possível a inclusão de um número elevado de pessoas e grupos, uma vez que as entrevistas e a transcrição das gravações demandam muito tempo. Apesar dessa limitação metodológica, a técnica de grupos focais possibilita a identificação real de informações do indivíduo, proporcionando discussões entre os participantes que estimulam a percepção de diversas características comportamentais que não são identificadas quando se utilizam questionários. De acordo com a revisão previamente realizada, parece que não existem estudos que tenham utilizado a metodologia de grupos focais para identificar as barreiras para AF em idosos no contexto brasileiro.

Outro aspecto crítico refere-se à proporção dos grupos focais: foram formados dois grupos de indivíduos de alto nível socioeconômico e apenas um de indivíduos de nível socioeconômico baixo. Esta limitação fez com que ocorressem alguns relatos individuais no grupo de alto nível socioeconômico que não apareceram na discussão do grupo de baixo

nível. Caso os números de entrevistas e de grupos focais tivessem sido idênticos possivelmente teríamos encontrado outros fatores que poderiam modificar os resultados. Todavia, acredita-se que da mesma maneira seriam evidenciadas algumas diferenças entre as barreiras para a prática de AF relatadas entre os grupos de níveis socioeconômicos distintos. Com os resultados encontrados, acredita-se que as intervenções para aumentar os níveis de AF tenham que ser voltadas para cada grupo populacional levando em consideração a condição econômica.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os idosos de diferentes níveis socioeconômicos percebem as barreiras para a AF de maneiras diferentes. Para aqueles com alto nível socioeconômico, os fatores demográficos e biológicos são mais importantes, enquanto para os de baixo nível socioeconômico os fatores ambientais são mais relevantes. Ambos os grupos relataram os fatores psicológicos, cognitivos e emocionais em segundo lugar quanto à importância.

De acordo com os resultados, pode-se inferir que as intervenções no âmbito da AF devem ser voltadas para grupos populacionais levando em consideração a condição econômica. Futuras pesquisas devem ser conduzidas utilizando a metodologia aqui empregada, porém sugere-se ampliar o número de grupos focais para que seja possível a construção de um questionário para avaliar os diversos domínios que possam influenciar o comportamento fisicamente ativo.

---

## BARRIERS TO PHYSICAL ACTIVITY IN ELDERLY: AN ANALYSIS WITH FOCUS GROUPS

### ABSTRACT

The physical active behavior is influenced by various factors. When the factors influence in a negative way, they are named as barriers for physical activity (PA) and these are perceived in different way in accordance with sex, socioeconomic status (SES) and age. The objective of this study was to identify the barriers for PA in older adults considering different SES. A focus group methodology was employed with 68.9±7.7 years old (n=17) individuals. The subjects were grouped in accordance of the SES classification, previous identified in structured interview. The content analysis was used to categorize the responses in dimensions and afterwards the descriptive statistics was used through absolute and relative frequency to identify similar responses with software SPSS 11.0. The most prevalent barriers in the high SES group were those related to "demographic and biological" (33.9%) and "psychological, cognitive and emotional" (29.7%) dimensions. In the low SES, the most prevalent were those related to "environmental" (45.6%) and "psychological, cognitive and emotional" (26%) dimensions. It is concluded that older people with a different SES perceive barriers in a different way, fact that demands a different attention for the actions of PA promotion.

**Key words:** Determinants. Physical activity. Focus groups.

---

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica do Brasil**. 2005. <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 11 jun. 2007.
- ANDRADE, E. L. et al. Barriers and motivational factors for physical activity adherence in elderly people in developing country. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Baltimore, v. 33, no. 7, p. 141, 2000.
- BENEDETTI, T. R. et al. **Perfil do idoso do município de Florianópolis, SC**: relatório final da pesquisa. Florianópolis: NUCIDH/UFSC, 2004.
- BOOTH, M. L. et al. Physical activity preferences, preferred sources of assistance, and perceived barriers to increased activity among physically inactive Australians. **Preventive Medicine**, San Diego, v. 26, p. 131-137, 1997.
- BROWNSON, R. C. et al. Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. **American Journal of Public Health**, New York, v. 91, p.1995-2003, 2001.
- BURTON, L. C. et al. Determinants of physical activity initiation and maintenance among community-dwelling older persons. **Preventive Medicine**, San Diego, v. 29, p. 422-30, 1999.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevalence of regular physical activity among adults-United States, 2001 and 2005. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 56, no. 46, p. 1209-12, 2007.
- DAWSON, J. et al. Perceived barriers to walking in the neighborhood environment: a survey of middle-aged and older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 15, p. 318-35, 2007.
- FISHER, K. J. et al. Neighborhood-level influences on physical activity among older adults: a multilevel analysis. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 12, p. 45-63, 2004.
- HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 116, p.1081-93, 2007.
- HOLLMANN, W. et al. Physical activity and the elderly. **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, London, v. 14, p. 730-739, 2007.
- IBGE. Pesquisa sobre expectativa de vida. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2007.
- KAMPHUIS, C. B. et al. Perceived environmental determinants of physical activity and fruit and vegetable consumption among high and low socioeconomic groups in the Netherlands. **Health Place**, v. 13, p. 493-503, 2007.
- KAPLAN, M. S. et al. Demographic and psychosocial correlates of physical activity in late life. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 21, p. 306-12, 2001.
- NELSON, M. E. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Baltimore, v. 39, p.1435-45, 2007.
- PARKS, S. E. et al. Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. **Journal of Epidemiology Community Health**, London, v. 57, p. 29-35, 2003.
- PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, p. 239-46, 2004.
- RASINAHO, M. et al. Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 15, p. 90-102, 2007.
- REICHERT, F. F. et al. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American Journal Public Health**, New York, v. 97, p.515-9, 2007.
- REJESKI, W. J.; MIHALKO, S. L. Physical activity and quality of life in older adults. **Journal of Gerontology**, Springfield, v. 56, p. 23-35, 2001.
- SALLIS, J. F.; OWEN, N. **Physical Activity and Behavioral Medicine**. California: SAGE Publications, 1999. (Behavioral Medicine and Health Psychology Series).
- SCHUTZER, K. A.; GRAVES, B. S. Barriers and motivations to exercise in older adults. **Preventive Medicine**, San Diego, v. 39, p. 1056-61, 2004.
- STEWART, D. W.; SHAMDASANI, P. N. **Focus groups: theory and practice**. California: Sage: Newbury Park, 1990.
- VIGITEL BRASIL **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. 2007. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 maio 2008.

Recebido em 29/05/2008

Revisado em 28/07/2008

Aceito em 08/08/2008

## Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer as sugestões dos revisores anônimos que melhoraram aspectos do texto.

**Endereço para correspondência:** Ana Carina Naldino Cassou. Rua Julio Eduardo Gineste, 73, Santa Quitéria, CEP 80310-410, Curitiba-PR, Brasil. E-mail: carina.cassou@hotmail.com