

Percepção de barreiras para participação de idosos em programas de atividades físicas

Barriers to participation in physical activity programs among older adults

Carla Elane Silva dos Santos^{1*} , Eleonora d'Orsi² , Cassiano Ricardo Rech³ 

RESUMO

Este estudo investigou a percepção de barreiras para participação de idosos em programas de atividades físicas. A amostra foi composta por idosos (≥60 anos) do Estudo EpiFloripa Idoso (n = 1140) entrevistados em 2013/2014. Os dados foram coletados por entrevista face-a-face no domicílio. O desfecho foi identificado pela pergunta: qual o principal motivo que levou ou levaria o(a) Sr.(a) a desistir de um programa de atividade física? As condições de saúde, os compromissos cotidianos, as atitudes perante a prática de atividades físicas e os aspectos ambientais foram às barreiras mais reportadas. Considerar a percepção dos idosos é essencial para planejar e desenvolver intervenções mais efetivas e duradouras.

PALAVRAS-CHAVE: idoso, atividade física, promoção da saúde

ABSTRACT

This study investigated the perception of barriers to the participation of older adults in physical activity programs. The sample consisted of older adults (≥60 years) from the EpiFloripa Ageing Study (n = 1140) interviewed in 2013/2014. Data were collected through face-to-face interviews at home. The outcome was identified by the question: what is the main reason that led or would lead you to give up a physical activity program? Health conditions, daily commitments, attitudes towards physical activity, and environmental aspects were the most reported barriers. Considering the perception of older adults is essential to plan and develop more effective and lasting interventions

KEYWORDS: older adults, physical activity, health promotion

INTRODUÇÃO

A prática regular de atividade física (AF) em idosos apresenta relação positiva com a saúde, sendo que a realização de ≥150 minutos/semana de atividade física de intensidade moderada à vigorosa (AFMV) proporciona melhorias fisiológicas (Figueiró et al, 2019), bem-estar e longevidade (Dunlop et al., 2015). Apesar dos reconhecidos benefícios à saúde, estima-se que pouco mais de 20% dos idosos em todo o mundo cumprem as recomendações de AF (Hallal et al., 2012), e redução dos níveis de AF que se acentuam com o avanço da idade (Santos et al., 2018), apresentam disparidade entre os sexos, faixa etária e nível de escolaridade (Santos et al., 2018).

Neste contexto desafiador, diferentes estratégias de incentivo a um estilo de vida ativo têm sido fomentadas, como o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis 2013-2020 (World Health Organization [WHO], 2013), e o Plano de Ação Global para Atividade Física 2018-2030 (WHO, 2018), que incluem dentre outras medidas, a disseminação de conhecimentos sobre AF, o fortalecimento de parcerias multisetoriais, e a criação de ambientes ativos com oferta de programas de AF, com vistas a alcançar pessoas de todas as idades e com diferentes capacidades.

Tornar a AF uma prática cotidiana e sustentável a longo prazo por meio de programas tem sido alvo de diferentes

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Florianópolis, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Florianópolis, Brasil.

*Autor correspondente: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima - Prédio administrativo - Centro de Desportos, sala 200 – 2º andar, Trindade - Florianópolis - Santa Catarina, Brasil. CEP: 88040-900; E-mail: carlaef_uesb@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar. **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Artigo recebido a 03/27/2020; Aceite a 09/29/2020.

políticas públicas de saúde (Valdés-Badilla et al., 2019), haja vista os efeitos positivos produzidos pelas intervenções nos níveis de AF, e nas diferentes capacidades físicas (Valdés-Badilla et al., 2019). No Brasil, a promoção da AF por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde, tem possibilitado dentre outras ações, financiar projetos inseridos no Sistema Único de Saúde, integrando um conjunto de iniciativas da Atenção Primária em Saúde (Malta et al., 2016).

Embora as intervenções coletivas como a caminhada, danças, alongamento/relaxamento e ginástica realizadas nas Unidades Básicas de Saúde/território (Amorim et al., 2013), e mais recentemente os grupos de corrida, ginástica (aeróbica, localizada, funcional, etc), jogos e brincadeiras, atividades esportivas e artes marciais implementadas pelo Programa Academia da Saúde (Brasil, 2017) alcancem principalmente os idosos (Amorim et al., 2013; Brasil, 2017) nota-se nesta população prevalência de 23,3% no cumprimento de AFMV (Brasil, 2018).

Estudos demonstram relações inversas entre a percepção de barreiras (obstáculos que impedem/dificultam a adoção de um comportamento relacionado à saúde) (Champion & Skinner, 2008), e a participação de idosos em programas de AF. Fatores intrapessoais, como a limitações físicas e medo de cair; fatores interpessoais que incluem a desinformação sobre opções de programas de AF, falta de orientação profissional, profissionais desmotivados, falta de companhia para a prática de AF (Bethancourt et al., 2014), e fatores ambientais percebidos pela ausência de local apropriado (Gomes et al., 2019) e programas pouco envolventes ou muito desafiadores (Bethancourt et al., 2014), inibem a participação de idosos em programas de AF.

