

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E AS PRINCIPAIS BARREIRAS PERCEBIDAS POR IDOSOS DE RIO CLARO

LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY AND MAIN BARRIERS PERCEIVED BY OLDER PEOPLE LIVING IN RIO CLARO

Carla Manuela Crispim Nascimento*
Sebastião Gobbi**
Márcio Sussumu Hirayama***
Manuella Colim Brazão****

RESUMO

Atividades físicas beneficiam as esferas de vivência do idoso, por isso conhecer o nível de atividade física (NAF) e as principais barreiras à prática é relevante para planejar e desenvolver ações visando a um estilo de vida ativo dessa população. Em análise do NAF e das principais barreiras à prática de atividade física percebidas em idosos, 129 participantes responderam aos questionários Baecke modificado para idosos (QBMI) e de Barreiras. A média no NAF (QBMI) foi de 1,9 pontos e as barreiras mais percebidas foram: “doença” (52%); “necessidade de descanso” (47%); “falta de persistência” (46%); “suficientemente ativo” (41%). Foi também verificado que idosos mais ativos percebem menos barreiras do que os menos ativos. Conclui-se que: a) idosos apresentam baixo NAF; b) a percepção de pessoas idosas quanto a serem suficientemente ativas parece ser diferente do NAF recomendado; c) o NAF parece modular a percepção de barreiras.

Palavras-chave: Atividade física. Idosos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo contínuo, durante o qual ocorre um declínio progressivo de todos os processos fisiológicos, declínio que é mais acentuado a partir dos 45 a 50 anos de idade (NOBREGA et al., 1999).

O aumento da expectativa de vida não resulta apenas no aumento do número de indivíduos, mas principalmente no aumento das doenças relacionadas à idade. Desta forma, um grande número de pessoas acima de sessenta anos apresenta algum tipo de dificuldade para realizar atividades cotidianas (OKUMA, 1997).

Atualmente os estudos acerca do envelhecimento vêm enfatizando a importância da atividade física e seus benefícios para

minimizar e diminuir o declínio físico-fisiológico, influenciando também os aspectos sociais e psicológicos através da prática regular de atividade física. (OKUMA, 1998; MATSUDO, 2000). Kuwano e Silveira (2002) verificaram que indivíduos praticantes de atividade física regular há mais de um ano melhoraram em relação aos aspectos físico, psíquico e social.

Em um século marcado por avanços técnico-científicos, é possível observar o aparecimento de novas tecnologias que auxiliam na diminuição de dispêndio energético para as atividades da vida diária (AVD's), concorrendo então para o aumento do sedentarismo na população contemporânea. Adultos idosos

* Mestranda em Ciências da Motricidade – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP/ Campus de Rio Claro.

** Professor Livre - Docente do Departamento de Educação Física – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP/ Campus de Rio Claro.

*** Mestre em Ciências da Motricidade – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP/ Campus de Rio Claro.

**** Mestranda em Treino de Alto Rendimento – Universidade do Porto – Portugal.

encontram-se entre os grupos de indivíduos menos ativos e que menos gostam de se envolver em programas regulares de atividade física (STEPHENS; JACOBS; WHITE, 1985). Estudos epidemiológicos recentes apontam uma prevalência de prática de AF de apenas 3,3%, nessa faixa etária (MONTEIRO et al., 2003).

Diversos estudos epidemiológicos vêm mostrando que indivíduos fisicamente ativos tendem a viver mais e melhor do que os sedentários e que a atividade física pode funcionar como parte da estratégia no tratamento e controle de doenças e agravos não transmissíveis, cujo aparecimento se intensifica com o aumento da idade. A atividade física também é essencial para a manutenção das funções do aparelho locomotor, altamente relacionado com o desempenho das atividades da vida diária e com o grau de independência e autonomia do idoso (MIYASIKE-DA-SILVA et al., 2002; 2003), e influencia diretamente a melhora e/ou manutenção da qualidade de vida dessa população.

A contribuição da atividade física não se restringe à saúde física. Vários estudos comprovam benefícios para a saúde mental de idosos (STEPHENS, 1988) ligados à depressão (BABYAK et al., 2000; BLUMENTHAL et al., 1999; STELLA et al., 2002), ao bem-estar subjetivo e auto-realização do potencial emocional (STEVENS; JACOBS; WHITE, 2001), à dependência intergeracional, à atenção concentrada, à memória de curto prazo e desempenho dos processos executivos (STELLA et al., 2002) e a estados de humor (ARENT; LANDERS; ETNIER, 2000). Além destes benefícios, dado que o funcionamento mental está indissociavelmente ligado ao funcionamento físico, prática de atividade física regular, por proporcionar maior nível de capacidade funcional (MIYASIKE-DA-SILVA et al., 2003), apresenta reflexo positivo sobre a saúde mental.

