

Artigo Original

# Barriers to free-time physical activity among people with Alzheimer's disease

## Barreiras para a prática de atividade física no tempo livre em pessoas com doença de Alzheimer

Juliana Hegeto de Souza<sup>1</sup>; Douglas Fernando Dias<sup>2</sup>; Mathias Roberto Loch<sup>2,3</sup>

### Resumo

Este estudo buscou identificar informações sobre o estágio de mudança de comportamento para a prática de atividade física no tempo livre (AFTL), as barreiras para esta prática em pessoas com doença de Alzheimer (DA) na percepção de seus cuidadores, bem como a prática de AFTL dos próprios cuidadores e a importância percebida por estes a respeito da AF no tratamento da DA. Foram analisadas informações de 74 sujeitos (37 cuidadores e 37 pacientes com DA). Dada a dificuldade de se entrevistar diretamente as pessoas com DA, os dados foram coletados mediante entrevista com os cuidadores em uma clínica pública de Londrina, PR. A maioria dos cuidadores (n=21; 56,8%) e dos pacientes com DA (n=29; 78,4%) não realizavam nenhum tipo de AFTL (estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação, sendo que entre os pacientes com DA a maior parte estava no estágio de pré-contemplação). A maioria dos pacientes (n=19; 51,3%) apresentou pelo menos seis barreiras para a prática de AFTL, sendo as mais mencionadas "teria preguiça e/ou ficaria cansado" e "ter medo que o paciente se machuque", ambas com 72,9% (n=27). Todos os cuidadores consideraram a prática de AF "muito importante" ou "importante" para o tratamento da DA. Conclui-se que é elevada a prevalência de barreiras percebidas para a prática de AFTL em pessoas com DA e que apesar dos cuidadores reconhecerem a importância da prática de AF para o tratamento da DA, a maioria não tem intenção de matricular o paciente em programas de AF nos próximos seis meses.

### Palavras-chave

Cuidador; Doença crônica; Saúde Mental; Atividade Motora.

### Abstract

*This study aimed to identify informations about the stages of change of behavior to free-time physical activity (FTPA), the barriers to this practice in people with Alzheimer's disease (AD) from the perspective of their caregivers, as well as the caregivers FTPA practice and the perceived importance of PA in the AD treatment. This study analyses the information provided by 74 people (37 caregivers and 37 patients with AD). Given the difficulties of interviewing people with AD, the data was collected through interview with the caregivers at a public clinic in Londrina, PR. Over half of the caregivers (n=21; 56,8%) and patients with AD (n=29; 78,9%) didn't practice any kind of FTPA (stages of precontemplation, contemplation, preparation, and most of the patients with AD were in the precontemplation stage). The majority of the patients (n=19; 51,3%) presented at least six barriers to the FTPA. The barriers to FTPA most often mentioned were "laziness and/or might get tired" and "fear of the patient getting hurt", both with 72,9% (n=27). Every interviewed caregiver considered the PA practice to be "very important" or "important" to the AD treatment. One can conclude that the prevalence of perceived barriers to FTPA for the people with AD is substantial and even though all caregivers considered the PA practice important for the treatment of AD, most of them have no intention of enrolling the patient in PA programs in the next six months.*

### Keywords

*Caregiver; Chronic Disease; Mental Health; Motor Activity.*

### Introdução

A doença de Alzheimer (DA) é uma afecção neurodegenerativa progressiva, irreversível, de aparecimento

discreto e que causa perda da memória, além de diversos distúrbios cognitivos<sup>1</sup>. Na fase inicial, o paciente apresenta comprometimento de memória recente e, com a evolução do quadro clínico, ocorrem distúrbios de memória semântica, com dificuldade de nomeação e de elaboração da linguagem. Com a evolução da doença, a pessoa passa a necessitar de ajuda de um cuidador para realização das atividades cotidia-

1 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

2 Universidade Estadual de Londrina (UEL). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Londrina, Paraná, Brasil.

3 Universidade Estadual de Londrina (UEL). Departamento de Educação Física. Centro de Educação Física e Esporte, Londrina, Paraná, Brasil.

nas<sup>2</sup>. Considerando que muitas vezes os membros da família não se encontram disponíveis e/ou preparados para responsabilidade, faz-se fundamental que qualquer intervenção envolvendo pessoas com DA também considere a questão dos respectivos cuidadores<sup>3</sup>. O cuidador deve ser alguém capaz de desenvolver ações de ajuda naquilo que a pessoa com DA não pode mais fazer sozinha, e deve assumir a responsabilidade de fornecer apoio e ajuda frente às necessidades diárias.

