

Comportamento e Barreiras: Atividade Física em Idosos Institucionalizados¹

Sebastião Gobbi²
Leonardo Pierrobon Caritá
Márcio Sussumu Hirayama
Universidade Estadual Paulista (UNESP)
Antonio Carlos de Quadros Junior
Universidade Estadual Paulista (UNESP)
Faculdades Integradas FAFIBE
Ruth Ferreira Santos
Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP)
Lilian Teresa Bucken Gobbi
Universidade Estadual Paulista (UNESP)

RESUMO - Este estudo analisa as barreiras percebidas à prática de atividade física e os estágios de mudança de comportamento de idosos institucionalizados preservados cognitivamente. Trinta participantes responderam ao Mini-Exame do Estado Mental, ao Questionário sobre Estágios de Mudança de Comportamento e ao Questionário sobre Barreiras à Prática de Atividade Física. Os resultados mostraram que poucos idosos institucionalizados apresentam uma alta percepção de descrença nos benefícios da atividade física. Entretanto, muito poucos praticam atividades físicas e a maioria não pretende incluí-las em seu estilo de vida. O estágio de comportamento no qual se encontram pode estar sendo mediado pela percepção de barreiras. Conclui-se, coerentemente com as principais barreiras reportadas, que a promoção de atividade física para o idoso institucionalizado deve, prioritariamente, enfatizar a conscientização sobre os riscos do sedentarismo e os benefícios da prática mesmo na presença de doenças, bem como preparar um ambiente seguro e sem gasto financeiro individual.

Palavras-chave: atividade física; envelhecimento; institucionalização; comportamento; cognição.

Behavior and Barriers: Physical Activity in Institutionalized Elderly

ABSTRACT - This study analyzes the barriers perceived in relation to the practice of physical activity and stages of behavior changes in institutionalized and cognitively preserved elderly. Thirty volunteers answered to the Mini-Exam of Mental State, the Questionnaire on Stages of Behavior Changes, and the Questionnaire on Barriers to Physical Activity. The results showed that few institutionalized elderly present a high perception of disbelief on physical activity benefits. However, very few of them are engaged in it and the majority of them do not intend to include it in their lifestyle. The current stage of behavior can be mediated by the perception of barriers. It was concluded, according to the main reported barriers, that the promotion of physical activity to institutionalized elderly should emphasize, as priorities, the awareness of the risks of a sedentary lifestyle and the benefits of physical activity even in the presence of diseases, in addition to the preparation of a safe environment and without individual costs.

Keywords: physical exercise; aging; institutionalization; behavior; cognition.

O sedentarismo, a incapacidade e a dependência são importantes adversidades à saúde que, associadas ao envelhecimento e a um possível declínio cognitivo (Volkow & cols., 1998; Lyketsos, Chen & Anthony, 1999), contribuem para a perda de autonomia e maior risco de institucionalização (Britto, Santiago, Elisa & Pereira, 2005). Por outro lado, a atividade física tem se tornado uma estratégia simples, econômica e eficaz, tanto para diminuir os custos relacionados à saúde quanto para melhorar a qualidade de vida, especialmente em idosos (Gobbi, Villar & Zago, 2005). A literatura mostra que a atividade física

potencialmente pode atenuar um eventual declínio cognitivo ou mesmo revertê-lo, ainda que temporariamente (Hopman-Rock, Staats, Tak & Dröes, 1999). A prática de atividade física traz benefícios tanto para idosos não-demençados (Cassilhas & cols., 2007; Kramer & cols., 1999) quanto para demenciados (Christofolletti, Oliani, Gobbi & Stella, 2007).

No sentido oposto ao recomendado pela literatura, os idosos institucionalizados apresentam nível de atividade física médio muito baixo – inferior a 1,0 ponto (Corazza, 2005), quando avaliados pelo Questionário Baecke Modificado para Idosos (Voorrips, Ravelli, Dongelmans, Deurenberg & Van Staveren, 1991). Nesse sentido, é provável que a institucionalização do idoso seja altamente relacionada com o declínio cognitivo (Molaschi, Scarafiotti, Chiantellassa, Magnano & Ferrario, 1998) e com baixos níveis de atividade física (Corazza, 2005).

1 Agradecimentos a Capes, CNPq, FNS-MS, FINEP, PROEX-UNESP, PROFIT, FUNDUNESP.

2 Endereço: Departamento de Educação Física – UNESP – Rio Claro. Av. 24-A, 1515, Bela Vista, Rio Claro, SP. CEP 13506-900. Telefone: (19) 3526-4349; Fax (19) 3526- 4321. E-mail: sgobbi@rc.unesp.br.

