

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**THIEGO DA SILVA SOCOLOSKI**

**BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS  
BRASILEIROS: REVISÃO DE ESCOPO**

**CHAPECÓ  
2021**

**THIEGO DA SILVA SOCOLOSKI**

**Barreiras para a prática de atividade física em idosos brasileiros:  
revisão de escopo**

Trabalho de conclusão do curso de  
especialização apresentado como requisito  
para obtenção do grau de Especialista em  
Saúde Coletiva da Universidade Federal da  
Fronteira Sul.

Este trabalho foi de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca  
em: 22/03/2021

BANCA EXAMINADORA



---

Prof. Dr. Paulo Henrique de Araújo Guerra – UFFS  
Orientador

---

Profa. Dra Agnes de Fátima Pereira Cruvinel

---

Profa. Dra Maíra Rossetto

## **Título**

Barreiras para a prática de atividade física em idosos brasileiros: revisão de escopo

## **Resumo**

Com objetivo de identificar as barreiras para atividade física (AF) em idosos, em dezembro de 2020 foi realizada uma revisão de escopo, com buscas em sete bases de dados eletrônicas e em listas de referências. Foram procurados artigos originais, desenvolvidos no Brasil, que apresentassem barreiras para a AF em amostras de idosos ( $\geq 60$  anos), sem restrições quanto aos delineamentos, métodos, representatividade amostral, sexo e condição contextual dos idosos. De 911 artigos iniciais, 13 foram incluídos na síntese, envolvendo idosos participantes de grupos de convivência, institucionalizados e participantes de projetos de AF, sendo mulheres a maioria em todas as amostras. Dezoito das 30 barreiras identificadas são de natureza intrapessoal. “Doença, dor ou lesão” foi a barreira mais mencionada ( $n = 9$ ), estando associada à inatividade física em um dos estudos incluídos. “Falta de segurança” ( $n = 6$ ), “medo de cair/se machucar” ( $n = 3$ ) e “sentir-se suficientemente ativo” ( $n = 3$ ) foram outras barreiras frequentemente relatadas. As barreiras intrapessoais são as mais percebidas pelos idosos brasileiros, sendo “dor, doença e/ou lesão” a mais frequente. Futuros estudos são importantes, no sentido de, para além da identificação das principais barreiras à AF, analisar sua possível associação à inatividade física nos idosos brasileiros.

Palavras-chave:

Atividade física; Idoso; Brasil; Revisão

**Title**

Barriers to physical activity in Brazilian elderly: scoping review

**Abstract**

Aiming to identify the barriers to physical activity (PA) in the elderly, a scoping review was conducted in December 2020, with searches in seven electronic databases and in reference lists. Were searched original articles developed in Brazil that presented barriers to PA in samples of older adults ( $\geq 60$  years), without restrictions on the study designs, methods, representativeness of samples, gender and contextual status of the elderly. From 911 initial articles, 13 were included in the synthesis, involving older adults participating in socialization groups, institutionalized and PA projects participants, with women being the majority in all samples. Eighteen of the 30 barriers identified are intrapersonal in nature. "Illness, pain or injury" was the most mentioned barrier ( $n = 9$ ), being associated with physical inactivity in one of the included studies. "Lack of safety" ( $n = 6$ ), "fear of falling/injury" ( $n = 3$ ), and "feeling active enough" ( $n = 3$ ) were other frequently reported barriers. Intrapersonal barriers are the most perceived by Brazilian elderly, with "pain, illness, and/or injury" being the most frequent. Future studies are important, in addition to identifying the main barriers to PA, to analyze their possible association with physical inactivity in Brazilian elderly.

**Keywords**

Physical activity; Aged; Brazil; Review

## **Introdução**

Mesmo que ocorrendo de forma heterogênea entre as regiões do país, o processo de envelhecimento da população brasileira, datado desde a década de 1950, pode ser entendido como uma das conseqüências da transição demográfica<sup>1</sup>. Em vista das especificidades no perfil de doenças<sup>2</sup>, incapacidade<sup>3</sup> e das seqüelas que estão associadas à esta faixa etária<sup>4</sup>, o envelhecimento da população brasileira é um dos principais desafios da saúde pública no país<sup>1</sup>. Nesse sentido, diante das demandas específicas das pessoas com idade mais avançada, estratégias e ações para a melhoria e manutenção da sua saúde fazem-se necessárias<sup>4,5</sup>.