Também é correto dizer que existem idosos com diferentes níveis de atividade física. Deve-se saber que o melhor modo de otimizar e promover a saúde do idoso é prevenir seus problemas de saúde mais frequentes. A implementação de estratégias que estimulem a prática de atividade física regular e de programas de reabilitação nesta população pode

ajudar a retardar o aparecimento de incapacidades e melhorar o desempenho funcional dessas pessoas (NÓBREGA et al., 1999).

Diversos fatores podem ser determinantes para facilitar ou dificultar a prática de atividade física (JONES, 2003). Quando esses fatores viabilizam a prática, podem ser chamados de “fatores facilitadores”; ao contrário, quando atrapalham, são chamados “barreiras” (SALMON et al., 2003). Booth et al. (1997), em seu estudo, entendem por barreiras quaisquer motivos ou desculpas de natureza onipresente (podem ser percebidos a todo tempo e lugar) que dificultam ou impedem a tomada de decisão do indivíduo em iniciar alguma atividade física. Por isso é necessário, inicialmente, conhecer os principais motivos que levam ao desenvolvimento de comportamentos fisicamente menos ativos. A literatura apresenta alguns poucos estudos sobre a tentativa de identificar as principais barreiras que poderiam atrapalhar ou impedir a prática de atividade física (BOOTH et al.; 2000; CHINN et al., 1999; JONES; NIES, 1998).

Posteriormente, a partir das barreiras identificadas, procedeu-se à sua diferenciação segundo faixas etárias e gênero, evidenciando-se diferenças significativas entre as barreiras encontradas por jovens e idosos (STEPHENS, 1988).

No Brasil, há poucos estudos que diagnostiquem o nível de atividade física e nenhum foi encontrado que identificasse de forma sistematizada e ampla as barreiras percebidas pelos idosos para a incorporação da prática regular de atividade física no estilo de vida. Em consequência, um estudo que aborde simultaneamente estes dois temas reveste-se de relevante importância, seja para contribuir para o conhecimento acadêmico, seja para fundamentar ações no sentido de facilitar mudanças de comportamento da população idosa, seja ainda para a intervenção do profissional de Educação Física e/ou para conscientizar o idoso tanto do seu nível de atividade física quanto das barreiras percebidas, favorecendo a incorporação da prática regular de atividade física.

Em face das considerações anteriores, o objetivo do presente estudo foi verificar e

analisar o nível de atividade física e as principais barreiras à prática percebidas por homens e mulheres idosos.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Biociências da UNESP – *Campus* de Rio Claro. Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa nº 818/2005.

Foram selecionados, através de amostragem estratificada, 129 idosos (51 homens e 78 mulheres) com idade igual ou superior a 60 anos (média de $71,9 \pm 6,39$, amplitude de 60 a 90 anos) e residentes em 11 setores censitários incluídos na cidade de Rio Claro, Estado de São Paulo, Brasil e delimitados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa amostra representa 10% do número total de idosos de cada gênero presente em cada um desses setores.

Os dados foram coletados por meio dos seguintes instrumentos:

1. Para avaliar o nível de atividade física para idosos foi aplicado o Questionário de Baecke Modificado para Idosos (QBMI) (VOORRIPS et al., 1991). A utilização de questionários, incluindo o QBMI, se configura como a opção de maior viabilidade em estudos para diagnosticar o nível de atividade física envolvendo grande número de sujeitos (MAZO et al., 2005).
2. Para diagnosticar as barreiras que dificultam a prática regular de atividade física por parte do idoso, foi adaptado por Hirayama (2005) um instrumento desenvolvido e utilizado por Booth, Baumann e Owen (2002) em idosos australianos, o qual denominado Questionário de Barreiras à Prática de Atividade Física para Idosos (QBPAFI) (HIRAYAMA, 2005). O QBPAFI consta da relação de 22 barreiras (*vide* Tabela 2, na seção de resultados) majoritariamente fundamentadas nos itens identificados, sendo acompanhadas por uma escala de frequência tipo Likert (sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes e nunca).