O baixo nível de atividade física pode ser determinado por dois fatores: (a) pelos motivos declarados pelo indivíduo, ou seja, barreiras percebidas à prática de atividade física (BPPAF) (Sallis & Owen, 1999), que representam um fator negativo em seu processo de tomada de decisão; e (b) pelo estágio de mudança de comportamento (EMC) em que estiver (Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção), que reflete, além do entendimento do indivíduo sobre o bem que a atividade física pode lhe proporcionar, sua atitude em pôr em prática tal entendimento.

Não foram encontrados estudos que tivessem como objetivo analisar as BPPAFs e os EMCs em idosos institucionalizados. Ou seja, ainda não está claro o motivo de tão baixo nível de atividade física em idosos institucionalizados. Dessa maneira, explicar o motivo dos idosos institucionalizados apresentarem baixa adesão à prática de atividade física e identificar o EMC desta população mostra-se necessário para fundamentar estratégias para a adoção e manutenção de um nível adequado de atividade física, a fim de que esses idosos possam usufruir seus benefícios. Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar as BPPAFs e os EMCs em que se encontravam idosos residentes em instituições de longa permanência e que apresentavam funções cognitivas preservadas.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 30 participantes idosos residentes na maior instituição para idosos do município (26% do total da instituição). Os participantes tinham as seguintes características: 11 homens e 19 mulheres; idade média de $75,3 \pm 7,7$ anos; 14 viúvos, 12 solteiros e quatro divorciados; 17 dividiam quarto com outras pessoas e 13 moravam sozinhos no quarto; 25 não tabagistas; 15 não relataram doença, 10 relataram duas doenças e cinco relataram três ou mais doenças.

Os participantes eram cognitivamente preservados, considerando o desempenho no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e a nota de corte segundo a escolaridade (Bertolucci, Brucki, Campacci & Juliano, 1994). Quanto à escolaridade, não havia analfabetos neste estudo (ver Tabela 1).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tabela 1. Valores médios e desvios-padrão da idade, escolaridade e funções cognitivas (Mini-Exame do Estado Mental - MEEM) de idosos institucionalizados.

	Média ± Desvio-Padrão
Idade (anos)	75,3 ± 7,7
Escolaridade (anos)	5,1 ± 2,8
MEEM (pontos)	24,6 ± 3,9

Procedimento

Os dados foram coletados por um profissional da área da saúde treinado para a aplicação dos três testes/questionários utilizados. A coleta de dados iniciou-se com a aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) para avaliar as funções cognitivas dos participantes, cujo resultado (Tabela 1) foi utilizado como critério de exclusão/inclusão de acordo com os escores de corte propostos por Bertolucci e cols. (1994). Esse critério foi adotado para assegurar que os participantes do estudo não apresentassem comprometimento cognitivo, o que dificultaria a aplicação e a interpretação dos seguintes instrumentos:

a) Questionário sobre dados pessoais, sob forma de entrevista estruturada, para coletar dados sobre idade cronológica, escolaridade, tempo de institucionalização, estado civil, distribuição no dormitório, doenças diagnosticadas e tabagismo;

b) Questionário sobre o Estágio de Mudança de Comportamento (Reed, Velicer, Prochaska, Rossi & Marcus, 1997), composto por uma questão com possibilidade de cinco respostas mutuamente excludentes. Foi solicitado ao participante que escolhesse a alternativa que melhor refletisse a sua condição atual, o que possibilitou a sua classificação em um dos cinco estágios de mudança de comportamento, de acordo com a alternativa escolhida. A questão era: "O(a) senhor(a) realiza atividade física regularmente, ou seja, por um mínimo de 4 dias por semana, 30 minutos por dia?". As alternativas eram as seguintes, juntamente com o EMC que representam:

- 1 – Sim, eu tenho realizado por mais de seis meses (Manutenção);
- 2 – Sim, eu tenho realizado por menos de seis meses (Ação);
- 3 – Não, mas pretendo começar a realizar dentro dos próximos 30 dias (Preparação);
- 4 – Não, mas pretendo começar a realizar dentro dos próximos seis meses (Contemplação);
- 5 – Não, e não pretendo começar a realizar dentro dos próximos seis meses (Pré-Contemplação).