Dentro destas estratégias e ações, pode ser destacado o papel benéfico da prática regular de atividade física (AF) em diversos indicadores de saúde em idosos, como autonomia funcional<sup>6</sup>, função cognitiva<sup>7</sup>, menor risco de queda<sup>8</sup>, realização de atividades da vida diária<sup>4,9</sup> e melhor qualidade de vida<sup>4,10</sup>. Entretanto, da mesma forma que se apresenta no contexto internacional<sup>11</sup>, artigos prévios nacionais sugerem que a prática de AF moderadas e vigorosas diminui com o envelhecimento<sup>12</sup>, o que torna importante a identificação das principais barreiras que lhe estão atreladas.

Dentre as pesquisas conduzidas no país, uma revisão sistemática prévia reconhece distintas barreiras para as AF nas diferentes fases da vida, nos domínios individual, contextual e ambiental<sup>13</sup>. Contudo, no sentido de uma apresentação e discussão mais específica das barreiras relatadas pelos idosos, de modo que tal evidência possa ser incorporada nas ações e estratégias de promoção da AF nesta faixa etária, o presente trabalho teve como objetivo identificar as barreiras à AF em idosos que vivem no Brasil, bem como discutir os métodos utilizados pelas pesquisas disponíveis.

## **Métodos**

O presente trabalho configura-se como uma revisão de escopo. Como critérios de inclusão para a síntese, foram procurados artigos científicos originais que analisaram as barreiras para a AF (ou inatividade física) em amostras de idosos que vivem no Brasil, com idade igual ou acima dos 60 anos, sem restrições quanto aos delineamentos de pesquisa utilizados, representatividade amostral, sexo (e.g.,

pesquisas com amostras apenas de mulheres), condição contextual e abordagens utilizadas para coleta e análise dos dados (e.g., qualitativas, quantitativas ou mistas). Em relação às características clínicas dos participantes, em um primeiro momento, optou-se por amostras heterogêneas, entretanto, em vista da grande parcela de artigos conduzidos em amostras de idosos institucionalizados e/ou com diagnósticos de doenças crônicas não transmissíveis, em um segundo momento estes artigos foram revistos e também considerados para a síntese descritiva. Para uma melhor comparabilidade, foram procurados artigos que especificamente utilizaram o termo e instrumentos para identificação das “barreiras” para atividade física ou inatividade física.

Em sete de dezembro de 2020 os artigos científicos foram procurados por meio de buscas em sete bases de dados eletrônicas (Lilacs, Physical Education Index, Pubmed, Scielo, Scopus, Sportdiscus e Web of Science) e por meio de buscas manuais nas listas de referências dos artigos avaliados pelos seus textos integrais. As estratégias partiram da construção desenvolvida para o Pubmed: ((barrier\*[Text Word]) AND (((physical activity[Text Word]) OR walk\*[Text Word]) OR run\*[Text Word]) OR cycling[Text Word])) AND brazil[Text Word].

Esta revisão foi desenvolvida por meio de cinco etapas. As buscas sistemáticas e as avaliações dos títulos e dos resumos, assim como dos textos integrais foram conduzidas por três avaliadores, de forma independente (JC, RM e TS), com auxílio de um quarto avaliador, com maior experiência na condução de estudos de revisão, para dirimir eventuais dúvidas e estabelecer os consensos (PG). O processo de extração dos dados originais, feito em uma planilha eletrônica dividida em informações descritivas (e.g., autor, local da pesquisa, amostragem, amostra, faixa etária, percentual de mulheres na amostra, características particulares da amostra), metodológicas (e.g., domínios da AF, instrumento de avaliação da AF, instrumento de avaliação das barreiras, método de análise) e resultados (e.g., barreiras mencionadas ou com associações positivas) e a síntese descritiva foram conduzidos por dois pesquisadores, também de forma independente (PG e TS).

Tomando como base a revisão prévia<sup>13</sup>, as barreiras identificadas nos artigos originais foram classificadas em três domínios: intrapessoais (ex. relacionados aos interesses e possibilidades da pessoa em si, como, por exemplo, motivação, vontade e dor), interpessoais (e.g., relacionado ao contexto social, como os aspectos relacionamentais com família/amigos e demandas da ocupação) e ambientais (e.g.,

relacionados à infraestrutura disponível e à segurança do ambiente, como, por exemplo, existência de parques/facilidades e asfaltamento de ruas e percepção de risco de violência em um determinado bairro/local).