Foram introduzidas as seguintes modificações em relação aos itens expressos por Booth, Baumann e Owen (2002):

1. a inclusão de questões referentes a: a) falta de segurança no ambiente - devido a fatores socioculturais, por tratar-se de uma população que freqüentemente sofre com a violência; b) fatores climáticos desfavoráveis, pois segundo estudos realizados (COHEN-MANSFIELD, MARX; GURALNIK, 2003), as más condições climáticas podem ser um fator que leva à desmotivação para a prática de atividade física; c) problemas de incontinência urinária, pois estudos realizados (BROWN & MILLER, 2001) apontam a incontinência urinária como uma importante barreira, principalmente entre as mulheres; d) acreditar que atividade física não faça bem e ter tido más experiências com exercícios físicos, pois recomendações da OMS, citadas por Gobbi (1997), apontam que aspectos biográficos envolvendo más experiências com a atividade física e pouca ou nenhuma percepção dos benefícios desta para a saúde favorecem o julgamento de que a mesma não “faça bem” ou que não apresente efeitos benéficos para a qualidade de vida, podendo tornar-se barreiras consideráveis;
2. a introdução da escala de Likert, com cinco pontos (sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, nunca), justificada pelo fato de que, por meio desta escala, pode-se reconhecer a oposição entre contrários, diferenças de concentrações, e situações intermediárias; além disto, tem uma relação adequada com a acurácia e precisão da mensuração, o que promove a interpretação do significado mais adequado de medida qualitativa;
3. as alterações das estruturas de três questões, pelo critério de observância da natureza da barreira, a saber: a) questão 6 – agrupamento de doença com lesão e incapacidade numa única barreira; b) questão 13 – acréscimo do medo de cair, uma vez que a queda pode também machucar ou provocar uma lesão; c) questão 14 – agrupamento de atividade física com esporte.

RESULTADOS

A distribuição dos dados de NAF diferiu significativamente de uma distribuição normal

verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$).

Assim sendo, foi utilizada a estatística descritiva não-paramétrica (quartis e mediana) bem como o teste de U-Mann Whitney para

comparação do NAF entre homens e mulheres. A tabela 1 mostra a média, o desvio-padrão, a mediana e os Quartis 1 e 4, com relação ao NAF.

Tabela 1 – Pontuação do nível de atividade física em idosos ($n=129$) medido pelo Questionário Baecke Modificado para Idosos (QBMI) da amostra total e para ambos os sexos.

NAF	Total	Masculino	Feminino
Média	3,6	3,3	3,8
Desvio Padrão	4,3	4,5	4,2
Quartil 1	1,2	0,9	1,5
Mediana	1,9	1,5	2,0
Quartil 4	3,2	3,1	4,0

* Valor estatisticamente maior que o do grupo masculino, para $p < 0,05$ no teste de U-Mann Whitney.

As principais barreiras percebidas foram analisadas através do cálculo da média ponderada utilizando-se as diferentes pontuações da escala do QBPAFI. Assim, a resposta “nunca” foi pontuada com 0 (zero); “poucas vezes”, com 1; “algumas vezes”, com 2; “muitas vezes”, com 3 e; “sempre”, com 4.

Observou-se também a prevalência da percepção das barreiras (independentemente de sua frequência), ou seja, somando-se o número de casos que assinalaram, “poucas vezes”; “algumas vezes”; “muitas vezes” ou “sempre”.

Para analisar mais detalhadamente as barreiras percebidas, estas foram observadas separadamente em ambos os gêneros e em dois grupos diferentes de nível de atividade física: menos ativos ($QBMI \leq 1,25$; Quartil 1) e mais ativos ($QBMI \geq 3,25$; Quartil 4) pertencentes aos quartis 1 e 4 respectivamente.

Para comparar as prevalências da percepção de cada barreira entre os gêneros e os dois grupos de nível de atividade física realizou-se o teste Qui-quadrado. Os dados e os resultados das análises realizadas constam da Tabela 2.

Tabela 2 – Pontuação média ponderada (média pts.) e porcentagem de participantes na amostra total (100 %), separadas por homens (H%) e mulheres (M%), menos ativos (↓A%) e mais ativos (↑A%) que percebeu cada uma das barreiras, na amostra total e separados por gênero.