Compreender as barreiras para a participação em programas de AF, a partir da percepção dos idosos, é essencial para planejar e desenvolver intervenções mais efetivas e duradouras (Bauman et al., 2012). No entanto, no Brasil esta temática é pouco explorada, uma vez que os estudos sobre barreiras estão relacionados em sua maioria à prática de AF (Eiras et al., 2010; Krug et al., 2015), e quando envolvem a percepção dos idosos sobre a participação em programas de AF são fornecidas informações de populações mistas (adultos e idosos) (Ferreira et al., 2019), não sendo possível identificar claramente as barreiras referidas apenas pelos idosos.

Assim, diante desta lacuna, o presente estudo tem como objetivo analisar a percepção de barreiras para participação de idosos em programas de atividades físicas em uma amostra de idosos de uma cidade do Sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, domiciliar, de base populacional, realizado com dados da segunda onda do

estudo de coorte intitulado “Condições de saúde de idosos do município de Florianópolis, SC: estudo de base populacional EpiFloripa idoso”, realizado na área urbana de Florianópolis, Santa Catarina. (<https://epifloripa.paginas.ufsc.br/>).

O estudo EpiFloripa Idoso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE 16731313.0.0000.0121). Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Delineamento e população do estudo

A amostra do presente estudo foi composta por idosos não institucionalizados, de ambos os sexos (≥ 60 anos). Os métodos para o planejamento amostral da linha de base (2009/2010) e seguimento (2013/2014) foram publicados previamente (Schneider et al., 2017). Resumidamente, a amostra da linha de base foi composta por 1.702 idosos. Para realização do seguimento, foram identificados 217 óbitos, 159 perdas (idosos que não puderam ser entrevistados, incluindo 111 por não localização), e 129 recusas (idosos que se negaram a ser entrevistados mesmo após receber a visita no domicílio), totalizando 1.197 entrevistas (taxa de resposta de 70,3%).

Instrumentos e procedimentos

Barreiras para participação em programas de atividades físicas

O desfecho investigado no presente estudo foi a percepção de barreiras para participação em programas de AF, identificada pela pergunta: qual o principal motivo que levou ou levaria o(a) Sr.(a) a desistir de um programa de atividade física? As opções de resposta eram: aulas não adequadas (desmotivante, muito intensa, exercícios inadequados); influência negativa do ambiente (local inadequado, sem segurança); compromisso com afazeres domésticos; cuidados familiares (cuidar do (a) esposo (a), filhos ou netos); limitação por doença (já instalada e/ou aparecimento de doença que compromete a prática de atividade física); cansaço; falta de disposição; problemas pessoais com o professor ou colegas de grupo; sentir dor quando realizava os exercícios físicos; e o medo de cair ao realizar os exercícios. Além dos itens supracitados, foi possibilitado ao participante mencionar outro motivo (resposta aberta), caso nenhuma das opções disponíveis representasse o principal motivo de desistência.

Níveis determinantes para participação em programas de atividade física

As respostas individuais sobre a percepção de barreiras fornecidas pelos participantes foram agrupadas de acordo com o modelo socioecológico (Sallis et al., 2006) que refere as

interações das pessoas com o ambiente sociocultural e físico. Os níveis de influência do modelo incluíram-se: intrapessoais (variáveis biológicas e psicológicas), interpessoais (variáveis culturais/organizacionais), e ambientais (construído/natural).

Outras variáveis

Foram incluídas no estudo as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo (feminino e masculino), idade (anos completos), escolaridade (anos completos), estado civil (solteiro, casado, divorciado/separado, viúvo). Em relação às variáveis de saúde incluíram-se: percepção de saúde (muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim), rastreamento para declínio cognitivo (sim/não), identificada pelo Mini Exame do Estado Mental, a partir do ponto de corte de Almeida (1998): provável declínio cognitivo (<19 pontos para os analfabetos e <24 pontos para aqueles com algum nível de escolaridade); presença de quedas no último ano (sim/não), número de morbidade (0-1, ≥ 2), com opções de resposta: doença espinhal ou dorsal, artrite ou reumatismo, bronquite ou asma, tuberculose, cirrose, osteoporose, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, diabetes, hipertensão, doenças cardíacas ou cardiovasculares e acidente vascular cerebral (sim/não); Índice de massa corporal (kg/m²), classificado posteriormente em normal/baixo peso e excesso de peso (Brasil, 2011), e nível de atividade física de lazer (Benedetti et al., 2004), considerado insuficientemente ativos os idosos que relataram 10 a 149 min/semana de AFMV e ativos ≥ 150 minutos/semana (Nelson et al., 2007).