Apesar de ainda ser uma questão controversa, estudos recentes encontram resultados benéficos da prática regular da atividade física em pessoas com DA, podendo atenuar ou retardar o declínio cognitivo e funcional<sup>4,5</sup>, melhorar o desempenho nas tarefas<sup>4,6</sup> de caminhada e equilíbrio<sup>5</sup> e diminuir o risco de quedas<sup>5</sup>.

Entretanto, apesar dos benefícios potenciais da prática regular de AF, podem existir barreiras que dificultam ou até impossibilitam a adoção desse comportamento em pessoas com DA. Embora evidências indiquem que a presença de barreiras está associada a menor prática de AF<sup>7</sup>, a generalização desses achados para pessoas com DA é baixa (validade externa), haja vista as especificidades da doença, especialmente com relação à necessidade de um cuidado mais próximo, em função do comprometimento cognitivo das pessoas com DA.

Nessa perspectiva, este estudo poderá ser importante no sentido de fornecer informações para melhorar a compreensão dos fatores que dificultam ou impedem o envolvimento de pessoas com DA com AF, podendo colaborar para o planejamento e desenvolvimento de estratégias para tornar pessoas com DA mais ativas fisicamente. Assim, objetivo deste estudo foi identificar informações sobre o estágio de mudança de comportamento para a prática de atividade física no tempo livre (AFTL), as barreiras para esta prática em pessoas com DA na percepção de seus cuidadores, bem como a prática de AFTL dos próprios cuidadores e a importância percebida por estes a respeito da importância da AF no tratamento da DA.

## Métodos

Esta é uma pesquisa descritiva, com corte transversal e de abordagem quantitativa. A amostra foi delimitada por cuidadores de pacientes com DA que se consultaram na Policlínica Municipal de Londrina, PR. Dada a dificuldade, ou mesmo a impossibilidade em alguns casos, de se entrevistar pessoas com DA, os cuidadores foram entrevistados e forneceram as informações sobre si e sobre as pessoas a quem prestavam cuidado. Os pacientes com DA eram atendidos às segundas e sextas-feiras, por médico especialista. Cada dia eram agendados 12 pacientes, iniciando às 13 horas e encerrando às 19 horas. Cada consulta durava, em média, 30 minutos.

O questionário foi aplicado em forma de pesquisa face a face para cuidadores de pacientes com DA, abordados no dia de sua consulta mensal previamente agendada, sendo a entrevista realizada durante o tempo que o paciente e o cuidador permaneciam na sala de espera. O tempo médio de entrevista foi de cerca de 15 minutos. O período de coleta aconteceu do dia 4 de dezembro de 2015 a 15 de janeiro de 2016, e só foi iniciado após aprovação do projeto na Prefeitura de Londrina e no comitê de ética da Universidade Estadual de Londrina (Parecer 1.306.722).

Durante os dias de coleta, uma pesquisadora permaneceu na sala de espera da Policlínica Municipal de Londrina, das 13 horas às 19 horas, às segundas e sextas-feiras. Quando um paciente chegava (normalmente acompanhado), era perguntado qual o nome do(a) médico(a) que o iria atender, caso respondesse o nome do(a) médico(a) referente à especialidade, era perguntado se já havia diagnóstico definido ou se o paciente ainda não sabia. Se o paciente já tivesse diagnóstico, a pesquisa era explicada ao cuidador. Assim, os critérios de inclusão foram: estar

acompanhado de cuidador e ter o diagnóstico de DA. Caso o cuidador aceitasse, era dado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura, preenchimento e assinatura. Após isso, iniciava-se a entrevista.

Foi desenvolvido um questionário especificamente para esta pesquisa, com base em instrumentos conhecidos<sup>8,9</sup>, adaptados aos objetivos do presente estudo, com perguntas abertas e fechadas, e que, como já mencionado, foi aplicado em forma de entrevista a ser respondida pelos cuidadores (mais detalhes sobre o instrumento a seguir). A entrevista foi realizada por uma única pesquisadora, treinada previamente.

Em relação às variáveis autopercepção de saúde e estágio da doença, foram feitas as seguintes perguntas: “Como está seu estado de saúde atual?” (Ótimo, bom, regular, ruim ou muito ruim), e “atualmente, você acha que o paciente se encontra em que fase da doença?” (inicial, intermediária ou avançada). Estas são perguntas que o cuidador respondeu conforme sua percepção individual. As perguntas eram lidas e caso o participante não entendesse, era repetido e explicado de outra forma.