c) Questionário sobre Barreiras à Prática de Atividades Físicas para Idosos (Hirayama, 2006), desenvolvido a partir do estudo de Booth, Bauman e Owen (2002) e do referencial teórico sobre análise de dados qualitativos (concepção, codificação e interpretação de escalas) sugerido por Pereira (2001). Nesse questionário, é apresentada uma lista de 22 possíveis barreiras e pede-se ao participante para indicar com que frequência cada barreira se apresenta em uma escala Likert de cinco pontos: 1-Sempre; 2-Muitas Vezes; 3-Algumas Vezes; 4-Poucas Vezes; 5-Nunca (Martins, 2000). O método de resposta por escala de cinco itens não foi adotado por Booth e cols., mas foi utilizado por Martins, e permite avaliar quantitativamente a percepção de barreiras. Essa adaptação confere maior precisão à importância de cada barreira separadamente. As 22 barreiras foram agrupadas em cinco domínios relacionados a fatores pessoais - Saúde, Motivação, Auto-eficácia, Crenças e Personalidade - e a um domínio relacionado a fatores externos - Ambiente.

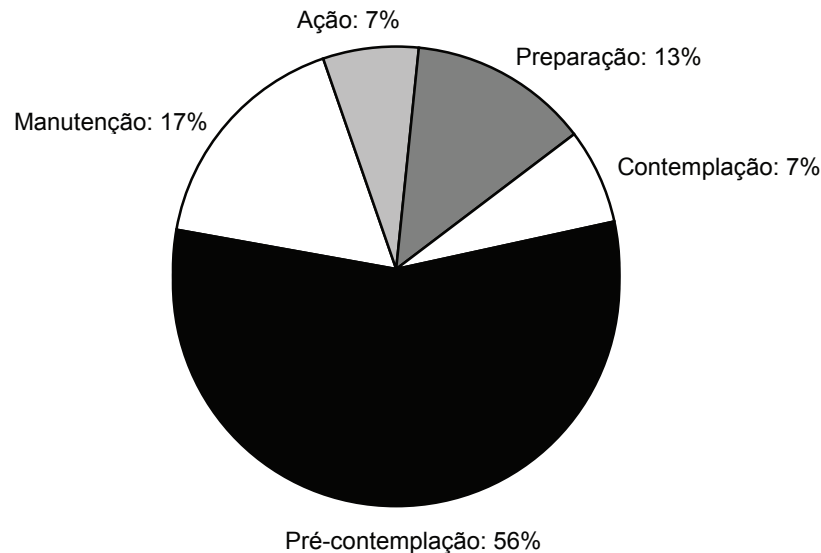


Figura 1. Estágio de mudança de comportamento de idosos institucionalizados, em porcentagens

Análise dos dados

Os dados foram analisados de forma descritiva, por média e porcentagem, e foi calculado um indicador médio de percepção de barreiras, segundo processamento e análise de variáveis qualitativas descritos por Pereira (2001). Esse indicador médio de percepção de barreiras (IPB) é uma variável de função linear (unidimensional) das variáveis originais. Considerando que cada barreira é pontuada em 0 (nunca), 1 (poucas vezes), 2 (algumas vezes), 3 (muitas vezes) e 4 pontos (sempre), o IPB foi calculado pela seguinte equação:

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

Resultados

Ambos os gêneros mostraram resultados similares quanto à idade, à escolaridade e ao desempenho no MEEM. Houve uma tendência à diferença estatística em relação ao tempo de institucionalização, sendo o das mulheres maior que o dos homens.

Estágio de mudança do comportamento

A Figura 1 ilustra a distribuição dos EMCs. Observa-se que mais da metade dos idosos da presente amostra não pratica atividade física regularmente e, pior, não pretende começar a praticá-la dentro de 6 meses. Pode-se notar também que menos de 1/5 dos idosos pratica atividade física regularmente há pelo menos 6 meses.

Barreiras percebidas à prática de atividade física

Para facilitar a interpretação da frequência de respostas na escala de percepção de barreiras no questionário sobre BPPAF, consideramos alta percepção as respostas assinaladas nas categorias Sempre, Muitas Vezes e Algumas Vezes, e baixa percepção as respostas assinaladas nas categorias

Poucas Vezes e Nunca. Esses dados são apresentados na Tabela 2 numa escala dicotômica.

Os dados referentes às BPPAFs indicam três barreiras predominantes (> 35%): “Doença”, “Segurança no Ambiente” e “Dinheiro”. Já as menos percebidas foram (> 85%): “Timidez”, “Tempo”, “Roupa/equipamento”, “Desistência”, “Muito gordo/magro”, “Energia” e “Crer que atividade física não faz bem”.