Em vista das distintas abordagens e tipos de análise utilizados para identificação das barreiras para a AF entre os artigos, definiu-se previamente que seriam apresentados na síntese descritiva: (I) nos artigos de abordagem qualitativa e/ou abordagem quantitativa descritiva: as barreiras respondidas pela maioria da amostra e (II) nos artigos quantitativos analíticos: as barreiras estatisticamente associadas à AF (e.g., considerando a magnitude da associação e o seu respectivo valor *p*). Para evitar comparações inadequadas destes dados, visto sua distinção, desde o momento da extração os resultados originais foram estratificados pelos seus tipos de análise (e.g., por frequência, análises univariadas e análises multivariadas). Também, em vista do caráter descritivo desta revisão, não se avaliou o risco de viés dos artigos incluídos.

## **Resultados**

As buscas conduzidas nas sete bases de dados eletrônicas e nas listas de referências acarretaram na identificação de 911 artigos potenciais (907 pelas bases de dados e quatro nas buscas manuais) (Figura 1). Após identificação e exclusão de 96 registros duplicados, 815 artigos foram avaliados pelos seus títulos e resumos. Dos 95 que remanesceram no processo e foram encaminhados para avaliação pelos seus textos integrais, foram excluídos 82, tendo como principais motivos: amostra não continha a faixa etária de interesse (*n* = 30) e ausência da análise de barreiras para AF (*n* = 19). Dessa forma, 13 artigos originais responderam adequadamente aos critérios de inclusão e compuseram a síntese descritiva<sup>14-26</sup>.

Em relação aos objetivos, as pesquisas propuseram-se desde a identificação mais geral das barreiras para as AF<sup>14,16,18,21,23,24,26</sup> às questões mais específicas, relacionadas à dor<sup>20</sup>, e à manutenção e/ou desistência de programas de AF<sup>15,25</sup>. Apenas o artigo de Gobbi et al.<sup>19</sup> buscou identificar e analisar as barreiras associadas à inatividade física.

Geograficamente, as pesquisas foram conduzidas em cinco cidades diferentes (Curitiba, Florianópolis, Matelândia, Pelotas e Rio Claro), de quatro estados (Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo) (Tabela 1). Os tamanhos amostrais variaram entre dez<sup>25</sup> e 343<sup>24</sup> idosos. Além de configurarem-se

como a maioria em todas as amostras, cinco artigos foram conduzidos especificamente com amostras de mulheres<sup>16,20-22,26</sup>. Percebeu-se elevada heterogeneidade em relação às características dos participantes, destacando as amostras compostas por idosos participantes de grupos de convivência<sup>16,20-22</sup>, institucionalizados<sup>18</sup> e participantes de projetos<sup>17,25,26</sup>

Na Tabela 2, observa-se que seis artigos foram desenvolvidos com abordagens quantitativas para coleta e análise de dados<sup>14,18,19,23,24,26</sup>, cinco artigos com abordagens qualitativas<sup>15,17,20,21,25</sup> e dois com abordagens mistas<sup>16,22</sup>. À exceção dos artigos de Nascimento et al.<sup>23</sup> que buscou verificar barreiras à AF especificamente no tempo de lazer e de dois artigos com informações não disponíveis<sup>20,25</sup> todas as pesquisas buscaram identificar barreiras para a AF em todos os domínios (deslocamento, doméstico, lazer e ocupacional).

Diversos instrumentos foram utilizados para avaliação da AF, tendo maior frequência a versão longa do Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) (n = 4)<sup>19,21,22,26</sup> e os questionários próprios (n = 3)<sup>14,18,16</sup>. Para identificação das barreiras, podem ser destacadas a técnica de grupos focais (n = 5), com aplicação de roteiros estruturados<sup>20,21</sup> semiestruturados<sup>25</sup>, ficha diagnóstica<sup>22</sup> e a utilização de três instrumentos prévios, em quatro artigos: o Questionário de Barreiras à Prática de Atividade Física para Idosos (QBPAFI)<sup>14,23</sup>, o Questionário de Barreiras à Prática de Atividade Física (QBPAF)<sup>19</sup> e o questionário sobre barreiras proposto por Hirayama<sup>28</sup> em Gobbi et al.<sup>18</sup>. No que concerne às análises, dois artigos de abordagem qualitativa<sup>20,21</sup> utilizaram análises de conteúdo e outros dois artigos<sup>17,25</sup> os referenciais da pesquisa interpretativa<sup>29</sup> e da “*grounded theory*”<sup>30,31</sup>. Nos artigos que se utilizaram da abordagem quantitativa, observou-se a utilização dos testes de associação qui-quadrado<sup>14,23</sup> e regressões logísticas<sup>19,24</sup> para identificação de associações e, nos artigos com abordagem mista, a utilização de análises de conteúdo<sup>16,22</sup> e análise descritiva<sup>16</sup>.

