



ARTIGO ORIGINAL

Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas



Marize Amorim Lopes^{a,*}, Rodrigo de Rosso Krug^b, Albertina Bonetti^a
e Giovana Zarpellon Mazo^c

^a Departamento de Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

^b Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

^c Departamento de Educação Física, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

Recebido em 10 de outubro de 2012; aceito em 8 de março de 2013

Disponível na Internet em 14 de novembro de 2015

PALAVRAS-CHAVE

Barreiras;
Atividade motora;
Envelhecimento humano;
Idosos com 80 anos ou mais

KEYWORDS

Barriers;
Motor activity;
Human aging;
Elderly with 80 years or older

Resumo Objetivou-se identificar as barreiras que influenciam as idosas longevas a não adotarem a prática de atividade física. Esta pesquisa descritiva exploratória envolveu 69 mulheres longevas, com 80 anos ou mais, participantes de grupos de convivência de Florianópolis (SC), distribuídas em cinco grupos focais ativos (n = 39) e cinco grupos inativos fisicamente (n = 30). Os dados foram interpretados pela análise de conteúdo temática. Os resultados apontam para os motivos, como: ficar viúva, influência do meio ambiente, papel familiar, limitação física por doença e a maneira de ser da pessoa idosa. As longevas ativas salientam ainda que a forma negativa de envelhecer propicia poucas atividades. Assim, observa-se que esforços ocorram para que sejam implantados programas de exercícios físicos para idosas longevas dos centros de convivência para idosos de Florianópolis (SC), tanto nos grupos como em suas residências, para promover um estilo de vida mais ativo.

© 2015 Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Barriers that influence the non-adoption of physical activity practice by oldest old people

Abstract The aim of the study was to identify the barriers that influence oldest old people not to adopt the practice of physical activity. This descriptive exploratory research involved 69 older women from social groups of Florianópolis/SC, which were distributed in five focus groups

* Autor para correspondência.

E-mail: marize.amorim@ufsc.br (M.A. Lopes).

active (n = 39) and five inactive (n = 30) focus groups. The results point to reasons such as being widowed, environmental influences, family role, physical limitations due to illness and the way of being of the elderly. The oldest old active enduring stress that the negative aging fosters the realization of few activities. Thus, it is observed that efforts occur to be implemented exercise programs for older enduring community centers for the elderly in Florianópolis/SC, both in groups and in their homes, to promote a more active lifestyle.

© 2015 Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

PALABRAS CLAVE

Barreras;
Actividad motora;
Envejecimiento humano;
Personas longevas de 80 años o mayores

Barreras que influyen en el hecho de que no se adopte la práctica de actividad física por parte de personas longevas

Resumen El objetivo de este estudio era identificar las barreras que influyen en las personas longevas para que no adopten la práctica de actividad física. Este estudio exploratorio descriptivo incluyó a 69 mujeres longevas, con 80 años o mayores, que participaban en grupos sociales de Florianópolis/SC, distribuidas en cinco grupos focales activos (n = 39) y cinco físicamente inactivos (n = 30). Los datos se interpretaron mediante análisis de contenido temático. Los resultados apuntan a motivos como el hecho de ser viudas, las influencias del entorno, el papel familiar, las limitaciones físicas debido a la enfermedad y la manera de ser de las personas mayores. Las longevas activas añaden también que el aspecto negativo del envejecimiento contribuye a que lleven a cabo pocas actividades diarias. Así, se observa que los esfuerzos deben dirigirse a implementar programas de ejercicio para los mayores en los centros comunitarios permanentes para la tercera edad en Florianópolis/SC, tanto en grupos como en sus hogares, para promover un estilo de vida más activo.

© 2015 Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

Introdução

A expectativa de vida vem aumentando e ocasiona uma transformação do envelhecimento populacional mundial. A população com 80 anos ou mais, "idosos longevos", é a que mais vem crescendo no mundo. Existem cerca de três milhões de pessoas longevas no Brasil e em Santa Catarina (SC) 80.737, mais de sete mil em Florianópolis (IBGE, 2010).

Essa transformação do envelhecimento populacional mundial traz consequências profundas no aspecto psicossocial, espiritual, cultural e político-econômico da humanidade, representa para as sociedades o desafio de aumentar as oportunidades para as pessoas longevas com o intuito de maximizar suas capacidades participativas (Chodzko-Zajko et al., 2009).