Na Tabela 3 estão apresentados os valores dos indicadores médios de percepção das 22 barreiras analisadas. Pode-se notar uma alta percepção de falta de segurança durante a prática de atividade física, além de uma alta percepção de incapacidade para tal prática devido a lesões e/ou doenças. Por outro lado, timidez, descrença nos benefícios e preguiça foram pouco observados.

A Figura 2 ilustra as médias dos domínios das BPPAFs. A média total foi de 0,79. Observa-se que as barreiras do domínio Ambiental foram as mais percebidas, enquanto que as barreiras dos outros cinco domínios foram menos percebidas. As barreiras desses cinco domínios foram semelhantemente percebidas.

Discussão

De uma maneira geral, a análise dos dados mostra que mais da metade de idosos institucionalizados cognitivamente preservados, além de não adotarem comportamento fisicamente ativo, sequer cogitam em adotá-lo, mesmo reconhecendo os benefícios da atividade física regular. Ainda, os idosos institucionalizados apresentaram como principais barreiras os motivos relacionados à saúde.

Funções cognitivas

A média de pontos do MEEM foi de 24,6 pontos e a escolaridade média dos participantes era de 3,9 anos. Para tal escolaridade, o escore esperado para indivíduos com funções cognitivas preservadas é de 18 a 26 pontos (Bertolucci

& cols., 1994). Portanto, a amostra do presente estudo não apresentava comprometimento cognitivo considerado como patológico. Esses resultados são similares aos de Corazza e cols. (2004), os quais encontraram, em idosos moradores de instituições de longa permanência, um valor médio de MEEM de 24,2 pontos, indicando que as funções cognitivas estavam relativamente preservadas, apesar do declínio motor e do alto nível de sintomas depressivos encontrados.

Inicialmente, os resultados do MEEM referidos são compatíveis com os de Molaschi e cols. (1998), que encontraram desempenho médio de $24,9 \pm 4,7$ pontos, após dois anos de institucionalização. Porém, após uma análise mais cuidadosa, percebe-se que a presente amostra, com 5,1 anos de institucionalização, teve desempenho semelhante no MEEM e menor declínio cognitivo que a de Molaschi e cols. Esses autores coletaram o MEEM nas primeiras semanas de institucionalização, após 2 e após 7 anos, e observaram que, após 7 anos, houve declínio no MEEM para $17,7 \pm 9,8$ pontos.

Cabe destacar que apresentar funções cognitivas preservadas foi critério de inclusão em nosso estudo. Entretanto,

esses níveis parecem não representar o perfil cognitivo da população institucionalizada. Pelo contrário, parece que o perfil cognitivo dessa população é pior que o apresentado pela presente amostra, apesar de não terem sido encontrados estudos epidemiológicos específicos.

Estágio de mudança de comportamento

Em relação ao EMC, a maioria dos participantes encontrava-se no estágio de Pré-contemplação (56%), seguido pelos estágios de Manutenção (17%) e Preparação (13%). Aqueles que estavam engajados em algum tipo de atividade física encontravam-se nos estágios de Manutenção e Ação que, somados, perfizeram 24% da amostra. Embora possa haver algum tipo de prática de atividade física no estágio de Preparação, os outros dois estágios (Contemplação e Pré-contemplação) não denotam nenhum tipo de prática, sendo a soma desses três estágios correspondente a 76% dos participantes.

A população idosa, tal qual a de outras faixas etárias, pode muito se beneficiar com a prática de atividade física

Tabela 2. Porcentagem das respostas para cada barreira percebida à prática de atividade física na escala dicotômica.

Barreiras Percebidas	Alta Percepção	Baixa Percepção
Sem tempo livre	13,2	86,6
Suficientemente ativo	19,9	79,9
Sem companhia	33,3	66,6
Sem dinheiro	36,6	63,2
Sou muito velho	29,9	69,9
Tenho doença	46,6	53,3
Tenho saúde ruim	29,9	69,9
Sou tímido	9,9	90,0
Má experiência	20,0	79,9
Instalações inadequadas	26,5	73,3
Preciso relaxar	23,2	76,6
Tenho preguiça	16,5	83,3
Medo de cair	23,2	76,6
Não gosto de AF	20,0	79,9
Não tenho roupa ou equipamento	13,3	86,6
Vou desistir logo	13,2	86,6
Sou muito gordo/magro	13,3	86,6
Sem energia	13,2	86,6
Crer que AF não faz bem	13,3	86,6
Ambiente inseguro	43,3	56,6
Clima ruim	19,8	79,9
Incontinência urinária	19,9	79,9
Média	22,6	77,2

Tabela 3. Indicador médio de percepção das 22 barreiras percebidas à prática de atividade física de idosos institucionalizados.