Ao todo, 30 barreiras para a AF foram identificadas e incluídas na síntese (Tabela 3). De acordo com a classificação proposta por Rech et al.<sup>13</sup>, as barreiras intrapessoais foram as mais frequentemente mencionadas entre os artigos incluídos (n = 18; 60%). Mais especificamente, a variável “doença, dor ou lesão” (n = 10) foi a mais mencionada enquanto barreira para AF entre as análises descritivas (n = 7)<sup>16-18,20-22,25</sup> univariadas (n = 2)<sup>14,23</sup>, assim como associada à inatividade física na análise multivariada (n = 1) apresentada por Gobbi et al.<sup>(19)</sup>. Também, pela elevada



frequência nas análises descritivas e associações nas análises uni e multivariadas, outras variáveis também merecem destaque, como “falta de segurança” (domínio ambiental; n = 6)<sup>14,16,18,21,23,24</sup>; “medo de cair/se machucar” (domínio intrapessoal; n = 3)<sup>14,19,21</sup> e “sentir-se suficientemente ativo” (domínio intrapessoal; n = 3)<sup>14,19,23</sup>.

### **Discussão**

A partir dos dados de 13 artigos originais, a presente revisão apontou em sua síntese a predominância de barreiras intrapessoais para a prática de AF entre idosos. Contudo, ao se considerar os distintos determinantes sociais, econômicos e ambientais da AF no país, é prudente evitar o entendimento simplista, onde as limitações para a prática de AF estão mais centradas nos indivíduos, de modo que a responsabilidade em se tornarem ativos depende, via de regra, da sua motivação, ou mesmo do interesse em se manterem saudáveis. Outros artigos conduzidos no país<sup>32,33</sup>, mas que não adotam a terminologia “barreiras”, sugerem que distintos fatores, para além dos intrapessoais, estão atrelados à prática de AF e, dessa forma, devem ser levados em consideração no debate, assim como nos processos de elaboração e implementação de ações de promoção da AF em idosos.

A presente revisão também destaca que a barreira intrapessoal “doença, dor ou lesão” foi reportada em dez artigos originais. Mais especificamente, ela foi mencionada em sete artigos descritivos<sup>16–18,20–22,25</sup>, esteve associada à AF em duas análises univariadas<sup>12,23</sup> e associada à inatividade física em uma análise multivariada<sup>19</sup>. Esta barreira pode ser discutida por distintos aspectos: em relação ao aspecto biológico, artigos conduzidos no país indicam alta prevalência de dor crônica em idosos<sup>34</sup> principalmente nos membros inferiores<sup>35</sup> e na região dorsal/lombar<sup>36</sup>, sendo apontados maiores riscos em mulheres<sup>34,35</sup> pessoas com idade avançada<sup>34</sup>, pessoas com pior percepção de saúde<sup>35</sup> e pessoas de baixa renda<sup>34</sup>. Por outro lado, é possível também se hipotetizar que as dores relacionadas à prática de AF se coloquem como um limitador à sua prática, na qualidade de efeito direto.

Ao discutido, pode-se também agregar a barreira “medo de cair/se machucar”, mencionada em três artigos incluídos na síntese<sup>14,19,21</sup>. Ao se reconhecer que o medo pode desempenhar um papel preditivo mais significativo à não-realização de AF do que as próprias características da dor<sup>37</sup>, da mesma forma que é importante um acompanhamento das dores já existentes nos idosos, cabe pontuar sobre a necessidade de uma orientação mais abrangente para a prática, que possa, para

além da informação sobre os benefícios, buscar dirimir os medos e dar o adequado suporte às eventuais dores que podem decorrer da prática de AF.

Em uma perspectiva geral, um ponto importante a ser ponderado é a relação entre as barreiras mais relatadas à prática de AF e barreiras que estão associadas à inatividade física. Apenas o artigo de Gobbi et al.<sup>19</sup> identificou que as barreiras “doença, dor ou lesão”, “medo de cair/se machucar” e “sentir-se suficientemente ativo” estão associadas à inatividade física. É prudente pontuar que nem sempre a barreira mais reportada para a prática de AF está associada à inatividade física, podendo-se sugerir sobre a importância de futuros estudos, que caminhem para além da identificação das principais barreiras à AF, analisando também sua possível associação à inatividade física nos idosos brasileiros.