Barreiras	Amostra Total		Gênero		Nível de Atividade Física	
	Pontuação Média	Prevalência (n=129) 100%	H (n=51) 39,5%	M (n=78) 60,5%	↓A (n=32) 24,8%	↑A (n=33) 25,5%
1. Falta de tempo.	0,9	32,1	19,6	32,1	12,5	24,2
2. Já ativo.	1,3	41,0	31,4	41	28,1	33,3
3. Falta de companhia.	0,8	32,1	21,6	32,1	50,0	21,2**
4. Falta de dinheiro.	0,6	21,8	15,7	21,8	28,1	9,1**
5. Velho demais.	0,8	26,9	17,6	26,9	28,1	6,1**
6. Doença ou lesão.	1,5	52,6	31,4	52,6*	62,5	21,2**
7. Saúde ruim.	0,8	32,1	19,6	32,1	46,9	12,1**
8. Muito tímido.	0,7	29,5	17,3	29,5*	18,8	12,1
9. Experiências ruins.	0,17	10,3	3,9	10,3	9,4	0
10. Falta de instalações próximas.	0,7	25,6	13,7	25,6	25	18,2
11. Necessidade de descanso.	1,3	47,4	33,3	47,4	53,1	27,3**
12. Preguiça.	0,8	23,1	23,5	23,1	21,9	21,2
13. Medo de cair.	1,1	35,9	23,5	35,9	43,8	12,1**
14. Desgosto.	1,3	37,2	31,4	37,2	37,5	12,1**
15. Falta de equipamentos.	0,4	9,0	13,7	9,0	21,9	3,0**
16. Falta de persistência.	1,6	46,2	45,1	46,2	59,4	30,3**
17. Gordo/magro demais.	0,2	9,0	2,0	9,0	9,4	3,0
18. Falta de energia.	1,1	37,2	29,4	37,2	40,6	12,1**
19. Descrença nos benefícios.	0,4	15,4	9,8	15,4	6,3	3,0
20. Violência.	0,7	25,6	23,5	25,6	25,0	15,2
21. Clima ruim.	0,9	39,7	25,5	39,7	34,4	12,1**
22. Incontinência urinária.	0,4	5,1	19,6	5,1*	21,9	9,1

As barreiras que apresentaram maior pontuação média ($>1,33$) e prevalência de percepção ($>40\%$) na amostra total foram “doença”, “necessidade de descanso”, “falta de persistência” e “já ativo”.

Quando analisamos separadamente os gêneros, as barreiras mais prevalentes em homens e mulheres não diferiram das apresentadas pela amostra total; mas quando comparadas às prevalências de percepção de cada barreira entre os gêneros, verificou-se que, em 19 das 22 barreiras avaliadas, as mulheres apresentam maior prevalência de percepção. Estatisticamente, um maior número de mulheres percebeu as barreiras “doença” e “muito tímido (a)”, enquanto um maior número de homens percebe a barreira “incontinência urinária”.

Nos grupos mais e menos ativos, as principais barreiras percebidas são as mesmas identificadas para a amostra total. No grupo menos ativo destaca-se também a alta prevalência da percepção de “falta de companhia” e “saúde ruim”. Observa-se que 28% desse grupo percebem o fator “já ativo” como barreira à prática de atividade física.

Comparando-se as prevalências dos dois grupos de nível de atividade física, observa-se que o grupo mais ativo apresenta uma prevalência de percepção menor em todas as barreiras avaliadas, com exceção de “falta de tempo” e “já ativo”. A prevalência de percepção nos grupos mais e menos ativos foi diferente estatisticamente em 12 barreiras (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Os efeitos positivos de atividades físicas moderadas que atendam às recomendações de 30 minutos por dia pelo menos três vezes por semana (ACSM, 1998; MALMERG et al., 2005; PATE et al., 1995; VUORI, 2001) têm sido confirmados em diversos estudos longitudinais (MONTEIRO et al., 2003). A prática de atividade física pode ser importante no que diz respeito à manutenção das capacidades funcionais do idoso, o que pode estar associado a uma melhor autonomia para a realização das AVD's e assim influenciar positivamente a sua qualidade de vida.

Apesar de comprovados os benefícios da atividade física para essa população, os adultos

idosos continuam se apresentando como a faixa etária menos ativa fisicamente; ou seja, com o aumento da idade há uma gradativa diminuição da prática de atividade física (MAZO et al., 2005).

Estudos epidemiológicos encontraram, em diferentes regiões do mundo, valores relativamente altos de prevalência do sedentarismo. Estimativas européias apontam que 32% da população reportaram nenhuma prática regular de atividade física e 25% estão abaixo das recomendações (MALMERG et al., 2005; VUORI, 2001); e nos EUA, 38,3% da população entrevistada não praticavam atividade física regular em seu tempo de lazer (MONTEIRO et al., 2003).

Um estudo anteriormente realizado na mesma cidade do nosso verificou que idosos pouco ativos fisicamente do município de Rio Claro atingem a pontuação média de 3,19 pontos no QBMI e que aqueles fisicamente ativos apresentam média de 7,82 a 8,53 pontos (MIYASIKE-DA-SILVA et al., 2003).

Considerando-se os valores acima citados, os resultados do presente estudo estimam que 74% dos idosos do bairro Vila Alemã do município de Rio Claro caracterizam-se como pouco ativos, uma vez que o limite inferior do quartil 4 foi de 3,25 pontos.

Um estudo epidemiológico realizado no Brasil apontou uma taxa de prática de atividade física que atendia às recomendações de 3,5% para homens e 3,2% (MONTEIRO et al., 2003) para mulheres, o que demonstra que, na população geral, a maioria das pessoas ainda não adotou um estilo de vida suficientemente ativo para a promoção de saúde.