Com o avanço da idade as pessoas longevas apresentam perdas progressivas nos aspectos biopsicossociais, tais como a perda das aptidões funcionais do organismo, diminuição das capacidades físicas e de níveis sociais, que influenciam na diminuição da prática de atividades físicas (AF). A inatividade física age como acelerador do declínio humano, ocasiona maior incapacidade funcional, perda de qualidade de vida, aumento do número de doenças, obesidade e mortalidade, entre outras consequências (Chodzko-Zajko et al., 2009; Hirvensalo e Lintunen, 2011; Von Bonsdorff e Rantanen, 2011).

A inatividade física atinge a população idosa brasileira. Esse grupo etário tem o menor nível de atividade física

se comparado a outros (Brasil, 2011). Em Florianópolis (SC), a inatividade física também é evidente, pois estudos epidemiológicos constaram que 74,3% dos idosos não faziam AF no tempo de lazer (Benedetti et al., 2004) e que 42,1% dos idosos são inativos fisicamente (Courseuil et al., 2011).

Diante da inatividade física e suas consequências, alguns estudos sobre as barreiras e os facilitadores para a prática de AF regulares foram feitos, porém com adolescentes (14 a 17 anos) (Santos et al., 2010; Santos et al., 2009), adultos (18 a 59 anos) (Pinheiro et al., 2010) e idosos mais jovens (60 a 79 anos) (Cassou et al., 2011; Gobbi et al., 2008). Assim, observa-se a carência de estudos voltados para a temática das barreiras que influenciam a não adoção da prática de AF pela população de idosos longevos, visto que esses estudos foram feitos com idosos jovens e, geralmente, ativos fisicamente.

Para enfrentar a inatividade física, durante o ciclo de vida, qualquer indivíduo necessita de apoio e incentivo. As diferentes formas de vivenciar o envelhecimento são peculiares aos hábitos de vida adquiridos durante a trajetória de vida de cada pessoa. Durante essa trajetória, muitas barreiras surgem e a forma como são trabalhadas e resolvidas é determinante nesse processo de envelhecimento. Em relação à capacidade funcional, essas diferenças interindividuais parecem aumentar com a idade. No entanto, não há um índice objetivo da idade funcional ou biológica de um indivíduo que se correlacionasse

com o seu calendário etário (Hirvensalo e Lintunen, 2011).

Desse modo, compreender e conhecer os fatores/motivos que impedem os idosos longevos de praticarem AF é relevante, devido à carência de estudos com essa população e temática e para estimular propostas de intervenções por meio de práticas regulares de AF voltadas para a promoção do envelhecimento ativo (OMS, 2005), direcionadas para as necessidades e condições desses idosos, apesar da idade avançada. Assim, este estudo teve como objetivo identificar as barreiras que influenciam as idosas longevas a não adotarem a prática de AF.

Materiais e métodos

Esta pesquisa quali-quantitativa descritiva exploratória foi aprovada no Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc) e cumpriu todos os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A escolha dos participantes do estudo ocorreu de forma intencional com os seguintes critérios de inclusão: ser mulher, ter 80 ou mais anos, participar dos grupos de convivência para idosos de Florianópolis (SC), ter avaliação do nível de AF (ativo e inativo fisicamente) e aceitar participar da pesquisa. A escolha pelo sexo feminino na pesquisa se deu pela maior quantidade de mulheres que frequentam os grupos de convivência para idosos no município.

Para definição do nível de AF das idosas foi aplicado o Questionário Internacional de AF (IPAQ), forma longa, semana normal, adaptado para idosos (Mazo e Benedetti, 2010). Os grupos focais foram constituídos pelas idosas que aceitaram participar voluntariamente dos encontros. As do Grupo Focal Ativo (GFA) apresentaram 150 minutos semanais de AF no domínio quatro do IPAQ (AF, recreação e lazer) e participaram de programas de AF regulares. Já as do Grupo Focal Inativo (GFI) obtiveram a pontuação zero na soma dos quatro domínios do IPAQ.

Assim, participaram do estudo 69 mulheres longevas de 10 grupos focais, 39 de cinco GFA (média de idade de $82,51 \pm 2,90$ anos) e 30 de cinco GFI ($86,07 \pm 4,70$ anos). Esses grupos focais abrangeram todas as regiões sanitárias de Florianópolis (Sul, Leste, Norte, Centro e Continente), conforme a tabela 1.

Os instrumentos usados para a coleta de dados foram: ficha diagnóstica com questões sobre as características

sociodemográficas e condições de saúde das idosas, o IPAQ para verificar o nível de AF e a técnica de grupo focal (GF) para evidenciar as barreiras para a prática de AF percebidas pelas idosas longevas.