A segunda barreira mais mencionada entre os artigos incluídos foi “falta de segurança”<sup>14,16,18,21,23,24</sup>, pertencente ao domínio ambiental. Considerando que em dois artigos esta barreira foi mais percebida por pessoas de baixa renda<sup>16</sup> e por mulheres<sup>14</sup>, vale uma ponderação sobre qual o motivo (ou quais os motivos) para tanto, se por risco de acidentes, quedas (e.g., pela falta de pavimentação, ou características acidentadas de bairros sem planejamento urbano), ou pelas questões de violência e criminalidade. A evidência prévia destaca que ruas escuras<sup>38</sup>, violência<sup>39</sup>, características do trânsito<sup>40</sup> e medo de ser assaltado<sup>33</sup> se constituem como fatores limitadores para a prática de AF no país e isso reforça que uma boa percepção de segurança é essencial para a realização de AF ao ar livre, sobretudo no tempo de lazer e como forma de deslocamento.

Em muitas cidades brasileiras a população não se sente segura para frequentar os espaços públicos<sup>41</sup> (e.g., praças, academias ao ar livre, academias ao ar livre e parques) mais adequados para prática de AF no lazer. Se os locais não são seguros, muitos idosos podem procurar outras formas de passar seu tempo livre, modificando assim suas opções<sup>42</sup>. Maiores investimentos em iluminação pública e no reforço de segurança pública nestes espaços, assim como no seu entorno podem ser alternativas para alteração deste cenário.

No mesmo sentido, proporcionar aos idosos locais adequados, sejam espaços ao ar livre ou ambientes fechados, para prática de AF nos quais se sintam seguros e motivados, pode auxiliar na superação destas barreiras, bem como, melhor informá-los sobre as possibilidades que a prática regular de AF pode promover para sua saúde e qualidade de vida. Conjuntamente a isso, promover atividades que

estimulem a interação entre os idosos e aqueles que lhe estão próximos pode, além de reforçar os vínculos, estimular a prática de AF e adoção de hábitos saudáveis entre mais pessoas. As barreiras interpessoais “Falta de apoio social/companhia”<sup>16,18,21</sup> e “Papel familiar”<sup>21,22,25</sup> reforçam esta sugestão.

Sobre a terceira barreira mais frequentemente identificada entre os artigos, idosos que relatam não praticar AF por “sentirem-se suficientemente ativos”<sup>14,19,23</sup>, não necessariamente apresentam níveis de AF no lazer que atinjam as recomendações de AF moderadas e vigorosas da Organização Mundial da Saúde (entre 150 e 300 minutos semanais de AF com intensidade moderada ou entre 75 e 150 minutos de AF com intensidade vigorosa). Pode-se hipotetizar que a percepção de se sentir suficientemente ativo esteja atrelada às atividades da vida diária, que, na avaliação dos respondentes poderiam suprir de maneira adequada sua demanda por AF. Entretanto, cabe pontuar que as AF no tempo de lazer são muito importantes, não apenas para os indicadores metabólicos, mas para outros fins, como o prazer e a socialização.

Os achados do presente trabalho vão ao encontro da realidade vivenciada no município de Chapecó, local no qual está inserido o campus da Universidade Federal da Fronteira Sul, instituição onde se realizou o curso de especialização em saúde coletiva, curso esse que motivou a escrita deste trabalho e, também, município de atuação do autor principal do trabalho enquanto profissional de educação física na saúde. Muitos usuários do Sistema Único de Saúde do município relatam não praticar atividade física por dores e/ou lesões e por não possuírem um local apropriado para prática próximo às suas casas. Uma das maneiras de se contornar essa barreira é a realização de grupos de atividade física orientada por profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e da Secretaria de Assistência Social do município.

Este artigo apresenta uma importante limitação, uma vez que a evidência produzida pela presente revisão provém de projetos conduzidos em cinco cidades de quatro estados do Brasil: Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo, o que sugere a necessidade da realização de pesquisas que busquem identificar barreiras para a AF em idosos de outras regiões do país. Complementarmente, também cabe destacar que, de acordo com os critérios de inclusão, apenas foram incluídos artigos que adotaram a terminologia “barreiras”. Não foram considerados para a síntese, por exemplo, artigos que investigaram fatores associados e

determinantes da inatividade física. Por fim, os artigos incluídos na revisão foram, em sua grande maioria, desenvolvidos com amostras não-probabilísticas por conveniência e intencional, logo, os resultados podem não refletir as barreiras de idosos com características distintas.