No presente estudo, quando analisamos separadamente as medianas dos grupos de homens e mulheres, as quais foram relativamente baixas, denota-se que ambos os grupos compõem-se de uma maioria insuficientemente ativa. Independentemente desse achado, o grupo feminino apresentou-se significativamente mais ativo que o masculino.

Diferenças entre gêneros com relação à prática de atividade física emergem na adolescência, e a partir daí é comum encontrarmos as mulheres com nível de atividade física mais baixo que o dos homens (KIMM et al., 2002).

Estudos demonstram que, quando mais jovens, os homens parecem praticar mais atividade física do que as mulheres; mas essa diferença tende a diminuir com o aumento da idade, e após os 50 anos os níveis de atividade física dos dois gêneros se assemelham (MONTEIRO et al., 2003).

O instrumento utilizado em nosso estudo para verificar o nível de atividade física, o QBMI, leva em consideração as atividades domésticas, esportivas e de lazer. Os baixos valores obtidos na amostra do presente estudo correspondem a um baixo nível de práticas de atividades físicas esportivas e de lazer, e relacionam-se às atividades domésticas. Essas atividades, por razões socioculturais, em geral são realizadas pelas mulheres, portanto a diferença entre homens e mulheres apresentada no presente estudo pode ser atribuída à execução de trabalhos domésticos.

Com relação aos motivos que dificultam ou impedem a prática de atividade física, o presente estudo constatou que as barreiras com maiores pontuações médias (levando-se em consideração os valores da escala) foram as mesmas que apresentaram mais elevadas prevalências de percepção. Em outras palavras, as barreiras que são mais freqüentemente percebidas também são aquelas percebidas por um maior número de idosos.

A barreira “doença ou lesão” (52,6%) foi uma das mais percebidas quando analisamos todos os sujeitos e entre todos os subgrupos: feminino; masculino; idosos mais e menos ativos, apesar de ser cada vez mais freqüente encontrarmos estudos que ressaltam a importância da atividade física como fator preventivo e terapêutico da maioria das doenças crônico-degenerativas, que se desenvolvem principalmente com o envelhecimento (KAHN et al., 2002). Assim, é paradoxal ser doença a principal barreira, encontrada também em outros estudos (BOOTH et al., 1997; BOOTH, BAUMAN; OWEN, 2002).

A “falta de persistência” (46,2%) foi muito percebida. Essa barreira pode estar relacionada à auto-eficácia (confiança na própria capacidade de realização de uma tarefa) para a prática de atividade física, que por sua vez, é ainda mais prejudicada com a presença de uma doença.

Os programas de incentivo à atividade física geralmente estão vinculados à imagem de saúde, de modo que aqueles que possuem alguma doença ou lesão sentem-se muitas vezes incapacitados para a prática. Campanhas direcionadas a este público devem, portanto, atentar para o desenvolvimento de estratégias adequadas e específicas à população com doenças, para que esta se motive e consiga manter a prática de atividade física.

Mesmo com um baixo percentual de pessoas consideradas ativas (26%), 41% e 47% da amostra total percebem as barreiras “já ativo” (41%) e “necessidade de descanso” (47,4%), respectivamente. Esse resultado demonstra a falta de motivação e o desconhecimento desta grande parcela da amostra em relação à prática de atividade física recomendada para a promoção da saúde (regularidade e intensidade). Tais achados também foram encontrados em idosos australianos (BOOTH; BAUMANN; OWEN, 2002).

A percepção da prática de atividade física relacionada à saúde é relativamente recente. Surgiu a partir de aproximadamente 1960 (GOBBI; VILLAR; ZAGO, 2005) e vem se ampliando consideravelmente. Por essa razão, apesar de a grande maioria (84,6%) da amostra do presente estudo não perceber a “descrença nos benefícios” como barreira à prática de atividade física, possivelmente, a geração dos idosos enfrenta algumas dificuldades peculiares na consolidação da cultura de que a atividade física está relacionada com boa qualidade de vida. Isso é mais evidente no sexo feminino, sendo fortemente veiculado, durante a aplicação dos questionários, que a prática de atividade física realizada por mulheres não é um comportamento incentivado pela sociedade dessa geração.

Isso também pode explicar, em parte, a maior prevalência de percepção das barreiras por parte das mulheres, principalmente a “doença” e a “timidez”. Somente em três barreiras a prevalência foi maior nos homens, entre as quais se destacou a “incontinência urinária”, percebida por 19,6% dos homens e 5% das mulheres, o que contraria o estudo de Brown e Miller (2001), onde esta parecia ser uma barreira mais prevalente para mais de um terço das mulheres de meia-idade e idosas. Tais

dados nos permitem inferir que programas de promoção de estratégias para minimizar essa barreira devem ser voltados não somente às mulheres, mas também e principalmente - em razão dos achados do presente estudo - aos idosos do sexo masculino.