Em relação à pergunta sobre AFTL, era perguntando se em uma semana normal o cuidador fazia algum tipo de AFTL, dando-se exemplos de atividades. A mesma pergunta era realizada visando verificar a prática do paciente com DA (“Em uma semana normal o paciente com DA realiza algum tipo de AFTL?”). Caso a resposta fosse positiva, era perguntado também há quanto tempo realizavam esta prática. Aqueles que faziam há pelo menos seis meses foram considerados no estágio de manutenção e os que faziam há menos de seis meses no estágio de ação. Para aqueles que não faziam AFTL, era perguntado se tinham intenção em começar a praticar. Os que responderam “não” foram considerados no estágio de pré-contemplação, os que tinham interesse de começar nos próximos 30 dias no estágio de preparação e os que tinham interesse de começar nos próximos seis meses no estágio de contemplação<sup>9</sup>. Para a avaliação do estágio de mudança de comportamento nos pacientes com DA, algumas adequações foram necessárias. Assim, as perguntas realizadas foram: “O paciente faz atividade física regular há mais de seis meses?” Caso a resposta fosse “não” era perguntado “O(a) sr(a) pretende inscrever o paciente em algum programa de atividade física nos próximos 30 dias?” Caso esta resposta também fosse negativa, era feita a pergunta “O(a) sr(a) pretende inscrever o paciente em algum programa de atividade física regular nos próximos seis meses?”. A partir destas perguntas, foi possível determinar o estágio de mudança de comportamento, seguindo-se os mesmos critérios aplicados aos cuidadores.

As barreiras percebidas à prática de AFTL foram avaliadas por meio das seguintes perguntas: 1) O paciente tem condições físicas de sair do leito? 2) O paciente tem condições físicas de sair de casa? 3) O(a) Sr(a). conhece locais para levar o paciente para realizar atividades físicas? 4) A falta de dinheiro atrapalha o paciente de fazer atividades físicas? 5) O transporte que utiliza dificulta o paciente fazer atividades físicas? 6) O(a) Sr(a). tem tempo suficiente para levar o paciente às suas atividades físicas? 7) O(a) Sr(a). acha que o paciente é velho demais para realizar atividades físicas? 8) O paciente tem alguma lesão/doença que o(a) Sr(a). acha que atrapalha ou impede a prática de atividade física? 9) O(a) Sr(a). sente que o paciente gosta/gostaria de atividades físicas? 10) O(a) Sr(a). tem medo que o paciente se machuque fazendo atividades físicas? 11) O(a) Sr(a). percebe que o paciente tem/teria preguiça ou cansaço para realização de atividades físicas? 12) Existe algum outro fator que impeça o paciente de praticar atividades físicas? Cada pergunta tinha duas opções de resposta (sim ou não). Especificamente para a última questão, quando o entrevistado respondia afirmativamente, foi solicitado que ele descrevesse

se quais eram os outros fatores que impediam a praticar AF.

Os cuidadores também responderam questões sobre aspectos sociodemográficos, relação com o paciente (relação de parentesco ou não, tempo de cuidado, se mora com o paciente e se recebe ajuda de outras pessoas), percepção do estado de saúde atual, se tinha alguma outra doença e quanto à importância percebida da AF no tratamento da DA. Para a avaliação deste último ponto era perguntado ao entrevistado se considerava a atividade física no tratamento da DA “muito importante”, “um pouco importante” ou “sem nenhuma importância”.

A respeito das pessoas com DA, foram levantadas informações sobre características sociodemográficas, informações sobre a doença (tempo de diagnóstico, fase da doença) e de outras informações relacionadas à saúde, por exemplo, se tinha alguma outra doença além da DA.

Após a coleta foi realizada a tabulação de dados com o programa Excel 2013 e para análise descritiva (média, desvio padrão e distribuição de frequências absoluta e relativa) foi utilizado o software IBM SPSS Statistics 20.

## Resultados

No período da coleta de dados 58 pacientes compareceram às consultas, dos quais 43 apresentaram diagnóstico da DA, sendo considerados elegíveis para o estudo. Porém, três estavam sem acompanhante/cuidador, outros três acompanhantes/cuidadores não aceitaram participar da pesquisa. A amostra foi composta por 37 pacientes com DA e seus respectivos cuidadores.