Em conclusão, o presente trabalho identificou que as barreiras intrapessoais são as mais percebidas pelos idosos brasileiros, sendo a barreira “dor, doença e/ou lesão” a mais frequente, seguida das barreiras “falta de segurança”; “medo de cair/se machucar” e “sentir-se suficientemente ativo”. Futuros estudos são importantes, no sentido de, para além da identificação das principais barreiras à AF, analisar sua possível associação à inatividade física nos idosos brasileiros.

## Referências

1. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(4):539-548.
2. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Rev Saúde Pública*. 2018;52,(Supl 2),10s.
3. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):468-478.
4. World Health Organization, US National Institute of Aging. *Global Health and Ageing*. Geneva: World Health Organization; 2011.
5. Alcântara AA, Camarano AA, Giacomini KC. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea; 2016.
6. Ueno DT, Gobbi S, Teixeira CVL, Sebastião E, Prado AKG, Costa JLR, Gobbi LTB. Efeitos de três modalidades de atividade física na capacidade funcional de idosos. *Rev Bras Educ Fís Esporte*. 2012;26(2):273-281.
7. Northey JM, Cherbuin N, Pumpa KL, Smees DJ, Rattray B. Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2018;52(3):154-160.
8. Beck AP, Antes DL, Meurer ST, Benedetti TRB, Lopes MA. Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas. *Texto Contexto – Enferm*. 2011;20(2):280-286.
9. Ribeiro LHM, Neri AL. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2169-2180.
10. Silva MF, Goulart NBA, Lanferdini FJ, Marcon M, Dias CP. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):634-642.
11. Latorre-Román PA, Laredo-Aguilera JA, García-Pinillos F, Soto-Hermoso VM, Carmona-Torres JM. Physical activity, weight and functional limitations in elderly Spanish people: the National Health Survey (2009-2014). *Eur J Public Health*. 2018;28(4):778-783.
12. Cruz MS, Bernal RTI, Claro RM. Tendência da prática de atividade física no lazer entre adultos no Brasil (2006-2016). *Cad Saúde Pública*. 2018;34(10),e00114817.
13. Rech CR, Camargo EM, Araujo PAB, Loch MR, Reis RS. Perceived barriers to leisure-time physical activity in the Brazilian population. *Rev Bras Med Esporte*. 2018;24(4):303-309.

14. Brazão MC, Hirayama MS, Gobbi S, Nascimento CMC, Roseguini AZ. Estágios de mudança de comportamento e barreiras percebidas à prática de atividade física em idosos residentes em uma cidade de médio porte do Brasil. *Motriz*. 2009;15(4):759-767.
15. 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):225-239.
16. 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.
17. Eiras SB, Silva WHA, Souza DL, Vendruscolo R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2010;31(2):75-89.
18. Gobbi S, Caritá LP; Hirayama MS; Quadros Junior AC; Santos RF, Gobbi LTB. Comportamento e barreiras: atividade física em idosos institucionalizados. *Psicol Teor Pesq*. 2008;24(4):451-458.
19. Gobbi S, Sebastião E, Papini CB, Nakamura PM, Valdanha Netto A, Gobbi LT, Kokubun E. Physical inactivity and related barriers: a study in a community dwelling of older brazilians. *J Aging Res*. 2012;2012:685190.
20. Krug RR, Lopes MA, Mazo GZ, Marchesan M. A dor dificulta a prática de atividade física regular na percepção de idosas longevas. *Rev Dor*. 2013;14(3),192-195.
21. Krug RR, Lopes MA, Mazo GZ. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas fisicamente. *Rev Bras Med Esporte*. 2015;21(1),57-64.
22. Lopes MA, Krug RR, Bonetti A, Mazo GZ. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2016;38(1):76-83.
23. Nascimento CMC, Gobbi S, Hirayama MS, Brazão MC. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de Rio Claro. *Rev Educ Fís*. 2008;19(1):109-118.
24. Oliveira DV, Brito RL, Antunes MD; Nascimento Júnior JRA, Moreira CR; Oliveira DC, Lima MCC; Bertolini SMMG, Cavaglieri CR. Prática de atividade física por idosos frequentadores de unidades básicas de saúde. *Geriatr Gerontol Aging* 2017; 11(3): 116-123.
25. 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 Fís Esporte*. 2010;24(1):95-105.