A coleta de dados iniciou com o acesso ao cadastro dos grupos de convivência para idosos (endereço e contato dos coordenadores) fornecidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis. Posteriormente, foi feito contato com os coordenadores, para esclarecê-los sobre a pesquisa e o agendamento da visita. A etapa seguinte foi convidar os idosos longevos e esclarecer os objetivos da pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, foi aplicada, em forma de entrevista, a ficha diagnóstica e o IPAQ, cujos resultados serviram como critérios de definição dos participantes do estudo.

As participantes selecionadas foram contatas por telefone, convidadas para participar do estudo e esclarecidas sobre a técnica de GF. Após, foram marcadas data, horário e local para os encontros de acordo com a proximidade de moradia das pessoas longevas. Foi feita uma capacitação com os pesquisadores sobre a aplicação da técnica de GF.

Para a análise dos dados transcreveu-se o áudio das entrevistas, que posteriormente foram inseridas no *software* ATLAS e foram interpretadas pela análise de conteúdo temática, o que permitiu codificar as unidades de significados das falas transcritas, agrupadas em categorias e subcategorias de análise (fig. 1).

Resultados e discussão

Observa-se, na figura 1, que dos depoimentos das idosas longevas (GFA, Grupo Focal Ativo; GFI, Grupo Focal Inativo) surgiram cinco categorias de análise sobre as barreiras para a adoção à prática da AF. As categorias foram as mesmas para ambos os grupos de idosas, apenas as idosas ativas destacaram uma subcategoria, "atitudes positivas perante a prática de AF", a partir da categoria "maneira de ser da pessoa longeva". As categorias e subcategoria serão descritas e discutidas abaixo.

Relação negativa com a prática de AF

O desinteresse pela AF foi uma das barreiras bem significativas destacadas nos grupos focais: "[...] têm pessoas que

Tabela 1 Composição dos participantes do estudo

Região	Nº de GC	Nº de longevos cadastrados	Nº de longevos entrevistados		Nº de longevas inativas fisicamente	Nº de longevas ativas fisicamente	Nº de longevas que participaram dos grupos focais	
			M	F			GFI	GFA
Centro	31	168	6	96	52	50	6	9
Leste	9	45	5	32	12	25	4	7
Sul	18	86	8	60	41	27	6	9
Norte	16	75	5	51	24	32	8	7
Cont.	28	119	4	84	44	44	6	7
Total	102	493	28	323	173	178	30	39

Cont., continente; GC, Grupo de Convivência para idosos; Nº, número; M, masculino; F, feminino; GFA, Grupo focal ativo; GFI, Grupo focal inativo.



Figura 1 Barreiras que influenciam a não adoção a prática de AF das idosas longevas ativas e inativas fisicamente. GFA, Grupo Focal Ativo; GFI, Grupo Focal Inativo.

ignoram a existência dessas atividades [...] não se interessam, vão ver novela [...] outras têm receio de ousar e sair da rotina [...] têm medo de fazer ginástica [...]” (GFA3). É importante destacar que o desconhecimento das atividades pode contribuir para essa acomodação e até mesmo se acharem incapazes de fazê-las.

Segundo relatório do Vigitel de 2010, somente 17,3% da população brasileira com 65 anos ou mais pratica AF no lazer (Brasil, 2011). Esse fato pode estar relacionado com o desconhecimento dos benefícios da AF e o medo do desconhecido, como enfatizaram as longevas. A não adoção às AF é um fato constatado com o avançar da idade. Existe, portanto, a probabilidade de as pessoas longevas serem menos ativas (Hirvensalo e Lintunen, 2011).

Outro aspecto para não adoção é o não gostar de praticar AF. Quando não se tem prazer e interesse pela AF, essa influenciará diretamente na participação. Possibilitar atividades que satisfaçam o interesse da pessoa longeva favorecerá diretamente o querer participar: “[...] tem pessoas que não gostam de caminhar, gostam de ficar em casa. Eu acho que isso vai de cada um” (GFA2); “[...] não gosto de fazer AF” (GFI6). Fazer atividades prazerosas e que lhes deem satisfação deve ser incentivado, pois contribui para um envelhecimento saudável. Na percepção das longevas inativas, com o avançar da idade suas atividades vão se limitando: “[...] com idade é assim, até os 87 anos eu andava perfeitamente sozinha, ia ao banco, para onde eu fosse não queria ninguém, mas depois dos 90 anos [...]” (GFI7); “[...] com quase 100 anos não dá mais para fazer nada, só para passear” (GFI8).