A Tabela 1 contém informações sociodemográficas, ocupacionais e de saúde dos cuidadores entrevistados. Participaram deste estudo 37 cuidadores com idades de 18 a 78 anos (média de 53,9 anos e DP = 13,4). A maioria era mulher (86,4%), tinha 50 anos ou mais (64,9%), casados (75,7%), com até 11 anos de estudo (70,3%), era filho(a) do paciente (62,2%) e exercia o cuidado do mesmo há pelo menos 13 meses (75,7%), morava na mesma residência (67,6%), recebia ajuda de outras pessoas neste cuidado (59,4%), percebia sua saúde como boa ou regular (86,5%), apresentava pelo menos uma doença (51,3%) e considerava a AF “muito importante” para o tratamento da DA (94,6%). Das doenças relatadas, a hipertensão (29,7%) e doenças osteomioarticulares (27%) foram as mais prevalentes (dados não apresentados na tabela).

**TABELA 1** – Características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde dos cuidadores de pessoas com DA (n = 37). Londrina, PR, 2015/2016.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	5	13,5
Feminino	32	86,5
Faixa etária		
18 a 49 anos	13	35,1
50 a 59 anos	9	24,3
60 ou mais	15	40,6
Estado civil		
Solteiro(a)	3	8,1
Viúvo(a)	1	2,7
Casado(a)	28	75,7
Divorciado(a)	5	13,5

Continua...

... contínua

Variável	n	%
Anos de estudo		
Até 11 anos	26	70,3
Mais de 11 anos	11	29,7
Relacionamento com paciente		
Cônjuge	10	27,0
Filho(a)	23	62,2
Outro	4	10,8
Tempo de cuidado		
Até 12 meses	9	24,3
13 a 24 meses	11	29,8
25 a 48 meses	8	21,6
Mais de 48 meses	9	24,3
Mora com paciente		
Sim	25	67,6
Não	12	32,4
Recebe ajuda para realizar o cuidado		
Não	15	40,6
Sim, de irmão(a)	13	35,1
Sim, de filho(a)	2	5,4
Sim, de cônjuge	2	5,4
Sim, de outros	5	13,5
Estado de saúde atual percebido		
Ótimo	2	5,4
Bom	18	48,7
Regular	14	37,8
Ruim	2	5,4
Muito ruim	1	2,7
Doenças autorreferidas		
Nenhuma	11	29,8
Uma	12	32,4
Duas	7	18,9
Três ou mais	7	18,9
Importância percebida sobre AF no tratamento da DA		
Muito importante	35	94,6
Pouco importante	2	5,4
Nenhuma importância	0	0,0

Nota: AF= Atividade Física; DA=Doença de Alzheimer.

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde dos pacientes com DA. A maioria era mulher (67,5%), tinha mais de 61 anos de idade (94,6%), era viúvo (51,3%), com no máximo cinco anos de estudo (64,8%, sendo que 43,3% eram analfabetos), apresentava diagnóstico de DA há pelo menos um ano (78,3%), tinha, além da DA, pelo menos uma doença diagnosticada (83,8%) e estava na fase inicial ou intermediária da DA (83,7%). Hipertensão (70,3%), diabetes (35,1%) e cardiopatia (21,6%) foram as doenças mais prevalentes (dados não apresentados na tabela).

**TABELA 2** – Características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde das pessoas com DA (n = 37). Londrina, PR, 2015/2016.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	12	32,5
Feminino	25	67,5
Faixa etária		
Até 60 anos	2	5,4
61 a 70 anos	6	16,2
71 a 80 anos	13	35,1
81 a 90 anos	16	43,3
Estado civil		
Solteiro(a)	1	2,7
Viúvo(a)	19	51,3
Casado(a)	15	40,5
Divorciado(a)	2	5,4
Alfabetizado		
Sim	21	56,7
Não	16	43,2
Anos de estudo		
Nenhum	10	27,0
1 a 5 anos	14	37,8
6 a 10 anos	3	8,1
11 a 16 anos	8	21,6
Não sabia	2	5,4
Tempo de diagnóstico		
Menos de 12 meses	8	21,6
12 a 24 meses	13	35,1
25 meses ou mais	16	43,2
Quantidade de doenças além da DA*		
Nenhuma	6	16,2
Uma	9	24,3
Duas	12	32,4
Três	4	10,8
Quatro ou mais	6	16,2
Fase percebida da DA		
Inicial	17	45,9
Intermediária	14	37,8
Avançada	6	16,2