Barreiras à Prática de Atividade Física	Indicador Médio de Percepção de Barreiras (IPB)
Não tenho tempo livre suficiente.	0,43
Já sou suficientemente ativo(a).	0,87
Não tenho ninguém para me acompanhar na atividade física.	1,07
Não tenho dinheiro suficiente para isso.	1,13
Sou velho(a) demais para isso.	0,97
Tenho uma doença, lesão ou uma incapacidade que dificulta ou me impede.	1,67
Minha saúde é muito ruim.	0,97
Sou muito tímido(a) ou encabulado(a).	0,33
Tive experiências desagradáveis com exercícios físicos (Má experiência)	0,67
Não existem instalações adequadas perto da minha casa.	1,03
Preciso descansar e relaxar no meu tempo livre.	0,73
Sou muito preguiçoso(a) ou desmotivado(a).	0,50
Tenho medo de me machucar, cair ou prejudicar minha saúde.	0,87
Não gosto de atividade física.	0,63
Não tenho roupas ou equipamentos adequados.	0,50
Não conseguiria dar continuidade ou desistiria logo.	0,47
Estou muito gordo(a) ou muito magro(a).	0,43
Não tenho energia.	0,60
Não acredito que atividade física faça bem.	0,33
Sinto falta de segurança no ambiente (violência).	1,43
O clima é desfavorável (chuva, frio, calor).	0,83
Tenho incontinência urinária.	0,77

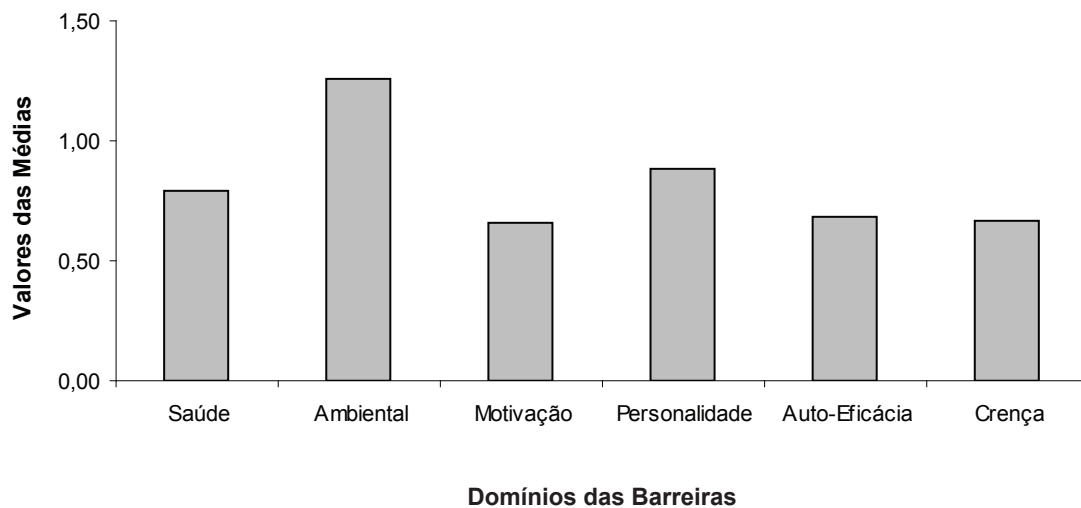


Figura 2. Média dos domínios das barreiras percebidas à prática de atividade física em idosos institucionalizados.

(Gobbi, Villar & Zago, 2005). Porém, a alta porcentagem de inativos observada sugere ser comum a diminuição da capacidade funcional e a restrição da vida social decorrente da idade e do cotidiano de uma instituição de longa permanência. Assim, evidencia-se a urgência no desenvolvimento de estratégias para a mudança de comportamento em relação à atividade física nessas instituições. Cabe ressaltar também que, ao menos na instituição estudada, não eram oferecidos programas de atividade física. Esse fato parece ser comum nessas instituições.

Os processos de mudança são estratégias e atividades realizadas pelos indivíduos para modificarem suas experiências e ambientes, a fim de mudarem seus comportamentos em direção ao próximo estágio de mudança (Prochaska & Marcus, 1994). Dessa forma, seria desejado estimular esses idosos para que pretendam fazer atividade física (Contemplação); oferecer programas e locais apropriados para a prática de atividade física (Preparação e Ação); oferecer programas diversificados que motivem a manutenção e estimulem a percepção dos variados benefícios da prática de atividade física de modo a possibilitar ao participante a manifestação contínua de um estilo de vida ativo (Manutenção).