A diminuição ou perda da capacidade funcional leva à incapacidade funcional, muitas vezes, consequências do processo de envelhecimento e da diminuição da prática de AF, que pode levar a perdas importantes na condição cardiovascular, força muscular e no equilíbrio. Nesse sentido, tem sido enfatizada a prática de AF como estratégia de prevenir as perdas nos componentes da capacidade funcional (Von Bonsdorff e Rantanen, 2011). À medida que os índices de esperança de vida crescem, há tendência de aumento da

incapacidade funcional da população idosa, na qual 27,2% de idosos de 75 anos ou mais têm graves limitações funcionais (IBGE, 2010).

Talvez o fato de não gostar esteja vinculado a nunca terem adquirido hábitos de praticar AF no lazer: “[...] não se tinha hora de lazer no nosso tempo. Era do colégio para casa. Depois fazia o serviço da casa” (GFI3). Guralnick et al. (2003) citam que as barreiras para a prática de AF estão vinculadas aos hábitos e às preferências. Em idosos, é crescente o número dos que não participam de nenhum tipo de AF e a participação em programas de AF é muito baixa (Chodzko-Zajko et al., 2009).

É importante considerar também que o desconhecimento dos efeitos benéficos da AF desestimula as longevas inativas de adotarem essa prática e, conseqüentemente, desistir delas. Dentre essas: falta de interesse e de acesso; atitudes e crenças sobre AF; inexistência de apoio social e características ambientais (Courseuil et al., 2011). Os depoimentos reforçam esse fato: “[...] Gosto da hidroginástica, já fiz umas 15 mais ou menos. Foi tempo perdido” (GFI6); “[...] a gente queria caminhar, fazer ginástica, mas não consegue, porque os pés não ajudam, a coisa não vai adiante, a gente não sente melhoria” (GFI7).

Limitações físicas por doenças

Com o avanço da idade há um aumento das limitações físicas decorrentes da presença de doenças crônico-degenerativas. As doenças oriundas do processo de envelhecer foram salientadas pelas longevas como uma barreira limitante que impede o estilo de vida ativo. As doenças apontadas foram: hipertensão, diabetes, bronquite, osteoporose, artrose, dislipidemia e labirintite: “[...] o que me impede é que quando estou andando, de repente caio. Eu tenho uma dor por aqui assim” (GFI7); “[...] a única coisa que está me atrapalhando é a minha cabeça, ando bastante esquecida das coisas” (GFI8); “[...] eu nem posso passear por causa da perna” (GFI9).

A saúde, dentre outros fatores, também influencia diretamente na inatividade física, pois o idoso que relata uma saúde ruim provavelmente irá praticar AF em menor quantidade se comparado com o idoso que tem uma melhor saúde autopercebida (Souza e Vendrusculo, 2010; Buman et al., 2010; Nascimento et al., 2010; Gobbi et al., 2008). Cassou et al. (2011) apontam que a presença de doenças crônicas e limitações funcionais são uma barreira para a prática de AF de idosos. A presença de doenças é muito comum nessa faixa etária, na qual somente 15% dos idosos longevos não apresentam nenhuma doença, percentuais bem menores se comparados com os 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais que não têm doenças (IBGE, 2010).

Os problemas de saúde também foram apontados pelas longevas ativas como uma barreira para a prática de AF. Contudo, isso não impede que continuem praticando, apesar das dificuldades encontradas. As doenças apontadas foram: pressão alta; tumores; câncer; perda de visão; acidente vascular cerebral (AVC) e problema cardíaco: “[...] tenho problemas que são bem grandes em minha vida, por causa de meus problemas de saúde [...] eu tenho dificuldade de concentração por causa de um AVC que já tive, tive dois tipos de câncer, também sou diabética, mas não arredo o pé” (GFA1). A persistência está muito presente na vida das longevas ativas, mesmo com os comprometimentos de saúde, não gostam de se ausentar das práticas de AF ou dos grupos de convivência de que participam. Alegam que só faltam em última circunstância: “[...] só falto à dança principalmente se eu estiver doente, porque, do contrário, eu vou de qualquer maneira, faça chuva ou faça sol, eu vou dançar” (GFA5).

Outro fato importante a destacar são as dores existentes no cotidiano das longevas. A dor constante dificulta a AF. Salientaram as dores nas pernas, no braço e na coluna, as dormências, os problemas de circulação e as quedas constantes: “[...] tenho dores, às vezes, quando deito, sou obrigada segurar o braço com a minha mão e trazê-lo [...] meu Deus, só tomando remédio passa a dor [...] se eu não tivesse esses problemas eu poderia prosperar” (GFI7). Lees et al. (2005) citam que as barreiras para a prática de AF estão vinculadas as dores e limitações funcionais. Estudo feito por Lacerda, Godyl e Bachion (2005) com idosos goianos corroboram este estudo, pois dos 40 investigados 62,5% apresentam dor crônica, predominantemente na coluna dorsal (48%) e nos membros inferiores (24%).