Análise estatística

Para análise dos dados foi utilizado o software Stata 13.0® (Stata Corporation, College Station, EUA), considerando os pesos amostrais. Estatística descritiva (média, desvio padrão para variáveis contínuas, e proporção para as do tipo categórica). A percepção de barreiras para a participação em programas de AF foi expressa em frequência relativa e absoluta, e em seguida agrupadas de acordo com o nível de determinantes do modelo socioecológico (intrapessoais, interpessoais e ambientais (Sallis et al., 2006). O teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para verificar existência de diferenças entre as barreiras (intrapessoais, interpessoais e ambientais) e o sexo, faixa etária, nível de atividade física e escolaridade dos participantes. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra analisada incluiu apenas as entrevistas respondidas pelos idosos ($n = 1.140$), devido o desfecho

(barreiras para participação em programa de AF ser obtido a partir da autopercepção). No entanto, somente 1.002 entrevistas (87,9%) continham informações a cerca das barreiras para análise. Na tabela 1, a média de idade dos

Tabela 1. Características dos participantes do Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Brasil, 2013-2014 ($n = 1.140$).

Variáveis	n	%
Gênero		
Masculino	403	35,4
Feminino	737	64,6
Faixa etária		
60-69	405	35,5
70-79	499	43,8
≥ 80	236	20,7
Escolaridade (anos)		
0-4	488	42,9
5-11	368	32,3
≥ 12	283	24,8
Estado Civil		
Casado	637	55,9
Solteiro	69	6,1
Divorciado/Separado	85	7,4
Viúvo	349	30,6
Percepção de Saúde		
Muito boa/boa	643	56,4
Regular	417	36,6
Muito ruim/ruim	80	7,0
Déficit Cognitivo^a		
Não	872	77,1
Sim	260	22,9
Presença de quedas no último ano		
Não	793	69,6
Sim	347	30,5
Número de morbidades		
0-1	269	23,6
≥ 2	871	76,4
IMC^b		
Baixo/adequado	510	45,4
Sobrepeso	614	54,6
Atividade Física no lazer^c		
Insuficientemente ativo	826	72,7
Suficientemente ativo ^e	310	27,3

^a Déficit cognitivo examinado pelo Mini Exame do Estado Mental; ^b Índice de massa corporal: baixo/peso adequado: <27 kg / m² e sobrepeso: > 27 kg / m²; ^c realizada durante uma semana habitual; ^d cumprir ≥ 150 min/semana de atividade física moderada-a-vigorosa.

participantes foi de 73,4 anos (desvio padrão de 6,7 anos), com maior proporção de mulheres (64,6%). A maioria dos participantes tinha baixa escolaridade (42,9%), eram casados (55,9%), percebiam a saúde como muito boa/boa (56,4%), não apresentavam provável déficit cognitivo (77,1%) e nem sofreram quedas no último ano (69,6%), reportaram duas ou mais morbidades (76,4%), foram classificados com sobrepeso (54,6%), e eram insuficientemente ativos no lazer (72,7%).

Entre as nove barreiras investigadas que levou ou levaria os idosos a desistirem de um programa de AF, a limitação física (70,6%) e o cansaço e falta de vontade (17,1%) foram as mais frequentes (Figura 1). No entanto quando observado a resposta aberta, 19,8% dos entrevistados reportaram ainda que as condições físicas, seguido da falta de tempo (12,5%), o fato de não gostar de AF (12,5%), a falta de vontade/prazer pela AF (9,9%), a preguiça (9,9%) e o clima (6,3%) como as barreiras mais prevalentes (Tabela 2).

A Figura 2, mostra as barreiras para participação em programa de AF de acordo com os níveis de influência do modelo socioecológico. Em geral, observa-se que as barreiras mais reportadas foram as do tipo intrapessoal para o sexo, faixa etária, nível de AF e escolaridade. Embora não tenham sido encontradas diferenças estatísticas, observa-se proporcionalmente que os homens, os idosos mais jovens, os participantes insuficientemente ativos, e aqueles com maior escolaridade percebem mais as barreiras intrapessoais. Além disso, mesmo em menor proporção, observou-se que as barreiras interpessoais e ambientais também são consideradas pelos idosos para não participar de programas de AF.