Os processos de mudança adequados para uma população prevalentemente no estágio de Pré-Contemplação seriam conscientização, sensibilização e incentivo à valorização para a prática de atividade física, com redução ou correção da percepção de barreiras e custos (Hirayama, 2006). Porém, para a população institucionalizada é necessário um trabalho adaptado às suas características. Assim, o processo de mudança de comportamento em relação à prática de atividade física não se torna tão simples como o acima desejado. Acredita-se que palestras e atividades de conscientização sobre benefícios, por exemplo, não seriam tão eficazes. Também somente oferecer programas estruturados de atividade física em locais apropriados não resolveria o problema, uma vez que esses idosos precisam se sentir confiantes e seguros com a presença do profissional e com a atividade proposta para, então, prepararem-se para participar. Sugere-se, portanto, que a eficácia dos programas de atividade física em instituições de longa permanência para idosos não depende somente da oferta apropriada dos programas e do encorajamento. Tal eficácia depende também da sensibilização e da conquista afetiva e social de cada idoso pelo profissional.

Barreiras percebidas à prática de atividade física

Em relação ao questionário sobre BPPAF, os participantes preferencialmente assinalaram os dois extremos da escala Likert de cinco pontos: “Nunca-0 ponto” (70%) e “Sempre-4 pontos” (11%). Ou seja, em 19% das vezes foram utilizadas as categorias intermediárias da escala (Poucas Vezes-1, Algumas Vezes-2, Muitas Vezes-3 pontos). Mesmo assim, parece ser válida a utilização da escala de cinco pontos em idosos preservados cognitivamente, pois ela não mensura simplesmente presença ou ausência de percepção da barreira, mas também diferentes intensidades do fenômeno.

Pode-se interpretar que a barreira “Tenho uma doença, lesão ou uma incapacidade que dificulta ou me impede” (IPB=1,67 pontos) tendeu a ser percebida “algumas vezes” pela amostra de nosso estudo. Da mesma forma, “Sinto falta

de segurança no ambiente (violência)” (IPB=1,43 pontos) e “Não tenho dinheiro suficiente para isso” (IPB=1,13 pontos) foram “poucas vezes” percebidas. E ainda, as barreiras “Não acredito que atividade física faça bem” e “Sou tímido(a) ou encabulado(a)” (ambas com IPB=0,33 ponto) tenderam a “nunca” serem percebidas. Esses resultados indicam que a escala Likert e o IPB apontaram as mesmas barreiras como as mais percebidas.

Andrade e cols. (2000), em estudo realizado em cidades do interior de São Paulo, constataram que as barreiras mais frequentes em pessoas maiores de 50 anos (não-institucionalizadas), de ambos os gêneros, são: falta de equipamento, necessidade de repouso, falta de local, falta de clima adequado e falta de habilidade. Tais conclusões parecem ser coerentes com nossos resultados, uma vez que a falta de equipamento pode estar relacionada à falta de dinheiro, a terceira barreira mais citada no presente estudo. A falta de local também pode estar relacionada à falta de segurança no ambiente, a segunda barreira mais percebida neste estudo. Ainda, a necessidade de repouso e a falta de habilidade parecem ser motivos ligados à saúde, uma vez que a pessoa doente sente-se mais cansada e pode apresentar-se com menor habilidade, o que seria coerente com a principal barreira percebida pelos idosos institucionalizados aqui estudados. Os resultados deste estudo também permitem corroborar as conclusões de Satariano, Haight e Tager (2000), os quais relataram que as barreiras mais mencionadas por mulheres com mais de 75 anos foram problemas de saúde e funcionais, e medo de queda.

Analisando as BPPAFs menos percebidas, nota-se que idosos institucionalizados cognitivamente preservados aparentemente têm consciência de que não são necessárias roupas ou equipamentos especiais para a realização de atividade física, bem como o fato de ser gordo ou magro não constituir uma limitação para a sua realização. A barreira “tempo” também é pouco percebida, como seria esperado, considerando que idosos que vivem em instituições de longa permanência apresentam carência de atividades. Observando ainda outras barreiras menos percebidas, verifica-se que os participantes aparentemente não percebem como obstáculos a timidez, a falta de energia, a crença de que não vão conseguir dar continuidade ou desistiriam logo (auto-eficácia). Além disso, acreditam que a atividade física seja benéfica, mas, mesmo assim, a maioria não pretende realizá-la para adotar um comportamento mais ativo.