Da mesma forma, o medo de cair impede muitas vezes as pessoas longevas de participarem das AF (Lees et al., 2005). O receio de andar sozinho, porque pode provocar quedas, é destacado em vários momentos do estudo: “[...] os meus médicos aconselham a não andar sozinho, mesmo que com bengala, porque tenho osteoporose” (GFI7); “[...] é bom andar, mas a gente tem medo de cair” (GFI10). As quedas devem ser evitadas pelas consequências que trazem para o idoso, mas a queda é algo que se faz presente no cotidiano da pessoa longeva: “[...] quebrei o pé caindo da escada. Eu não sinto aquele pé, por isso não tenho firmeza” (GFI7); “[...] cada tomo era uma fratura, sou toda cheia de coisa quebrada” (GFI8).

A queda acontece em decorrência da perda total do equilíbrio postural, pode estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura, ou seja, o surgimento de doenças

que ocasionem limitações físicas. No estudo de Cassou et al. (2011) foi verificado que uma das principais barreiras para a prática de AF relatadas por essa população mais velha é o fato de terem lesões ou muitas limitações físicas. O risco de queda aumenta de acordo com a idade. Aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos sofrem quedas a cada ano. Essa proporção aumenta para 32% a 42% para as pessoas com mais de 70 anos (OMS, 2010).

Desse modo, a adoção e a participação de pessoas longevas em programas de AF nem sempre é uma decisão fácil, devido à desmotivação causada por alguma patologia ou alteração fisiológica (Hoefelmann et al., 2011). Assim, é importante e necessário motivá-las para participar, mesmo com limitações físicas próprias do processo de envelhecimento (Von Bonsdorff e Rantanen, 2011).

Maneira de ser da pessoa longeva

As experiências vividas influenciam nas atitudes diárias das longevas. A maneira de ser e de viver interfere diretamente na compreensão do envelhecimento ativo. Relataram que: “[...] são pessoas amargas, vivem só reclamando [...] é uma pessoa de mau humor, triste, não quer conviver com outras pessoas” (GFA1); “[...] estão de mal com a vida” (GFA4). A forma de ver e encarar o mundo que a rodeia foi outra barreira percebida pelas longevas ativas para não participação em práticas de AF, como se verifica nos depoimentos: “[...] são acomodadas, elas dizem que já trabalharam bastante [...] a maioria é preguiçosa” (GFA1).

Por outro lado, percebe-se que as longevas inativas têm a percepção de que poderiam praticar AF, mas a preguiça as impede. Consideram-se malandras, enferrujadas, com dificuldade de achar disposição: “[...] eu sou malandra, as filhas brigam comigo” (GFI7); “[...] é, eu também sou malandra, é muito ruim sair de casa sozinha” (GFI6). Lees et al. (2005) verificaram que a inércia (passividade, tédio e preguiça) foi a segunda barreira mais encontrada entre os idosos não praticantes de exercício físico.

As barreiras evidenciadas pelas longevas incidem nas razões ou nas desculpas declaradas que representam um fator negativo em seu processo de tomada de decisão para a prática de AF e podem incidir na realidade objetiva ou subjetiva (Meurer et al., 2011). A maneira de ser e de interagir da pessoa longeva com o meio em que vive interferirá na maneira de processar o seu envelhecimento (Neri, 2007).

Atitudes positivas perante a prática de AF

Usar mecanismo de defesa para os novos desafios é algo inerente a todo ser humano, assim como usar a idade para deixar de fazer AF. Como se pode constatar no depoimento: “[...] o meu esposo está fazendo AF comigo e me acompanha, mas fazer AF é um sacrifício. Ainda há dias em que ele diz: nós não vamos hoje e eu digo vamos sim! [...] se deixar ele assiste a televisão a tarde toda. Tenho de insistir quase sempre” (GFA5).

As evidências epidemiológicas apontam para o decréscimo do nível de AF com o aumento da idade cronológica, o que torna o sedentarismo fator de risco de morbidade e mortalidade durante o processo de envelhecimento (Moschny et al., 2011). Percebe-se, nos depoimentos, que muitas

peessoas longevas se acomodam ao ponto de que, mesmo sendo incentivadas por pessoas amigas, não saem de casa: “[...] mesmo com o incentivo, as pessoas são acomodadas” (GFA5). Alguns depoimentos apontam a falta de incentivo, mas mesmo em seus relatos destacam que muitas vezes ignoram o estímulo recebido: “[...] dizem que não vão, não gostam, não tem quem as incentive ou quando têm, não querem sair de casa” (GFA2).