Nota: DA= Doença de Alzheimer

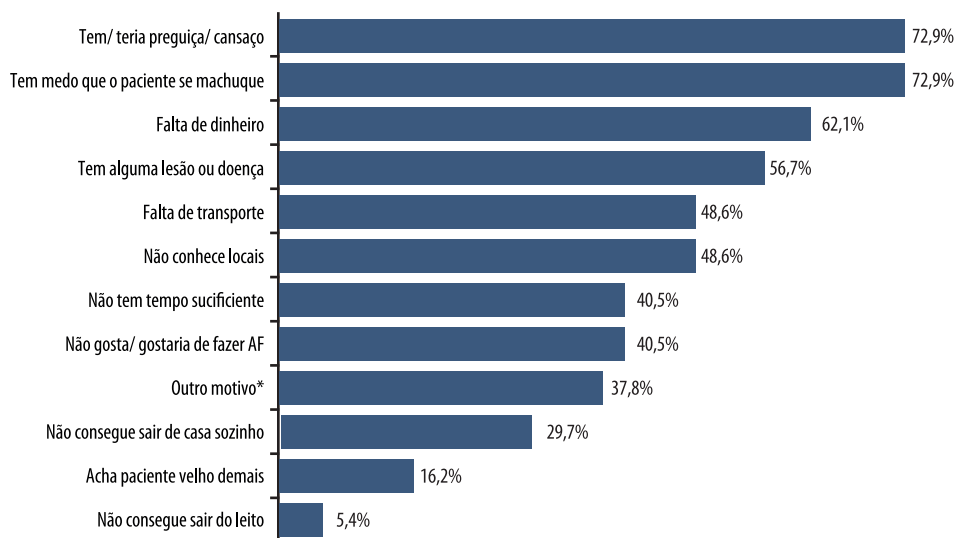
A Tabela 3 apresenta informações sobre a prática de AFTL e os estágios de mudança de comportamento, tanto dos cuidadores, quanto dos pacientes. Em ambos os grupos a maior parte dos participantes não praticava nenhum tipo de AFTL (56,7% entre os cuidadores e 78,4% entre os pacientes). Em relação ao estágio de mudança de comportamento, entre os cuidadores observou-se que 45,9% destes referiram que tinham intenção de começar a fazer AFTL (ou nos próximos 30 dias ou nos próximos seis meses). Já entre os pacientes, mais da metade foi classificada na

fase de pré-contemplação, ou seja, o cuidador não tinha intenção em matricular o paciente com DA em um programa de AF nos próximos seis meses).

**TABELA 3** – Prática de atividade física no tempo livre (AFTL) e estágio de mudança do comportamento para AFTL em cuidadores (n = 37) e pessoas com DA (n = 37). Londrina, PR, 2015/2016.

	Cuidador		Paciente	
	n	%	n	%
Prática de AFTL				
Sim	16	43,2	8	21,6
Não	21	56,8	29	78,4
Estágios de mudança de comportamento para AFTL				
Manutenção	9	24,3	4	10,8
Ação	7	18,9	4	10,8
Preparação	9	24,3	3	8,1
Contemplação	8	21,6	7	18,9
Pré-Contemplação	4	10,9	19	51,3

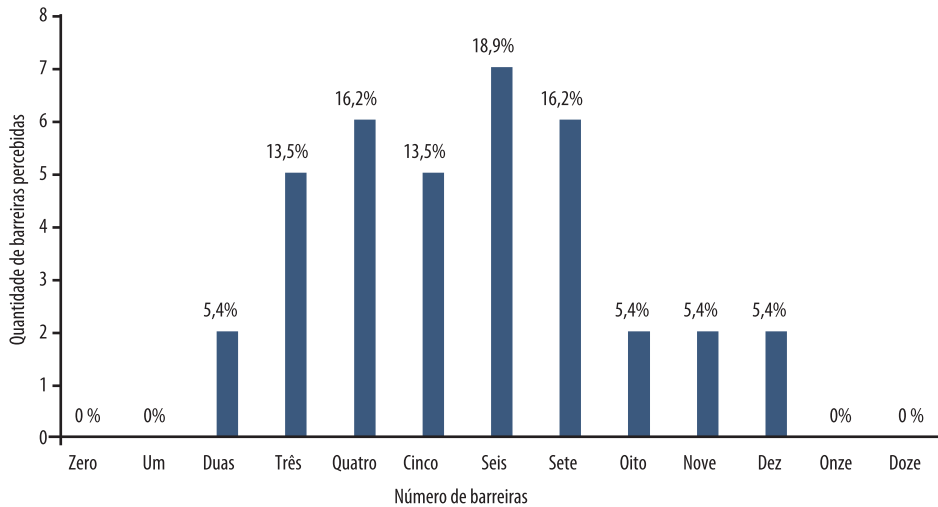
Na Figura 1, estão os resultados da prevalência de cada barreira para a prática de AFTL em pessoas com DA, percebidas pelos seus cuidadores. As barreiras mais mencionadas foram “teria preguiça e/ou ficaria cansado” e “ter medo que o paciente se machuque”, ambas com 72,9%. Outras duas barreiras tiveram prevalência superior à 50% (“falta de dinheiro” e “tem alguma lesão ou doença”).