Diferentemente dos resultados observados neste estudo, Nascimento, Hirayama e Gobbi (2005) aplicaram o mesmo instrumento em 54 idosos residentes em um bairro do município de Rio Claro e identificaram como principais as seguintes barreiras percebidas: “Desistência”, “Necessidade de relaxar”, “Doença” e “Suficientemente ativo”. Por outro lado, em sujeitos portadores da doença de Parkinson, Hirayama e cols. (2004) verificaram que as principais BPPAFs foram incapacidade física proveniente da própria doença, seguida do medo de sofrer uma lesão. Assim, pacientes neurologicamente comprometidos são mais semelhantes, quanto às barreiras percebidas para a prática de atividade física, aos idosos institucionalizados que os idosos residentes na comunidade.

Observa-se, então, que a percepção de barreiras à prática de atividade física é modulada pela faixa etária e pelas

particularidades da população estudada. Com o passar dos anos, as BPPAFs mudam e o medo de lesões, as limitações físicas, o desconforto, o isolamento social, o clima, as barreiras arquitetônicas e a falta de tempo passam a ser mais freqüentes (Martins, 2000). Tais fatores são consistentes com nossos resultados, e devem ser considerados quando da implantação de programas de atividade física em instituições de longa permanência para idosos.

A Organização Mundial de Saúde expressa, em suas diretrizes para promoção da atividade física em idosos, as principais BPPAFs como sendo: a falta de informação sobre atividade física e envelhecimento entre todos os membros da sociedade, os estereótipos do envelhecimento, o baixo suporte social, os locais inadequados, a história de má experiência com esportes, as atitudes negativas com relação ao exercício e esportes, a percepção de desequilíbrio entre dedicação e benefícios, os obstáculos sociais, os comprometimentos nas condições de saúde, a fadiga e a falta de tempo (Gobbi, 1997). Dentre os fatores acima citados, os mais importantes para a população institucionalizada seriam: os comprometimentos nas condições de saúde e os obstáculos sociais.

O fato de idosos apresentarem BPPAFs relacionadas à saúde pode ser claramente compreendido, pois idosos acometidos por doenças apresentam maior risco de lesões durante a prática. As BPPAFs incluídas no domínio da saúde podem ser minimizadas ou removidas com a intervenção interdisciplinar de psicólogos, educadores físicos, médicos, fisioterapeutas e outros profissionais da saúde. Segundo Yusuf e cols. (1996) e Andrade e cols. (2000), a recomendação de um médico parece contribuir significativamente para a mudança na direção de um comportamento mais ativo em pessoas maiores de 50 anos. Tal recomendação é importante, pois, sendo ampla, pode ser fator preventivo, protetor ou de reabilitação em doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares.

Considerações Finais

Com base na análise dos dados, pode-se concluir que mais da metade de idosos institucionalizados cognitivamente preservados não adotam comportamento fisicamente ativo e nem cogitam adotá-lo. Isso é ainda mais surpreendente por se tratar de idosos sem declínio cognitivo importante. Apesar de reconhecerem que a atividade física é benéfica, apenas um quarto deles a pratica regularmente. Paradoxalmente à veiculação na mídia e das evidências científicas dos benefícios da atividade física para a saúde, os idosos institucionalizados apresentam como principais BPPAFs justamente fatores do domínio da saúde. Pelos instrumentos de coletas de dados utilizados, foi observado que, além do baixo nível de atividade física, havia a falta de disposição em praticá-la.

Uma vez que a ciência comprova a importância de se praticar atividade física, independentemente da idade e da condição de saúde, torna-se necessário aplicar estratégias para alterar tal quadro de inatividade física. Os achados deste estudo permitem indicar que a promoção de atividade física para o idoso institucionalizado deve, prioritariamente, focar a mudança do estágio de Pré-Contemplação para os seguintes. Isso poderia ser feito, inicialmente, por meio das seguintes estratégias: (a) reforçar a conscientização dos riscos do sedentarismo, mesmo na presença de doença; (b)

arranjar o ambiente que favoreça percebê-lo como seguro; e (c) demonstrar que a prática de atividade física pode ser feita sem gasto financeiro individual.