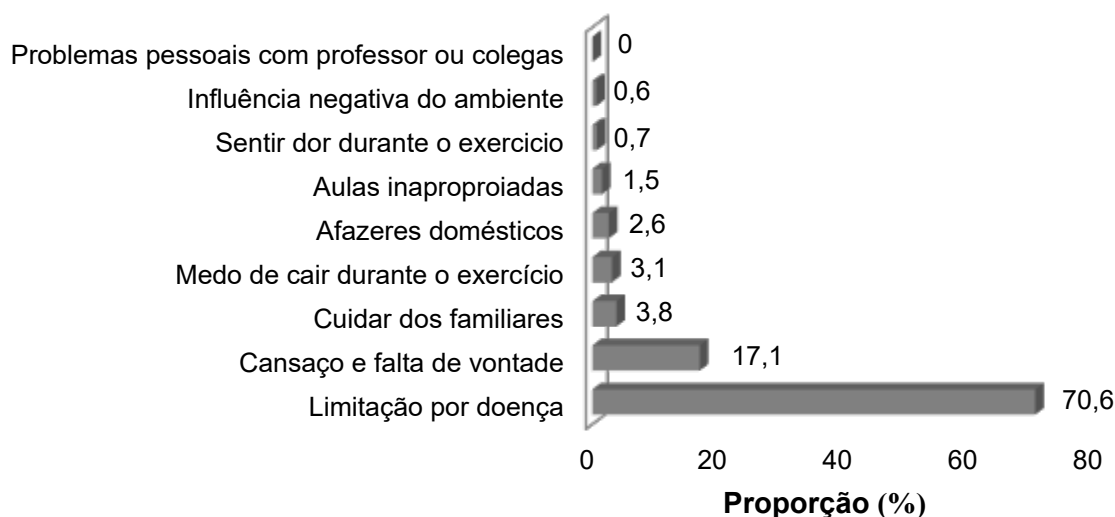


Figura 1. Barreiras à participação de idosos em programas de atividades físicas. Florianópolis, Brasil, 2013-2014 (n = 810).

Tabela 2. Percepção de outras barreiras à participação de idosos em programas de atividades físicas. Florianópolis, Brasil, 2013-2014 (n=192)*.

Barreiras	n	%
Limitação Física	38	19,8
Falta de tempo	24	12,5
Não gosta de atividade física	24	12,5
Falta de vontade/prazer pela atividade física	19	9,9
Preguiça	19	9,9
Clima	12	6,3
Custo com o programa	6	3,0
Orientação médica	6	3,0
Distância	5	2,6
Falta de companhia para conduzir os idosos ao programa	5	2,6
Tipo de atividade física ofertada pelo programa	5	2,6
Ausência de local	4	2,1
Comodismo	4	2,1
Ineficiência do programa	4	2,1
Não gosta de sair de casa	4	2,1
Idade	3	1,6
Responsabilidade quanto à participação nos programas	3	1,6
Horário do programa	2	1,1
Local inapropriado	2	1,1
Falta de equipamento	1	0,5
Problemas familiares	1	0,5
Viagens pessoais	1	0,5

*Das 216 respostas abertas, 24 foram desconsideradas devido à falta de clareza, totalizando 192 respostas.