**FIGURA 1** – Prevalência de barreiras percebidas à prática de atividade física no tempo livre (AFTL) em pessoas com DA (n = 37) na percepção dos cuidadores. Londrina, PR, 2015/2016.

\*Outro motivo inclui: “não tem alguém que o acompanhe”, “não existe atividades específicas para pessoas com DA”, “mobilidade e locomoção comprometida”, “doença em si (DA)”, e “depressão e falta de humor”.

Em relação à quantidade de barreiras em cada pessoa com DA, observou-se que todos apresentavam pelo menos duas barreiras. A mediana foi de seis barreiras percebidas (51,3% tinham pelo menos seis barreiras) - Figura 2.



**FIGURA 2** – Prevalência da quantidade de barreiras percebidas à prática de atividade física no tempo livre em pessoas com DA (n = 37) na percepção dos cuidadores. Londrina, PR, 2015/2016

## Discussão

Este estudo identificou uma elevada prevalência de barreiras percebidas para a prática de AFTL em pessoas com DA (percebidas pelos seus cuidadores), sendo que “medo que o paciente se machuque” e “tem/teria preguiça/cansaço” foram as de maior prevalência. Além disso, verificou-se que todos os cuidadores referiram perceber a prática de AF como “muito importante” ou pelo menos “um pouco importante” para o tratamento das pessoas com DA, mesmo que mais da metade tenha referido não ter intenção de matricular o paciente com DA em algum programa de AF nos próximos seis meses.

As barreiras mais prevalentes encontradas neste estudo - “medo que o paciente se machuque” e “tem/teria preguiça/cansaço” - são diferentes daquelas observadas em trabalhos conduzidos em outros grupos populacionais. Ribeiro et al.<sup>10</sup>, verificaram que o não engajamento de idosos de 60 a 80 anos a um programa público de promoção de AF foi associada à barreira de sintomatologia depressiva, enquanto no estudo de Moschny et al.<sup>11</sup>, com indivíduos idosos, as barreiras mais prevalentes encontradas foram más condições de saúde, falta de companhia e falta de interesse. É provável que essa diferença nas barreiras deste estudo em relação a outras pesquisas - mesmo entre pessoas com faixa etária semelhante - esteja relacionada às especificidades da DA. Isso indica que as ações de promoção de AF em pessoas vivendo com DA podem necessitar de estratégias específicas. Para Luzardo et al.<sup>12</sup>, a tarefa de cuidar de um idoso com DA exige do cuidador dedicação praticamente exclusiva, fazendo com que ele deixe suas atividades em detrimento dos cuidados necessários. Com isso, a hipótese da razão pela qual, neste estudo, as barreiras mais prevalentes foram “medo que o paciente se machuque” e “tem/teria preguiça/cansaço” é de que o cuidador cria um sentimento de superproteção pelo idoso, que gera um medo, por acreditar que há muitos riscos e que o paciente não é fisicamente e cognitivamente capaz de fazer AF.

A terceira barreira mais relatada neste trabalho foi “falta de dinheiro”, reportada por seis em cada 10 cuidadores. Ela foi a barreira percebida mais prevalente (40%) em estudo de base populacional conduzido em Pelotas, RS, possivelmente devido ao baixo nível econômico da população brasileira<sup>8</sup>. De qualquer modo, parece haver uma noção de que a prática de AF é necessariamente cara. De fato, é possível que pessoas com situações muito específicas, como no caso daquelas com