Os 25% de idosos mais ativos da amostra, possivelmente, superam de maneira mais eficiente as barreiras percebidas para a prática de atividades físicas, o que conseqüentemente, permitiu-lhes apresentar menor prevalência de percepção das barreiras.

O grupo menos ativo, aparentemente, sofre maior influência dos fatores ligados a possíveis normas culturais dessa geração. Exemplo disso é a tendência a relacionar a prática de atividade física apenas à atividade esportiva, a qual tem sua imagem vinculada a uma população jovem e saudável e demanda recursos financeiros e acessórios esportivos.

A percepção de barreiras parece influenciar diretamente os níveis de atividade física, pois aqueles indivíduos que apresentam alta percepção de barreiras tendem a encontrar maiores dificuldades para praticar algum tipo de exercício físico. Indivíduos com um estilo de vida sedentário parecem apresentar maior risco de desenvolver doenças crônicas (McGAVOC; ANDERSON; LEWANCZUK, 2006), fator que se apresentou como a principal barreira na maioria dos casos para este estudo. Esta relação torna-se um círculo vicioso, em que aqueles que percebem mais barreiras diminuem o nível de atividade física, e essa diminuição, por sua vez, repercute diretamente no declínio das capacidades funcionais e favorece o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas. Isto aumenta ainda mais a percepção da barreira “doença” e tende a diminuir os níveis de atividade física.

Este círculo vicioso pode resultar na diminuição da autonomia do indivíduo, levando-o a redução das atividades. Tal círculo está ilustrado na Figura 1, e demonstra que, além de doenças, pode haver uma diminuição da auto-eficácia para a prática de atividade física.

Conquanto o número de participantes do estudo seja relativamente grande (129), seus resultados sejam originais e possam

fundamentar políticas públicas, é adequado destacar sua limitação para a generalização dos resultados, tendo-se em vista o número relativamente pequeno (11) de setores censitários analisados. Tal limitação leva a sugerir que outros estudos sejam realizados no sentido de ampliar cumulativamente o número de setores a serem estudados. Sugere-se ainda que estudo semelhante seja aplicado em cidades de pequeno e grande porte, pois o tamanho da cidade, na análise de futuros estudos, pode também modular o nível de atividade física e a percepção de barreiras em idosos.

Possíveis repercussões dos resultados obtidos poderão ser: outros estudos em outras cidades brasileiras; políticas públicas de incentivo à prática de atividade física voltadas para a remoção ou minimização das principais barreiras, favorecendo a adoção de um estilo de vida ativo pela população idosa; campanhas de esclarecimento aos idosos sobre a importância da atividade física como fator de prevenção e associado ao tratamento de doenças crônicas; e orientações com relação ao nível de atividade física recomendado para promover adaptações positivas na saúde física e mental.

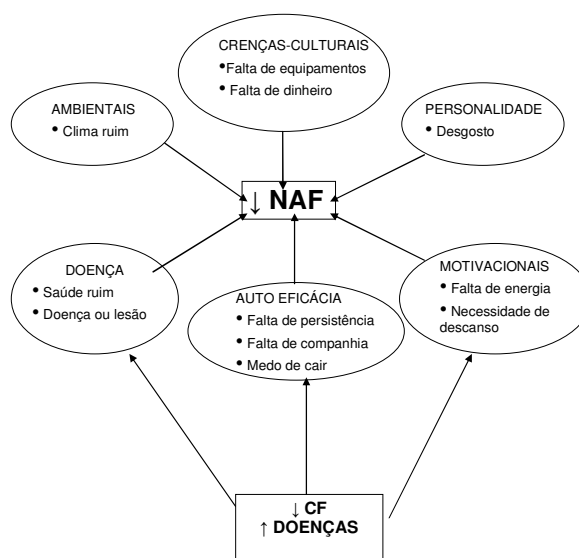


Figura 1. Relação entre nível de atividade física, percepção de barreiras e seus fatores associados.