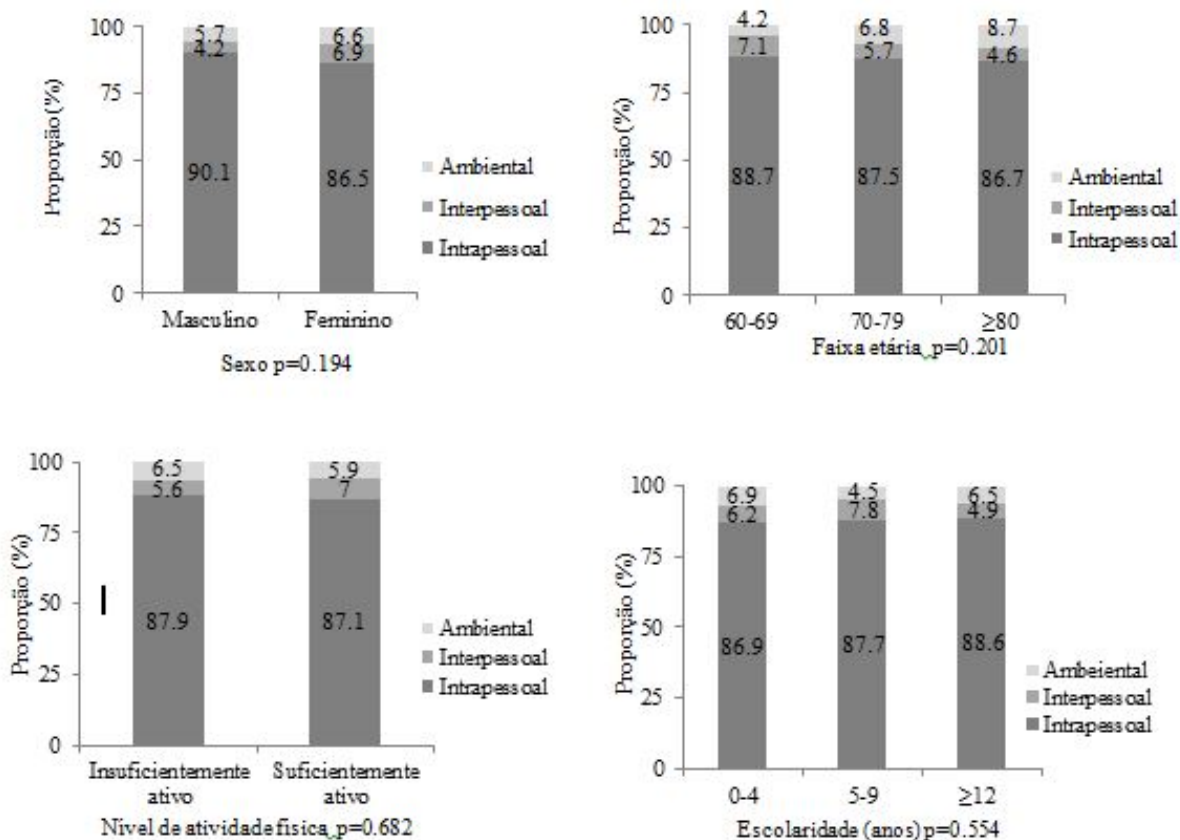


Figura 2. Barreiras percebidas para participação em programas de atividade física, em cada nível do modelo socioecológico, de acordo com o gênero, faixa etária, escolaridade e nível de atividade física. Florianópolis, Brasil, 2013-2014. P=p-valor.

DISCUSSÃO

Os principais resultados deste estudo apontam que as barreiras intrapessoais, interpessoais, e ambientais podem influenciar os idosos a desistirem de participar de programas de AF. Dentre os motivos mais prevalentes encontram-se às condições de saúde, os compromissos cotidianos, as atitudes perante a prática de AF e os aspectos ambientais. Encontramos na literatura barreiras semelhantes entre os idosos (Bethancourt et al., 2014), e reforçam que os fatores desencorajadores à participação em programas de AF não se restringem apenas as escolhas individuais, mas são determinados também por fatores externos que interagem entre si.

No presente estudo em relação às barreiras intrapessoais, observou-se que a presença de limitação física (barreira mais prevalente) dificulta ou impede os idosos de se engajarem em programas de AF. Resultado semelhante é reportado em estudo anterior (Gomes et al., 2019) e indica que as condições de saúde é um importante preditor para realização de AF. Fatores como a baixa autoeficácia (Nascimento et al., 2010), a incerteza sobre quais atividades físicas são seguras, e esforço excessivo durante a prática de AF (Bethancourt

et al., 2014) podem contribuir para acentuar a percepção de barreira da limitação física.

Ainda neste contexto, observou-se também que o cansaço e a falta de vontade/prazer pela AF; não gostar de AF, preguiça, não gostar de sair de casa, o comodismo, a idade, a responsabilidade quanto à participação nos programas de AF, e viagens pessoais foram relatados como barreiras. Alguns autores defendem que as experiências vividas ao longo da vida, marcado muitas vezes pela ausência ou pela pouca informação sobre a relação entre a prática de AF e saúde, interferem na adoção de comportamento ativo pelo indivíduo quando idoso (Lopes et al., 2016). Além disso, as expectativas negativas como a dor, o medo de lesão ou quedas (Gomes et al., 2019), e a percepção de fragilidade (Franco et al., 2015) podem explicar em parte o fato dos idosos evitarem aumentar os níveis de AF quando a saúde já está comprometida. No entanto em razão dos benefícios da AF na saúde dos idosos, programas bem planejados podem auxiliar no gerenciamento de diversas condições clínicas, superando crenças limitantes sobre a prática de AF no processo de envelhecimento (Franco et al., 2015).

A falta de tempo, barreira observada também na literatura (Gomes et al., 2019) foi considerada pelos participantes do presente estudo. No entanto, observou-se que apenas 12,5% perceberam-na como fator desencorajador para participação em programas de AF. A baixa prevalência de falta de tempo embora esperada, em razão da interrupção dos compromissos relacionados ao trabalho com chegada da aposentadoria (Justine et al., 2013), se mostra inversamente associada com a prática de AF (Gobbi et al., 2012), e sugere que mais do que o envolvimento em novos compromissos, a falta de tempo pode estar relacionada também ao desinteresse pela AF (Justine et al., 2013). Lidar com esse desafio requer cautela por parte dos programas de AF, haja vista que os diferentes contextos da população-alvo, devem ser considerados para melhor estruturação das intervenções com práticas corporais. Para além das práticas corporais comumente ofertadas (Amorim et al., 2013), a utilização de atividades cognitivas e multissensoriais no contexto da AF na Atenção Básica merecem ser consideradas, tendo em vista as repercussões positivas na saúde dos idosos (Dias & Lima, 2012), e a possibilidade de maior interesse por parte deste grupo.