DA, possam necessitar, pelo menos em alguns momentos, de uma atenção mais específica e individualizada por parte dos profissionais que atuam com prescrição de AF. Por outro lado, também os serviços públicos, inclusive na atenção básica podem – e devem – estar preparados para atender públicos que tenham estas condições específicas. A partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família<sup>13</sup>, diversas Unidades Básicas de Saúde passaram a contar com o apoio dos profissionais de Educação Física, que entre outras atividades e funções, tem organizado grupos de prática de AF<sup>14</sup>. Inclusive muitas das pessoas que participam destes grupos têm algum tipo de patologia<sup>15</sup>. Em Londrina, município onde foi realizado o presente estudo, existiam no momento da coleta de dados, 10 equipes NASF, sendo que nove destas tinham profissional de Educação Física. Assim, praticamente todas as Unidades Básicas de Saúde do município contavam com grupos de prática de AF. Estes grupos poderiam ser uma opção para as pessoas com DA e seus respectivos cuidadores e não teriam, pelo menos a participação em si, custos financeiros. Evidentemente, que não é apenas a questão financeira que define a prática de AF, como os dados do presente estudo demonstraram.

Ademais, vale mencionar que a maior parte dos entrevistados referiu seis ou mais barreiras para a prática de AFTL. Considerando que parece que aquelas pessoas que percebem um maior número de barreiras têm menor chance de serem ativas fisicamente<sup>8,10</sup>, o desafio de promover AF nesse grupo se torna ainda maior. Sugere-se que ações específicas, que considerem a complexidade da DA, sejam pensadas para a diminuição destas barreiras, inclusive tentando aumentar a autoeficácia e criando oportunidades reais para a prática. Faz-se necessário que estas ações busquem integrar também os respectivos cuidadores, que neste estudo demonstraram ser essencialmente pessoas da família e que tinham também suas próprias necessidades de saúde (mais da metade deles tinha alguma doença, idade maior do que 50 anos e 45,9% tinham auto percepção de saúde regular, ruim ou muito ruim). Parece que não vale a pena investir tantos esforços no “convencimento” sobre a importância da prática de AF, pois todos os cuidadores referiram considerar importante a prática de AF para o tratamento da DA. Mesmo assim, poucos são aqueles que pretendiam iniciar a prática de AF, o que reforça a ideia de que conhecer a importância da AF pode ser importante, mas não é, na maioria dos casos, suficiente para a mudança de comportamento, que envolve outras questões, ainda mais em se tratando de uma população com uma característica tão específica, como é o caso das pessoas com DA. Elaborar ações a partir do estágio de mudança de comportamento que se encontra cada pessoa pode ser importante.

No presente estudo, encontrou-se um baixo número de participantes com DA que praticavam AF. Este resultado é condizente com o estudo de Lima et al.<sup>16</sup>, em que o nível de AF das pessoas com DA analisadas foi, em geral, baixo. Rasinaho et al.<sup>17</sup>, sugerem que essa população (idosos) que está experimentando os primeiros sinais de declínio físico e cognitivo, poderia se beneficiar de intervenções de AF, com o foco em diminuir ou remover suas barreiras e apoiar os seus motivos para se envolver. Também ressalta que aqueles com limitações, precisam de adaptações individuais e acessíveis para evitar as experiências negativas. Existem programas para grupos grandes e de idosos, mas não há condições de deixar um paciente com DA sem um acompanhamento especial.

Um exemplo de intervenção voltada tanto para o paciente quanto para o cuidador é apresentado por Garuffi et al.<sup>18</sup> e baseia-se em um programa desenvolvido por uma equipe multiprofissional que visa o desenvolvimento dos componentes da capacidade funcional de seus participantes, interação social e troca de experiên-

cias entre os cuidadores e familiares, atenuando níveis de depressão, sobrecarga física e emocional, promovendo momentos de conhecimento sobre a DA, a fim de melhorar os cuidados para com o paciente.

O estudo apresenta limitações devido ao número de sujeitos entrevistados, que impossibilita análises estatísticas mais robustas. Ademais, a entrevista foi realizada com os cuidadores, uma vez que, dada as condições específicas da DA seria possivelmente inviável a realização de entrevistas com estas pessoas. Provavelmente, o melhor “informante” possível nesses casos é a pessoa que mais exerce o cuidado com o paciente com DA. Por outro lado, vale destacar que este foi possivelmente um dos primeiros estudos no Brasil a investigar as barreiras à prática de AFTL de pacientes com DA, assim como de seus cuidadores. A partir desse estudo, outros podem ser desenvolvidos na mesma temática, buscando ampliar a compreensão dos fatores que envolvem a adesão dos pacientes com DA. Sugere-se também que pesquisas sejam desenvolvidas para investigar se os profissionais se sentem habilitados para o atendimento dessa população e se os serviços estão estruturados adequadamente para receber, orientar e atender aos pacientes e seus familiares.