A negatividade imperante no ser humano contribui para a não adoção em grupos de AF ou de convívio, pois o idoso de uma maneira geral usa o “não” para escapar de situações que o levem a ousar e sair do meio em que vive: “[...] é que as pessoas trabalham diretamente com a palavra não, a palavra não é negativa. Você me convidou para vir aqui e também minha amiga pelo telefone [...] minha amiga disse: eu só vou se você for, se você não for eu não vou [...] eu já aprendi muito com essa palavra não” (GFA3). As atitudes negativas estão mais presentes nas mulheres do que nos homens idosos (Wilcox et al., 2002).

A discriminação por idade e a fragilidade sentida e observada favorece substancialmente comportamentos que geram barreiras para praticarem AF (Mazo et al., 2009). A atitude pessoal negativa com relação ao envelhecimento ativo contribui para um comportamento desfavorável à participação efetiva na AF (Neri, 2007). A acomodação verbalizada pelas participantes da pesquisa deve-se ao fato do gostar de ficar em casa, o que favorece o isolamento dessas pessoas: “[...] muitas pessoas não gostam de sair de casa, dizem que ficam mais à vontade, deitam no sofá, quando querem tomam café. Mas mesmo assim eu batalho por ela, só quer ir à missa” (GFA3); “[...] tem pessoa que gosta sempre de estar sozinha” (GFA1); “[...] minha vizinha de porta, faz seis meses que eu não a vejo. A velhice é o desprezo, a pessoa ao envelhecer é desprezada” (GFA2).

Pensar sobre a sua própria velhice é algo indesejável e que se traduz por pensamentos que nos chocam e, rapidamente são dissipados, pois trazem consigo um sentimento de desesperança, conformidade, passividade. Partindo dessa compreensão parece que as pessoas vivem as suas vidas como se a finitude não se fizesse presente, é como viver sem envelhecer (Mazo et al., 2009). Essa visão reporta para os preconceitos existentes, nos quais os idosos são encarados como um peso para nossa sociedade, são rotulados como incapazes, inúteis e esclerosados (Neri, 2007). Assim, muitas vezes esses estigmas ficam incorporados e se traduzem em comportamentos presenciados em nosso cotidiano. Essa imagem negativa do idoso perante a sociedade influencia a participação da pessoa longeva, refletiria na inatividade física da população mais velha. Com isso a crença popular de que com o processo de envelhecimento deve-se diminuir a intensidade e quantidade de AF influencia na adoção desse comportamento (Von Bonsdorff e Rantanen, 2011).

Os resultados ressaltaram ainda como barreira a própria maneira de ser das pessoas longevas. A identificação dessas barreiras, na percepção das longevas ativas e inativas, sugere novas metas a serem traçadas para atingir esse grupo etário.

Papel da família

A família, segundo os depoimentos das longevas, tem contribuído para a limitação de envelhecimento ativo, pois a

superproteção pelo excesso de cuidado limitam as atividades e os deslocamentos: “[...] eu não faço porque elas não me deixam mais pegar o ônibus, eu saio ao portão, onde é que mãe vai? Eu tenho de andar um pouquinho, elas me prendem” (GF16); “[...] eu não faço mais nada, depois que levei um tombo a minha filha não me deixa fazer mais nada, até para tomar banho, ela é que me dá, tem medo de que eu caia no banheiro” (GF110). Essa segregação social progressiva favorece uma vida mais improdutivo e muitas vezes penosa para as pessoas longevas. As longevas inativas se sentem ainda com potencial e gostariam de continuar a fazer as atividades ocupacionais. Essa superproteção da família, o incentivo negativo dos médicos, cuidadores e parentes contribui para o sedentarismo desse grupo etário.

Os afazeres diários também contribuem para a não adoção de AF: “[...] tenho uma comadre que não sai nem para passear, ainda faz comida para os filhos e noras” (GFA2); “[...] muitas têm marido, às vezes é ciumento e não deixa sair” (GFA3). Da mesma forma a perda do cônjuge também interfere na continuidade de participação nos grupos: “[...] agora que meu marido morreu, fiquei para baixo” (GF110).

Corroborando o estudo, Aartsen et al. (2002), ao acompanhar por seis anos 2.076 pessoas residentes em Amsterdam/Holanda (55 a 85 anos) e ao avaliar a participação em atividades como serviços religiosos, associações de bairros, organizações de ajuda, cursos educacionais, esportes e atividades de lazer, constataram que há uma significativa diminuição da participação dos idosos nas atividades com o passar dos anos. Estudos de Aslan et al. (2008) feitos na Turquia com idosos (n = 350) com 65 anos ou mais reforçam os achados, evidenciam que com o avançar da idade a não adoção de AF está associada ao sexo, à presença de doença crônica e ao aumento do índice de massa corporal.