Em relação às barreiras interpessoais, cuidar dos familiares e dos afazeres domésticos foram considerados motivos relevantes pelos idosos para desistirem de participar de um programa de AF. De acordo com estudo anterior (Krug et al., 2015), devido ao fato da maioria dos idosos não trabalharem fora de casa, às dinâmicas familiares por vezes colocam-nos numa posição de cuidador, sejam de seus cônjuges ou dos netos (Krug et al., 2015), levando-os a priorizar cada vez menos a prática de AF. Esse contexto ilustra a necessidade de maior acompanhamento dos idosos pelos profissionais de saúde da Atenção Básica, que por meio de estratégias como, por exemplo, o aconselhamento multiprofissional (Moraes et al., 2019), poderá auxiliar na mudança de comportamento para AF.

Outro fator relatado pelos idosos é a falta de companhia para realização da AF nos programas de AF. Esse motivo é frequentemente relatado em outros estudos (Gomes et al., 2019, 2019; Justine et al., 2013; Lopes et al., 2016), mesmo observando o caráter coletivo dos programas oferecidos (Amorim et al., 2013). Uma hipótese é que maior encorajamento para realização de AF é percebido quando os idosos estão juntos a pessoas próximas como os cônjuges e familiares (Sousa et al., 2019). Considerar a participação da família nos programas de AF pode favorecer melhor adesão por parte dos idosos.

A orientação médica também foi considerada como barreira pelos idosos, no entanto é sabido que a AF é considerada parte do tratamento para diversas condições crônicas. Estudos mostram que embora os profissionais médicos considerem essa

premissa, muitos não estão familiarizados com as recomendações atuais de AF (Florindo et al., 2013). Portanto, além de capacitar os profissionais para aconselhar a AF, é importante que os centros de saúde disponham de programas de AF, tendo em vista que a orientação médica sobre AF é facilitada quando se percebe a existência de um fluxo de acompanhamento dos usuários neste contexto (Florindo et al., 2013).

Sobre as barreiras ambientais, observamos um conjunto de motivos, tais como o clima, o horário, a distância, local/ausência de local de funcionamento, a falta de equipamentos, o custo, e os tipos de AF ofertadas pelos programas foram relatados como barreiras. A barreira relacionada ao clima é reportada na literatura (Gomes et al., 2019), e também considerada pelos gestores dos Programas Academia da Saúde de Santa Catarina (Paiva Neto et al., 2019). Uma hipótese levantada pelos autores (Paiva Neto et al., 2019) refere-se às diferentes condições climáticas do estado marcadas pelo calor excessivo no verão e frio no inverno, impactando na adesão dos participantes aos programas. Devido também a esta questão, os horários de funcionamento dos programas devem levar em consideração o público que se deseja alcançar.

A distância reportada pelos idosos do presente estudo, e em estudo anterior (Gomes et al., 2019) pode estar sujeita a outros fatores como a insegurança do bairro, ausência/falta de manutenção das calçadas, tráfegos intensos, ou mesmo em razão da dificuldade de se locomover via transporte público (Macera et al., 2016). Essa barreira pode ser acentuada pelo local onde os programas são oferecidos, como a utilização de locais improvisados, por exemplo, em centros comunitários, salões paroquiais (Gomes et al., 2019), bem como as praças e parques, quadras esportivas, Unidades Básicas de Saúde com estruturas inadequadas, comumente utilizadas pelos programas de AF (Amorim et al., 2013).

A falta de equipamentos percebida pelos idosos como barreira se constitui um desafio principalmente para os programas públicos de saúde. A ausência de aparelhos de exercícios exige adaptação a partir de materiais alternativos como as faixas elásticas, caneleiras, steps (Salvador et al., 2015), “halter” de garrafa pet abastecido com areia/pedra e cabos de vassoura. Essa condição, porém não diminui a qualidade da intervenção com os idosos, no entanto, é preciso que o setor público de saúde disponha destes e de outros materiais para melhor planejamento das intervenções.

A barreira custo foi referida por alguns participantes, e embora não tenha sido investigado neste estudo, apresentar baixo nível socioeconômico contribui para percepção desta barreira (Cassou et al., 2008). Cassou et al. (2008) afirmaram que mesmo que o dinheiro não seja considerado uma variável ambiental, se configura como fator potencializador do acesso a

programas de AF privados. No entanto em relação aos programas públicos de AF, embora as pessoas de maior renda tenha mais conhecimento sobre a existência dos programas, em razão dos hábitos e clareza na interpretação das informações, são os usuários de menor renda quem mais participa (Ferreira et al., 2019). Expandir os canais de informações sobre dos programas de AF, poderá resultar em maior conhecimento pela população em geral, reduzindo a percepção da barreira do custo e garantindo benefícios a saúde pela prática de AF.