Este estudo conclui que parece ser elevada a prevalência de barreiras percebidas para a prática de AFTL em pessoas com DA (percebidas pelos seus cuidadores), que os cuidadores parecem ter clareza da importância potencial da prática de AF para o tratamento das pessoas com DA, porém que são poucos os cuidadores que referem ter intenção de matricular os pacientes que estão sob seu cuidado em algum programa de AF nos próximos seis meses, o que indica que há a necessidade de se criar condições para que as pessoas com DA tenham um melhor acesso à prática de AF.

### Contribuições dos autores

J. H. Souza (0000-0003-2147-0071) concebeu o estudo, coletou os dados, participou da análise e redação do artigo; D. F. Dias (0000-0003-0266-4209) participou da análise e redação do artigo; M. R. Loch (0000-0002-2680-4686) orientou todo o processo e participou da análise e redação do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

### Conflito de interesses

Os autores do manuscrito declaram a inexistência de conflito de interesses.

### Referências

1. Smith MAC. Doença de Alzheimer. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21:3-7.
2. Stella F. Funções cognitivas e envelhecimento. In: Py L, Pacheco JL, Sá JLM, Goldma S, (eds). *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.* 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Nau; 2006. p. 283-312.
3. Rocha JPR, Corrente JE, Hattor CH, Oliveira IM, Zancheta D, Gallo CG, et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(7):3131-37.
4. Arcoverde C, Deslandes A, Rangel A, Rangel A, Pavão R, Nigri F et al. Role of physical activity on the maintenance of cognition and activities of daily living in elderly with Alzheimer's disease. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2008;66(2b):323-7.
5. Hernandez SSS, Coelho FGM, Gobbi S, Stella F. Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(1):68-4.
6. Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E, Thomas D, Andrieu S, et al. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's Disease: a 1-year randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(2):158-5.

7. Reichert FF. Barreiras pessoais relacionadas à atividade física. In: Florindo AA, Hallal PC. Epidemiologia da atividade física. Porto Alegre: Atheneu; 2011. p. 102-11.
8. Reichert FF, Barros AJ, Domingues MR, Hallal PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *Am J Public Health*. 2007;97(3):515-9.
9. Dumith SC, Gigante DP, Domingues MR. Stages of change for physical activity in adults from Southern Brazil: a population-based survey. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007;4(1):1-10.
10. Ribeiro RM, Tribess S, Santos AS, Pinto LLT, Ribeiro MCL, Roza LB, et al. Barreiras no engajamento de idosos em serviços públicos de promoção de atividade física. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):739-49.
11. Moschny A, Platen P, Klaaben-Mielke R, Trampirch U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;2(8):121. .
12. Luzardo AR, Gorini MIP, Coelho SAP, Scheffer S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):587-94.
13. Brasil. Portaria n. 154, de 18 de março de 2008. Cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ministério da Saúde, 2008.
14. Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos núcleos de apoio à saúde da família em municípios do Norte do Paraná. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2011;16(1):5-10.
15. Loch MR, Rodrigues CG, Teixeira DC. E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens? ...?. Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde de Londrina- PR. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2013;35(4):947-61.
16. Lima RA, Silvestre CM, Freitas M, Smethurst WS, Santos CM, Virgílio M, et al. Nível de atividade física em idosos com doença de Alzheimer mediante aplicação do IPAQ e de pedômetros. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2010;15(3):180-5.
17. Rasinaho M, Hirvensalo M, Leinonen R, Lintunen T, Rantanen T. Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations. *J Aging Phys Act*. 2007;15(1):90-102.
18. Garuffi M, Gobbi S, Hernandez SSS, Vital TM, Stein AM, Pedroso RV, et al. Atividade física para promoção da saúde de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2011;16(1):80-3.

**Endereço para  
Correspondência****Mathias Roberto Loch**  
mathiasuel@hotmail.comDepartamento de Educação Física  
Centro de Educação Física e Esporte  
Universidade Estadual de Londrina  
Rod. Celso Garcia Cid PR 445 -  
Campus Universitário Londrina-PR, Brasil.  
CEP 86051-980**Recebido**  
**Revisado**  
**Aprovado**03/02/2017  
20/04/2017  
20/04/2017