Legenda: ↓NAF: Diminuição do nível de atividade física; ↓ CF: Diminuição das

capacidades funcionais; ↑DOENÇAS: Aumento da percepção de doenças.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu as conclusões a seguir,

1. Idosos de ambos os gêneros apresentam um baixo nível de atividade física. Este comportamento é ainda mais acentuado em idosos do sexo masculino, quando comparados com as mulheres, devido, possivelmente, ao maior envolvimento feminino nas tarefas domésticas. O baixo nível de atividade física observado, principalmente quando consideramos a população idosa, pode estar relacionado negativamente à percepção de saúde e à qualidade de vida de tal faixa etária.
2. As principais barreiras percebidas pelos idosos masculinos e femininos são: “doença”, “necessidade de descanso”, “falta de persistência”, “já ativo”, “desgosto” e “falta de energia”. O gênero e o nível de atividade física modulam a percepção de barreiras.
3. As barreiras apresentadas pelos dois gêneros são as mesmas, porém com prevalências diferentes. As mulheres percebem mais a barreira “doença”.
4. Idosos com níveis mais baixos de atividade física apresentam percepção mais elevada de barreiras. A barreira “doença”, percebida como a principal, pode fazer referência a um círculo vicioso em que indivíduos que praticam menos atividade física

desenvolvem e percebem mais a presença de doenças, e vice-versa.

Como o comportamento é influenciado pela interação de fatores internos, como a percepção sobre o ambiente no qual o comportamento é vivenciado (CONN, 1998), a percepção de barreiras é um componente da interpretação do ambiente que influencia as decisões em relação ao comportamento. Assim, as conclusões anteriores podem fundamentar abordagens individuais e estruturais (KING et al., 2002) para aumentar o nível de atividade física e remover/minimizar barreiras à prática.

A utilização da escala de frequência não demonstra claramente a real influência das barreiras sobre a prática de atividade física em idosos. Os escores variaram entre zero e 1,6, o que, diante da escala proposta, representa uma frequência do aparecimento das barreiras entre “nunca” e “algumas vezes”.

Estudos envolvendo coletas de campo com um grande número de participantes apresentam dificuldades em ser realizadas, como, por exemplo, o cansaço do pesquisador que realizará a coleta de dados e indisponibilidade e/ou desconfiança dos participantes em responderem aos instrumentos de pesquisa. Algumas dificuldades podem ser atenuadas com um bom planejamento e com certas estratégias que foram adotadas, como o uso de uniforme e crachá de identificação, que eliminaram quase completamente a desconfiança com relação à procedência da pesquisa e do pesquisador e melhoraram a disponibilidade em responder ao questionário da pesquisa.

LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY AND MAIN BARRIERS PERCEIVED BY OLDER PEOPLE LIVING IN RIO CLARO

ABSTRACT

Physical activity benefits elders' dimensions of living. Thus, knowing the physical activity level (LPA) and main barriers to the practice is relevant for planning and developing actions designed to an active lifestyle in older people. Aiming to analyze the LPA and the main perceived barriers to the practice of physical activity in older people, 129 participants answered the questionnaires Baecke Modified for the Elderly (BQME) and the Barriers one. The mean in LPA (BQME) was 1.9 points and the most perceived barriers were: “Disease” (52%); “Need resting” (47%); “Lack of persistence” (46%); “Active enough” (41%). It was also found that more active elderly perceived fewer barriers than less active ones. In conclusion: a) older people present low LPA; b) older people's perception of being active enough seems to be quite different than the recommended LPA; d) gender and LPA seem to modulate the perception of barriers.