As intervenções realizadas pelos programas foram consideradas ainda que por uma pequena parcela dos participantes como motivo para não participar. Estudos mostram que de forma geral, a aulas de ginástica e a caminhada orientada são as mais frequentes (Bonfim et al., 2013), no entanto, a utilização das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como o Tai Chi, yoga, dança, e Qi Gong também tem se mostrado promissora, em razão dos benefícios alcançados pelos usuários, como a melhora da dor, redução dos sintomas depressivos e ansiedade (Galvanese et al., 2017). Em Florianópolis, as PICs têm sido utilizadas pelos profissionais da Atenção Básica, e tem impactado positivamente na saúde dos idosos (Silva, 2017).

De forma geral ao considerar o conjunto de motivos para a não participação dos idosos em programas de AF, notou-se que as barreiras intrapessoais, seguida das interpessoais e ambientais foram as mais prevalentes. A participação dos idosos em programas de AF é sustentada por uma série de influências determinadas socialmente, no entanto as crenças que os idosos têm a cerca de si mesmos parecem produzir um impacto maior na desistência dos programas de AF. Os problemas relacionados à saúde vistos também em outros estudos são os que mais contribuem com essa dimensão (Gomes et al., 2019; Lopes et al., 2016), e por isso sugere-se a realização de avaliação da autoeficácia em idosos iniciantes num programa de AF, a fim de planejar e sistematizar as intervenções com vistas na permanência dos idosos e a efetividade das intervenções.

Uma possível limitação pode ter influenciado a interpretação dos resultados e precisa ser considerada. As informações do estudo foram obtidas por meio de questionário, o qual pode apresentar viés de resposta mesmo considerando somente respostas fornecidas pelos idosos. Por outro lado, os resultados encontrados permitiu identificar as principais barreiras para participação de idosos em programas de AF, considerada fator importante para o planejamento e desenvolvimento de intervenções mais efetivas e duradouras (Bauman et al., 2012). Além disso, em razão da amostra ser representativa do município, permite extrapolar os resultados para a população em geral.

CONCLUSÕES

As barreiras percebidas pelos idosos para participar de programas de AF incluíram as condições de saúde, os compromissos cotidianos, as atitudes perante a prática de AF e os aspectos ambientais. Porém, ainda se observa que a maior parte das barreiras percebidas são da ordem intrapessoal. Considerar os idosos como protagonistas do cuidado, a partir de suas crenças, motivações e fatores externos, é indispensável para o fortalecimento de sua autonomia. Além disso, colabora para a melhor formulação das políticas e implementação das intervenções nos programas de AF pelos profissionais do serviço.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a Universidade Federal de Santa Catarina pelo suporte, e o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

REFERÊNCIAS

- Amorim, T. C., Knuth, A., Cruz, D., Malta, D., Reis, R., & Hallal, P. (2013). Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 18(1), 63-74.
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J. F. & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet*, 21(9838), 258-271.
- Benedetti, T. B., Mazo, G. Z., & Barros, M. V. G. (2004). Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 12(1), 25-34.
- Bethancourt, H. J., Rosenberg, D. E., Beatty, T., & Arterburn D. E. (2014). Barriers to and Facilitators of Physical Activity Program Use Among Older Adults. *Clinical Medicine & Research*, 12(1-2), 10-20.
- Bonfim, M. R., Costa, J. L. R., & Monteiro, H. L. (2013). Ações de educação física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 17, 167-173.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2011). *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde (2017). *Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde : monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde: ciclo 2016*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde (2018). *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília.
- Cassou, A. C. N., Fermino, R. C., Santos, M. S., Rodriguez-Añez, C. R., & Reis, R. S. (2008). Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. *Revista da Educação Física/UEM*, 19(3), 353-360.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. Em K. Glanz, K. B. Rime, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th Ed., pp. 45-66). Jossey-Bass.