No mesmo entendimento, Cardoso et al. (2008) encontraram influência negativa das perdas interpessoais para a desistência e a participação de idosos em programas de AF, em atividades feitas fora de casa e especialmente nas mulheres.

Influência do meio ambiente

O local para se praticar AF é importante para a participação das pessoas longevas. Assim, investir em locais adequados favoreceria uma maior adoção e permanência na prática regular de AF. Tanto os ativos como os inativos evidenciam ausência de espaços adequados. Destacam que um local mais central ou perto da residência facilitaria a participação: “[...] ali no centro deveria ter as AF, ou mais perto da casa” (GFA5). Isso pode ser explicado pela literatura, na qual se destacam os aspectos ambientais, como insegurança, ausência de espaços adequados, falta de iluminação, dentre outros, como barreiras para a prática de AF (Courseuil et al., 2011).

Com relação às atividades inadequadas e a falta de vivência, as longevas evidenciam: a falta de experiência e o desconhecimento, exercícios inadequados, acessibilidade ao local de prática, falta de segurança e a necessidade de repouso (Moschny et al., 2011). Destacam ainda a dificuldade de sair de casa, como as atividades feitas fora de casa, especialmente para as mulheres (Wilcox et al., 2002). As

barreiras climáticas também foram citadas pelas longevas e foram evidenciadas também no estudo de Eiras et al. (2010).

Ainda foram enfatizados nos GF como barreiras para a continuidade da prática de AF: o horário, a falta de companhia de uma amiga, os exercícios inadequados para as pessoas longevas. Corroborando, Guralnick et al. (2003) citam que as barreiras para a prática de AF são preferencialmente as atividades e o impacto afetivo. Complementando, Cassou et al. (2011) acrescentam: o apoio social, a falta de companhia para se exercitar, o tipo de AF oferecida, a acessibilidade ao local de prática e o conhecimento das facilidades e das aulas. Essas barreiras também foram identificadas durante os GF: “[...] a gente não acompanha, é meio puxado, se fosse mais devagar eu fazia [...] acelera o coração [...] eles dão esse tipo de atividade de abaixar e levantar, eu não posso fazer [...] a última vez que o professor veio, todos ficaram abanando as mãos” (GF10); “[...] eu participaria, só não posso deitar no chão, em pé eu faço tudo” (GF17); “[...] fiquei sozinha, com a minha amiga eu fazia caminhada e ginástica” (GF19).

O IBGE (2010), por meio dos indicadores sociais e demográficos divulgados anualmente, alerta que a estrutura etária do Brasil está mudando e que o grupo de idosos é o contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa na nossa sociedade. Portanto, decorre uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social.

Conclusão

Ao se revelarem as barreiras para não adoção da AF observam-se os seguintes motivos: relação negativa com a prática de atividade física (ficar viúva, atividades ocupacionais); limitação física por doença (dores, limitações físicas, quedas); maneira de ser da pessoa longeva (as pessoas serem amargas, mal humoradas, tristes, ruins, antissociais, acomodadas, entre outras), papel familiar (superproteção e falta de estímulo), a influência do meio ambiente (incentivos negativos familiares, falta de vivência com relação à AF, inadequação de transporte, locais e a falta de segurança).

As barreiras evidenciadas pelas idosas longevas ativas e inativas possibilitaram em vários momentos da discussão observar que o desconhecimento sobre a prática de AF e de lazer favorece ignorar, ter medo, não gostar e não ter interesse em praticá-la, da mesma forma que o papel superprotetor da família e a perda do cônjuge favorecem na opinião das inativas não praticarem AF.

As longevas ativas salientam que mesmo tendo compromissos de saúde isso não as impede de praticar AF. Percebem ainda que a forma negativa de envelhecer de suas companheiras longevas as torna mais sedentárias, pelo seu isolamento e medo de ousar, e propicia poucas atividades diárias.