Key words: Physical Activity. Older people.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Hagerstown, v. 30, p. 975 – 991, 1998.
- ARENT, S. M.; LANDERS, D. M.; ETNIER, J. L.; ETNIER, J. L. The effects of exercise on mood in older adults: a meta-analytic review. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 8, no. 30, p. 407-430, 2000.
- BABYAK, M. A. et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. **Psychosomatic Medicine**, Hagerstown, v. 62, p. 633-638, 2000.
- BLUMENTHAL, J. A. et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 159, p. 2349-2356, 1999.
- BOOTH, M. L. et al. Physical activity preferences, preferred sources of assistance and perceived barriers to increased activity among physically inactive australians. **Preventive Medicine**, New York, v. 26, p. 131-137, 1997.
- BOOTH, M. L. et al. Social-Cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older australians. **Preventive Medicine**, New York, v. 31, p.15-22, 2000.
- BOOTH, M. L.; BAUMAN, A.; OWEN, N. Perceived barriers to Physical Activity among older Australians. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 10, p. 271 – 280, 2002.
- BROWN W. J.; MILLER, Y. D. Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. **Journal of Science and Medicine in Sport**, Belconnen, v. 4, p. 373-378, 2001.
- CHINN, D. J. et al. Barriers to physical activity and socioeconomic position: implications for health promotion. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 53, p. 191-192, 1999.
- COHEN-MANSFIELD, J.; MARX, M.S.; GURALNIK, J.M. Motivators and Barriers to Exercise in a Older Community Dwelling Population. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 11, p. 242-253, 2003.
- CONN, V.S. Older adults and exercise:path analysis of self-efficacy related constructs. **Nurse Researcher**, Harrow, v. 47, no. 3, p. 180 – 189, 1998.
- GOBBI, S. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v. 2, n. 2, p. 41-49, 1997.
- GOBBI, S.; VILLAR, R.; ZAGO, A. S. **Bases teórico práticas do condicionamento físico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- HIRAYAMA, M. S.; IRAYAMA, M. S. **Atividade física e Doença de Parkinson: Mudança de comportamento, auto-eficácia, barreiras percebidas e qualidade de vida**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências da Motricidade)– Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, 2005.
- JONES, M.; NIES, M. A. The relationship of perceived benefits of and barriers to reported exercises in older african american women. **Public Health Nursing**, Utica, no.13, p. 151-158.
- JONES, W. K. Understanding barriers to physical activity is a first step in removing them. **American Journal of Preventive Medicine**, Netherlands, v. 25, no. 3Si, p. 2-4, 2003.
- KAHN, E. B. et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. **American Journal of Preventive Medicine**, Netherlands, v. 22(4S), p. 73-107, 2002.
- KIMM, S. Y. S. et al. Decline in Physical Activity in Black Girls and White Girls during Adolescence. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 346, no. 10, p. 709-715, 2002.
- KING, A. C. et al. Theoretical approaches to the promotion of physical activity: forging a transdisciplinary paradigm. **American Journal of Preventive Medicine**, Netherlands, v. 23, no. 2S, p. 15-25, 2002.
- KUWANO, V. G.; SILVEIRA, A. M. A influência da atividade física sistematizada na autopercepção do idoso em relação às atividades da vida diária. **Revista de Educação Física/UEM**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 35-39, 2002.
- MALMBERG, J. et al. Characteristics of leisure time physical activity associated with risk of decline in perceived health – a 10-year follow-up of middle-aged and elderly men and women. **American Journal of Preventive Medicine**, Netherlands, v. 41, no. 1, p. 141 – 150, 2005.
- MATSUDO, S. M. M. **Avaliação do idoso: física e funcional**. Londrina: Midiograf, 2000.
- MAZO, G. Z. et al. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio demográficas de mulheres idosas brasileiras. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, Porto, n. 2, v. 5, p. 202 – 212, 2005.
- McGAVOC, J. M.; ANDERSON, T. I.; LEWANCZUK, R. Z. Sedentary life style and antecedents of cardiovascular disease in Young adults. **American Journal of Hypertension**, New York, v. 19, p. 701-707, 2006.
- MIYASIKE-DA-SILVA, V. et al. Mobilidade de idosos em ambiente doméstico: efeitos de um programa de treinamento específico. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 5-19, 2003.
- MIYASIKE-DA-SILVA, V. et al. Nível de agilidade em indivíduos entre 42 e 73 anos: efeitos de um programa de atividades físicas generalizadas de intensidade moderada. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 65-79, 2002.
- MONTEIRO, C. A. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997.

- American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 14, no. 4, p. 246-254, 2003.
- NÓBREGA, A. C. L. et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Atividade física e saúde no idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 5, n. 6, p. 207-211, 1999.
- OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. Campinas, SP: Papirus, 1998.
- OKUMA, S.S. **O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico**. 1997. Tese (Doutorado)—Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- PATE, R. R. et al. Physical Activity and Public Health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, Chicago, v. 273, no. 5, p. 402 – 407, 1995.
- SALMON, J. et al. Physical activity and sedentary behavior: a population-based study of barriers, enjoyment, and preference. **Health Psychology**, Washington, DC, v. 22, no 2, p. 178-188, 2003.
- STELLA, F. et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, Rio Claro v. 8, n. 3, p. 91-98. 2002.
- STEPHENS, T. Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys. **Preventive Medicine**, New York, v. 17, no. 1, p. 35-47, 1988.
- STEPHENS, T.; JACOBS, D.; WHITE, C. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity. **Public Health Reports**, Rockville, v. 100, p. 147-158, 1985.
- VOORRIPS, L. E. et al. Physical activity questionnaire for the elderly. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Hagerstown, v. 23, no. 8, p. 974 – 979, 1991.
- VUORI, I.M. Health benefits of physical activity with special reference to interaction with diet. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 4, no. 2B, p. 517 – 528, 2001.

Recebido em 06/09/2007

Revisado em 25/02/2008

Aceito em 20/03/2008

Endereço para correspondência: Carla Manuela Crispim Nascimento. Av. 2-A, 283, Cidade Nova, CEP 13506-780, Rio Claro-SP. E-mail: carla_unesp@yahoo.com.br