- Dias, M. S., & Lima, R. M. (2012). Estimulação cognitiva por meio de atividades físicas em idosos: examinando uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 325-334.
- Dunlop, D. D., Song, J., Arnston, E. K., Semanik, P. A., Lee, J., Chang R. W., & Hootman, J. M. (2015). Sedentary time in US older adults associated with disability in activities of daily living independent of physical activity. *Journal of physical activity & health*, 12(1), 93-101.
- Eiras, S. B., Silva, W. H. A., Souza, D. L., & Vendruscolo, R. (2010). Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 31(2), 75-89.
- Ferreira, R. W., Caputo, E. L., Hafele, C. A., Jeronimo, J. S., Florindo, A. A., Knut, A. G., & Silva, M. C. (2019). Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(2), e00008618.
- Figueiro, T. H., Arins, G. C. B., Santos, C. E. S., Cembranel, F., Medeiros, P. A., d'Orsi, E., & Rech, C. R. (2019). Association of objectively measured sedentary behavior and physical activity with cardiometabolic risk markers in older adults. *PLoS One*, 14(1), e0210861.
- Florindo, A. A., Mielke, G. I., Gomes, G. A., Ramos, L. R., Bracco, M. M., Parra, D. C., Simoes, E. J.,... & Hallal, P. C. (2013). Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC Public Health*, 13(31), 794.
- Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H., Pinto, R. Z., & Ferreira, M. L. (2015). Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *The British Journal of Sports Medicine*, 49, 1268-1276.
- Galvanese, A. T. C., Barros, N. F., & D'oliveira, A. F. P. L. (2017). Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(12), e00122016.
- Gobbi, S., Sebastião, E., Papini, C. B., Nakamura, P. M., Valdanha Netto, A., Gobbi, L. T. B., & Kokubun, E. (2012). Physical Inactivity and Related Barriers: A Study in a Community Dwelling of Older Brazilians. *Journal of Aging Research*, 2012(Article ID 685190), e685190. <https://doi.org/10.1155/2012/685190>
- Gomes, G. A. O., Papini, C. B., Nakamura, P. M., Teixeira, I. P., & Kokubun, E. (2019). Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 41(3), 263-270.
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., Ekelund, U., & Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*, 380(9838), 247-257.
- Justine, M., Azizan, A., Hassan, V., Salleh, Z., & Manaf, H. (2013). Barriers to participation in physical activity and exercise among middle-aged and elderly individuals. *Singapore medical journal*, 54(10), 581-586.
- Krug, R. R., Lopes, M. A., & Mazo, G. Z. (2015). Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativos fisicamente. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 21(1): 57-64.
- Lopes, M. A., Krug, R. R., Bonetti, A., & Mazo, G. Z. (2016). Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevos. *Revista Brasileira Ciências do Esporte*, 38(1):76-83.
- Macera, C. A., Cavanaugh, A., & Belletiere, J. (2016). State of the Art Review: Physical Activity and Older Adults. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 11(1), 42-57.
- Malta, D. C., Moraes Neto, O. L., Silva, M. M. A., Rocha, D., Castro, A. M., Reis, A. A. C., & Akerman, M. (2016). Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1683-1694.
- Moraes, S. Q., Souza, J. H., Araújo, P. A. B., & Rech, C. R. (2019). Prevalência de aconselhamento para atividade física na Atenção Básica à Saúde: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 24(e0073).
- Nascimento, M. C., Silva, O. M. P., Saggioratto, C. M. L., Vargas, K. C. B., Schopf, K., & Klunk, J. (2010). O desafio da adesão aos exercícios físicos em grupos de idosos em Palmitos/sc: Motivos para a prática e para a desistência. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 15(3).
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judg, J. O., King, A. C.,... & Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(8), 1435-1445.
- Almeida, O. P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56, 605-612.
- Paiva Neto, F. T., Mazo, G. Z., Sandreschi, P. F., Petreça, D. R., & Rech, C. R. (2019). Barriers to implementation of academia da saúde program in santa catarina. *Journal of Physical. Education*, 30(1), e3046.
- Sallis, J. F., Cervero, R. B., Ascher, W., Henderson, K. A., Kraft, M. K., & Keer, J. (2006). An Ecological Approach to creating Active living communities. *The Annual Review of Public Health*, 27, 297-322.
- Salvador, E., Ribeiro, E. H. C., Garcia, L., Silva, J. C. G., Santos, T. I., & Aoki, M. S. (2015). Intervenção de grupos de exercícios físicos supervisionados para a promoção da atividade física para usuários do Sistema Único de Saúde. In Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (Eds.), *Experiências de promoção da atividade física na estratégia de saúde da família* (pp.111). Florianópolis.
- Santos, C. E. S., Manta, S. W., Maximiano, G. P., Confortim, S. C., Benedetti, T. R. B., D'Orsi, E., & Rech, C. R. (2018). Accelerometer-Measured Physical Activity and Sedentary Behavior: A Cross-Sectional Study of Brazilian Older Adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 15(11), 811-818.
- Schneider, I. J. C., Confortim, S. C., Bernardo, C. O., Bolsoni, C. C., Antes, D. L., Pereira, K. G., Ono, L. M.,... & D'Orsi, E. (2017). EpiFloripaAging cohort study: methods, operational aspects, and follow-up strategies. *Revista de Saude Publica*, 51(104).
- Silva, K. (2017). *A dança circular no cotidiano da promoção da saúde da pessoa idosa* [Tese de doutorado]. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Sousa, B. A., Lemes, I. R., Verardi, C. E. L., Luza, L. P., Silva, F. C., & Silva, R. (2019). Apoio social e atividade física de idosos: revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 32(8635).
- Valdés-Badilla, P. A., Gutiérrez-García, C., Pérez-Gutiérrez, M., Vargas-Vitoria, R., López-Fuenzalida, A. A. (2019). Effects of Physical Activity Governmental Programs on Health Status in Independent Older Adults: A Systematic Review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 27(2), 265-275.
- World Health Organization (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva, Switzerland. Retrieved from <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/.xx>
- World Health Organization (2013). *Global action plan for the prevention and control active of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva, Switzerland.