Sendo assim, observa-se que esforços ocorram para que sejam implantados programas de exercícios físicos para as idosas longevas, cadastradas nos centros de convivência para idosos de Florianópolis, tanto nos grupos como em suas residências, a fim de atender a população de idosas mais longevas, nas diferentes regiões, e que promovam um estilo de vida mais ativo.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

- Aartsen MJ, Smits CH, van Tilburg T, Knipscheer KC, Deeg DJ. Activity in older adults: cause or consequence of cognitive functioning? A longitudinal study on everyday activities and cognitive performance in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002;57(2):153–62.
- Aslan D, Ozcebe H, Temel F, Takmaz S, Topatan S, Sahin A, et al. What influences physical activity among elders? A Turkish experience from Ankara, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;46(May):79–88.
- Benedetti TRB, Petroski EL, Gonçalves LHT. Perfil do idoso do município de Florianópolis: relatório final. Florianópolis: Pallotti; 2004. p. 88.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. –Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- Buman MP, Yasova LD, Giacobbi PR. Descriptive and narrative reports of barriers and motivators to physical activity in sedentary older adult. *Psychology of Sport and Exercise* 2010;11:223–30.
- Cardoso AS, Borges LJ, Mazo GZ, Benedetti TB, Kuhnen AP. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. *Movimento* 2008;14(1):225–39.
- Cassou AC, Fermino R, Rodriguez Añez CR, Santos MS, Domingues MR, Reis RS. Barriers to physical activity among Brazilian elderly women from different socioeconomic status: a Focus-Group Study. *J Phys Act Health* 2011;8(1):126–32.
- Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009;41(7):1510–30.
- Corseuil MW, Schneider IJ, Silva DA, Costa FF, Silva KS, Borges LJ, et al. Perception of environmental obstacles to commuting physical activity in Brazilian elderly. *Prev Med* 2011;53(4–5):289–92.
- Eiras SB, Silva WHA, Souza DL, Vendruscolo R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. *Rev Bras Ciênc Esporte* 2010;31(2):75–89.
- Gobbi S, Caritá LP, Hirayama MS, Quadros Junior AC, Santos RF, Gobbi LTB. Comportamento e barreiras: atividade física em idosos institucionalizados. *Psic: Teor e Pesq* 2008;24(4):451–8.
- Guralnick MJ, Neville B, Connor RT, Hammond MA. Family factors associated with the peer social competence of young mildly delayed children. *Am J Ment Retard* 2003;108(4):272–87.
- Hirvensalo M, Lintunen T. Life-course perspective for physical activity and sports participation. *Eur Rev Aging Phys Act* 2011;8(1):13–22.
- Hoefelmann CP, Benedetti TRB, Antes DL, Lopes MA, Mazo GZ, Korn S. Aptidão funcional de mulheres idosas ativas com 80 anos ou mais. *Motriz* 2011;17(1):19–25.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais—Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010 [acesso em 2011 Jun 26]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
- Lacerda FP, Gody FL, Bacion MM. Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiana. *Rev Eletr Enf* 2005;7(1):29–40.

- Lees FD, Clarkr PG, Nigg CR, Newman P. *Barriers to exercise behavior among older adults: a focus-group study*. *J Aging Phys Act* 2005;13(1):23–33.
- Mazo GZ, Benedetti TRB. *Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos*. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2010;12(6):480–4.
- Mazo GZ, Lopes MA, Benedetti TRB. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. 3 ed. Revisada e ampliada. Porto Alegre: Sulina; 2009.
- Meurer ST, Benedetti TRB, Mazo GZ. *Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos*. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2011;16(1):18–23.
- Moschny A, Platen P, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Hinrichs T. *Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study*. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011;8(1):121.
- Nascimento MC, Silva OMP, Saggioratto CML, Vargas KCB, Schopf K, Klunk J. *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 e Saúde* 2010;15(3):140–4.
- Neri AL. *Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas*. In: Freitas EV, et al., editors. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 1316–23.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2010.
- Pinheiro KC, Silva DA, Petroski EL. *Barreiras percebidas para prática de musculação em adultos desistentes da modalidade*. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2010;15(3):157–62.
- Santos MS, Hino AAF, Reis RS, Rodriguez-Añez CR. *Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes*. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(1):94–104.
- Santos MS, Reis RS, Rodriguez-Añez CR, Fermino RC. *Desenvolvimento de um instrumento para avaliar barreiras para a prática de atividades físicas em adolescentes*. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* 2009;14(2):76–85.
- Souza DL, Vendrusculo R. *Fatores determinantes para a continuidade da participação de idosos em programas de atividade física: a experiência dos participantes do projeto Sem Fronteiras*. *Rev Bras Educ Fis Esporte* 2010;24(1):95–105.
- Von Bonsdorff MBV, Rantanen T. *Progression of functional limitations in relation to physical activity: a life course approach*. *European Review of Aging and Physical Activity* 2011;8(1):23–30.
- Wilcox S, Tudor-Locke CE, Ainsworth BE. *Physical Activity Patterns, Assessment, and Motivation in Older Adults*. In: Shepard RJ, editor. *Physical Activity and Aging*. Florida: CRC Press LLC; 2002. p. 13–39.