26. Mazo GZ, Benedetti TRB. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2010;12(6):480-484.
27. Cavalli AS, Mello DM, Cavalli LS, Colpo GS, Arruda STC, Meireles LG. Barreiras para a atividade física em mulheres idosas do sul do Brasil. *Pixo* 2020;13(4):209-219.
28. Hirayama, MS. Atividade física e doença de Parkinson: mudança de comportamento, autoeficácia, barreiras percebidas e qualidade de vida. [Dissertação de Mestrado]. Rio Claro: Universidade Estadual Paulista (Unesp); 2006.
29. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
30. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.
31. Strauss AL, Corbin J. Introduction to qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Beverly Hills: Sage; 1990.
32. Peixoto SV, Mambrini JVM, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Souza Junior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Physical activity practice among older adults: results of the ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;52(Suppl 2):5s.
33. Giehl MWC, Schneider IJC, Corseuil HX, Benedetti TRB, d'Orsi E. Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):516-525.
34. Carvalho RC, Maglioni CB, Machado GB, Araújo JE, Silva JRT, Silva ML. Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. *BrJP*. 2018;1(4):331-338.
35. Pereira LV, Vasconcelos PP, Souza LAF, Pereira GA, Nakatani AYK, Bachion MM. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(4):662-669.
36. Vasconcelos FH, Araújo GC. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. *BrJP*. 2018;1(2):176-179.
37. Larsson C, Ekvall Hansson E, Sundquist K, Jakobsson U. Impact of pain characteristics and fear-avoidance beliefs on physical activity levels among older adults with chronic pain: a population-based, longitudinal study. *BMC Geriatr*. 2016;16:50.
38. Silva MC, Silva AB, Amorim TEC. Condições de espaços públicos destinados a prática de atividades Físicas na cidade de Pelotas/rS/Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2012;17(1):28-32.
39. Queiroga MR, Ferreira SA, Boneti MD, Tartaruga MP, Coutinho SS, Cavazzoto TG. Caracterização do ambiente físico e prática de atividades físicas em

unidades básicas de saúde de Guarapuava, Paraná, 2011-2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(4):827-836.

40. Kretschmer AC, Dumith SC. Prática de atividade física no lazer e ambiente percebido: um estudo de base populacional com adultos e idosos do Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200043.

41. Aguiar JB, Nascimento INM, Melo MA, Freire AKU, Saraiva LC, Santos ALB, Gurgel LA. Espaços públicos de lazer de uma capital brasileira: avaliação da qualidade e uso para a prática de atividade física. *Licere*. 2019;22(4):317-339.

42. Freire DRA, Oliveira EA, Rocha Junior CP. Práticas de lazer em Salvador: análise comparada entre dois bairros. *Licere*. 2019;22(3):159-188.



Tabela 1. Características descritivas dos estudos incluídos na síntese (n = 13)

Referencias	Local	A mostra (%F)	Idade (Características particulares)
Brazão et al., 2009 <sup>14</sup>	Rio Claro-SP	7 9 (58)	71 (nd)
Cardoso et al., 2008 <sup>15</sup>	Florianó polis-SC	1 3 (85)	72 (Desistentes de um programa de AF)
Cassou et al., 2011 <sup>16</sup>	Curitiba- PR	2 5 (100)	70 (grupos de convivência)
Cavalli et al., 2020 <sup>26</sup>	Pelotas- RS	5 5 (100)	≥60 (Idosas participantes de projeto)
Eiras et al., 2010 <sup>17</sup>	Curitiba- PR	1 5 (67)	≥60 (Praticantes de AF)
Gobbi et al., 2008 <sup>18</sup>	Rio Claro-SP	3 0 (63)	75 (Idosos institucionalizados)
Gobbi et al., 2012 <sup>19</sup>	Rio Claro-SP	3 59 (63)	≥60 (nd)
Krug et al., 2013 <sup>20</sup>	Florianó polis-SC	3 0 (100)	85 (Inativas, grupos de convivência)
Krug et al., 2015 <sup>21</sup>	Florianó polis-SC	8 9 (100)	≥80 (Inativas, grupos de convivência)
Lopes et al., 2016 <sup>22</sup>	Florianó polis-SC	6 9 (100)	≥80 (Inativas, grupos de convivência)
Nascimento et al., 2008 <sup>23</sup>	Rio Claro-SP	1 29 (60)	72 (nd)
Oliveira et al., 2017 <sup>24</sup>	Matelând ia-PR	3 43 (nd)	nd (Usuários das Unidades Básicas de Saúde)
Souza; Vendrusculo, 2010 <sup>25</sup>	Curitiba- PR	1 0 (nd)	nd (Idosos participantes de projeto)

Legendas: %F: percentual de mulheres na amostra; AF: atividade física; nd: não descrito; PR: Paraná; RS: Rio Grande do Sul; SC: Santa Catarina SP: São Paulo.