Referências

- Andrade, E. L., Matsudo, S. M., Matsudo, V. K., Araújo, T. L., Andrade, D. R., Oliveira, L. C. & Figueira, A. J. (2000). Barriers and motivational factors for physical activity adherence in elderly people in developing country [Resumo]. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33 (7, Suplemento), 141.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R. & Juliano, Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52, 1-7.
- Booth, M. L., Bauman, A. & Owen, N. (2002). Perceived barriers to physical activity among older Australians. *Journal of Aging and Physical Activity*, 10, 271-280.
- Britto, R.R., Santiago, L., Elisa, P. & Pereira, L.S.M. (2005). Efeitos de um programa de treinamento físico sobre a capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Textos sobre envelhecimento*, 8, 9-20.
- Cassilhas, R. C., Viana, V. A. R., Grassmann, V., Santos, R. T., Santos, R. F., Tufik, S. & Mello, M. T. (2007). The impact of resistance exercise on the cognitive function of the elderly. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39, 1401-1407.
- Christofolletti, G., Olinari, M., Gobbi, S. & Stella, F. (2007). Effects of motor intervention in elderly patients with dementia: an analysis of randomized controlled trials. *Topics in Geriatric and Rehabilitation*, 23, 149-154.
- Corazza, D. I. (2005). *Influência da prática regular de atividade física sobre sintomas depressivos em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro.
- Corazza, D. I., Gobbi, S., Ferreira, L., Lopes, A. G., Hirayama, M. S., Stella, F., Batisrela, R. F. (2004) Avaliação da saúde mental e capacidade funcional em idosos institucionalizados [Resumo]. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 12 (4, Suplemento), 127.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Gobbi, S. (1997). Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2, 41-49.
- Gobbi, S., Villar, R. & Zago, A. (2005). *Bases teórico-práticas do condicionamento físico*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Hirayama, M. S., Costa, J. L. R., Ferreira, L., Lopes, A. G., Corazza, D. I., Stella, F. & Gobbi, S. (2004). Barreiras à prática de atividade física e qualidade de vida em parkinsonianos [Resumo]. *Gerontologia*, 12 (1, Suplemento), 72.
- Hirayama, M. S. (2006). *Atividade física e doença de Parkinson: mudança de comportamento, auto-eficácia, barreiras percebidas e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro.
- Hopman-Rock, M., Staats, P. G. M., Tak, E. C. P. M., & Dröes, R. M. (1999). The effects of a psychomotor activation programme for use in groups of cognitively impaired people in homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 633-342.

- Kramer, A. F., Hahn, S., Cohen, N. J., Banich, M. T., McAuley, E., Harrison, C. R., Chason, J., Vakil, E., Bardell, L., Boileau, R. & Colcombe, A. (1999). Aging, fitness and neurocognitive function. *Nature*, 400, 418-419.
- Lyketsos, C. G., Chen, L. -S. & Anthony, J. C. (1999). Cognitive decline in adulthood: An 11.5-year follow-up of the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 58-65.
- Martins, M.O. (2000). *Estudo dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Molaschi, M., Scarafioti, C., Chiantelassa, D., Magnano, A. & Ferrario, E. (1998). Evaluation of cognitive and behavioral status of institutionalized elderly. Follow-up two and seven years. *Archives of Gerontology and Geriatric*, 26 (1, Supplement), 335-342.
- Nascimento, C. M. C., Hirayama, M. S. & Gobbi, S. (2005). Relação entre nível de atividade física e barreiras percebidas por idosos de um bairro do município de Rio Claro [Resumo]. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 13 (4, Suplemento), 271.
- Pereira, J. C. R. (2001). *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais* (3ª ed.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Prochaska, J. O. & Marcus, B. (1994). The transtheoretical model: Applications to exercise. Em R. K. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 161-180). Champaign: Human Kinetics.
- Reed, G. R., Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S. & Marcus, B. H. (1997). What makes a good staging algorithm: Examples from regular exercises. *American Journal of Health Promotion*, 12, 57-66.
- Sallis, J. F. & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks: Sage.
- Satariano, W. A., Haight, T. J. & Tager, I. B. (2000). Reasons given by older people for limitation or avoidance of leisure time physical activity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 505-512
- Volkow, N. D., Gur, R. C., Wang, G. -J., Fowler, J. S., Moberg, P. J., Ding, Y. -S., Hitzemann, R., Smith, G. & Logan, J. (1998). Association between decline in brain dopamine activity with age and cognitive and motor impairment in healthy individuals. *American Journal of Psychiatry*, 155, 344-349.
- Voorrips, L. E., Ravelli, A. C., Dongelmans, P. C., Deurenberg, P. & Van Staveren, W. A. (1991). A physical activity questionnaire for the elderly. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 23, 974-979.
- Yusuf, H. R., Croft, J. B., Giles, W. H., Anda, R. F., Casper, M. L., Caspersen, C. J. & Jones, D. A. (1996). Leisure-time physical activity among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 156, 1321-1326.

Recebido em 21.03.2007

Primeira decisão editorial em 30.04.2008

Versão final em 10.06.2008

Aceito em 19.06.2008 ■