Tabela 2. Informações sobre os métodos utilizados nos artigos incluídos (n = 13)

Referencias	Instrumentos utilizados para medida da AF / barreiras para AF	Métodos utilizados para análise
Artigos com coleta e análise de dados qualitativa		
Cardoso et al., 2010 <sup>15</sup>	Entrevista semiestruturada	Análise descritiva
Eiras et al., 2010 <sup>17</sup>	Entrevista semiestruturada	29-31
Krug et al., 2013 <sup>20</sup>	QDE / Roteiro estruturado*	Análise de conteúdo
Krug et al., 2015 <sup>21</sup>	IPAQ (L) / Roteiro estruturado*	Análise de conteúdo
Souza; Vendrusculo, 2010 <sup>25</sup>	Entrevista semiestruturada*	29,30
Artigos com coleta e análise de dados quantitativa		
Cavalli et al., 2020 <sup>26</sup>	IPAQ (L adaptado) <sup>27</sup> / <sup>28</sup>	Análise descritiva
Brazão et al., 2009 <sup>14</sup>	QDE / QBPAFI	Teste Qui-quadrado
Gobbi et al., 2008 <sup>18</sup>	QDE / <sup>28</sup>	Análise descritiva
Gobbi et al., 2012 <sup>19</sup>	IPAQ (L) / QBPAFI	Regressão Logística
Nascimento et al., 2008 <sup>23</sup>	Questionário de Baecke adaptado / QBPAFI	Teste Qui-quadrado
Oliveira et al., 2017 <sup>24</sup>	IPAQ (C) / QDE	Regressão Logística
Artigos com coleta e análise de dados mista		
Cassou et al.,	QDE / QDE aplicado*	Análises de

2011 <sup>16</sup>				conteúdo e descritiva
Lopes et al., 2016 <sup>22</sup>	IPAQ (L) / Ficha diagnóstica*			Análise de conteúdo

Legendas: \*: grupo focal; AF: atividade física; C: versão curta; IPAQ: Questionário Internacional de Atividades Físicas; L: versão longa; QBPAFI: Questionário de Barreiras à Prática de Atividade Física para Idosos; QBPAP: Questionário de Barreiras à Prática de Atividade Física; QDE: questionário desenvolvido para o estudo.

Tabela 3. Barreiras para atividade física identificadas entre os artigos, organizadas por domínios e tipos de análise

Barreiras	Tipo de análise		
	Descritiva	Univ ariada	Multiva riada
<b>Barreiras Intrapessoais (n = 18)</b>			
Alto Custo/Renda	<sup>16</sup> BR, <sup>18</sup>	(24)	
AF não é prioridade	21		
Barreiras ao exercício	<sup>16</sup> BR		
Doença, dor ou lesão	<sup>16</sup> AR, <sup>17,18,20,2</sup> 1,22,25	14,23	19
Falta de disposição/energia/motivação	<sup>16</sup> AR, <sup>21</sup>	24	
Falta de persistência		23	
Falta de tempo	<sup>16</sup> BR		
Jornada de trabalho extensa	<sup>16</sup> BR	24	
Limitação física	<sup>16</sup> AR/BR, <sup>21</sup>		
Maneira de ser	22		
Medo de cair/se machucar	21	14 <sub>♀</sub>	19
Muito tímido		14	
Não gostar/Relação negativa com AF	21,22		
Necessidade de descanso		14,23	
Nunca ter feito AF no lazer	21		
Sentir-se suficientemente ativo		14,23	19
Sentir-se velho demais	21	14	

Tarefas domésticas	16BR	
<b>Barreiras Interpessoais (n = 8)</b>		
Custo	16BR	
Excesso de cuidado da família	21	
Exercícios físicos inadequados	21	
Falta de apoio social/companhia	16AR, 18,21	
Falta de rede social	16BR	
Obstáculos cotidianos	16AR/BR	
Papel familiar	21,22,25	
Problemas de saúde do cônjuge/demais familiares	15	
<b>Barreiras Ambientais (n = 5)</b>		
Características ambientais	16AR	
Condições climáticas	16AR, 26	
Falta de instalações perto de casa	18	
Falta de segurança	16BR, 18,21	14♀, 23,24
Influência do meio-ambiente	22	

Legendas: ♀: Barreira em que respondentes do sexo feminino perceberam significativamente mais que o sexo masculino; AF: atividade física; AR: estrato de pessoas com alta renda; BR: estrato de pessoas com baixa renda.

Figura 1. Fluxograma da revisão de escopo

