

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

LAYANA LISS SCHWENGER

**BARREIRAS E FACILITADORES PARA OFERTA DE PROGRAMAS DE
ATIVIDADE FÍSICA E REDUÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO EM
PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS**

São Carlos

2026

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

LAYANA LISS SCHWENGER

**BARREIRAS E FACILITADORES PARA OFERTA DE PROGRAMAS DE
ATIVIDADE FÍSICA E REDUÇÃO AO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO EM
PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Gerontologia da Universidade Federal
de São Carlos, para obtenção do título Mestre em Gerontologia

Orientadora: Profa. Dra. Grace Angélica de Oliveira Gomes

Co-orientadora: Profa. Dra. Juliana Hotta Ansai

São Carlos

2026

Schwenger, Layana Liss

Barreiras e facilitadores para oferta de programas de atividade física e redução do comportamento sedentário em pessoas idosas institucionalizadas / Layana Liss Schwenger -- 2026.
74f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Grace Angélica de Oliveira Gomes
Banca Examinadora: Prof^a Dra. Anielle Cristhine de Medeiros Takanashi, Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech
Bibliografia

1. Programas de atividade física. 2. Instituições de longa permanência para pessoas idosas. 3. Percepção dos profissionais. I. Schwenger, Layana Liss. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós Graduação em Gerontologia

FOLHA DE APROVAÇÃO

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Layana Liss Schwenger,
realizada em 19/02/2026

Comissão Julgadora:

Prof^a Dra. Grace Angélica de Oliveira Gomes (UFSCar)

Prof^a Dra. Anielle Cristhine de Medeiros Takahashi (UFSCar)

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech (UFSC)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

O relatório de defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao programa de Pós Graduação em Gerontologia.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que acreditaram em mim e me incentivaram a seguir, mesmo quando o caminho parecia difícil. Que este estudo represente não apenas uma conquista acadêmica, mas também um aprendizado pessoal.

AGRADECIMENTO

Agradeço, primeiramente, à minha família, pelo amor, apoio incondicional e incentivo constante ao longo de toda a minha trajetória acadêmica e pessoal. A compreensão, a paciência e a confiança depositadas em mim foram fundamentais para que eu pudesse enfrentar os desafios e concluir esta etapa tão importante.

Aos meus amigos, deixo meu sincero agradecimento pelo apoio emocional, pelas palavras de incentivo e pelos momentos de escuta e acolhimento, que tornaram esse percurso mais leve, especialmente nos períodos mais exigentes do mestrado.

Agradeço também aos meus colegas do grupo de pesquisa, que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste trabalho, seja por meio de discussões teóricas, trocas de experiências, sugestões, leituras ou apoio durante o processo de escrita e análise dos dados. A convivência acadêmica com vocês foi essencial para meu crescimento científico.

À minha orientadora, Grace, expresso minha gratidão pela orientação cuidadosa, paciência e confiança ao longo de todo o desenvolvimento desta pesquisa. Seus ensinamentos, rigor científico e incentivo constante foram fundamentais para minha formação acadêmica e profissional.

À minha coorientadora, Juliana, agradeço pela parceria, pelas contribuições valiosas, pelo olhar atento e pelas sugestões que enriqueceram este trabalho.

Agradeço à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), pela oportunidade de formação, pela infraestrutura oferecida e pelo ambiente acadêmico que possibilitou o desenvolvimento desta pesquisa, contribuindo de forma significativa para minha trajetória enquanto pesquisadora.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro concedido, essencial para a realização deste estudo e para a dedicação às atividades do mestrado.

RESUMO

SCHWENGER, L.L. **Barreiras e facilitadores para oferta de programas de atividade física e redução do comportamento sedentário para pessoas idosas institucionalizadas.** 2026. 75 folhas. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Federal de São Carlos, *campus* São Carlos, São Carlos, 2026

Introdução: Apesar dos benefícios da atividade física para a saúde e funcionalidade de pessoas idosas, a adesão às recomendações permanece baixa, especialmente em Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs). Barreiras individuais e organizacionais podem comprometer a oferta e a execução de programas de atividade física, sendo ainda escassos estudos brasileiros que abordem esses fatores no contexto institucional. **Objetivo:** Analisar as barreiras e os facilitadores percebidos por profissionais de saúde, gestores e proprietários para a execução de programas de atividade física e a redução do comportamento sedentário em ILPIs. **Métodos:** Estudo transversal de abordagem com métodos mistos (quanti-qualitativa), realizado com profissionais de saúde, gestores e proprietários atuantes em ILPIs de municípios do interior do estado de São Paulo. Os dados registrados no questionário pelo *Google Forms* foram importados para o Excel. Os dados advindos do grupo focal foram gravados e os relatos dos participantes foram transcritos, analisados, e categorizados pela análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Participaram do estudo 48 profissionais de saúde e 12 gestores e proprietários. As barreiras identificadas, a partir dos questionários (dados quantitativos e qualitativos), estiveram relacionadas principalmente às condições dos residentes, como limitações cognitivas e físicas, a fatores organizacionais, como carga horária reduzida, falta de conscientização, e a equipe de trabalho como a equipe reduzida. Os achados do grupo focal aprofundaram essas questões, evidenciando estratégias como avaliações individuais para adaptação das atividades, fortalecimento do vínculo, sensibilização dos profissionais e apoio da gestão. Entre os facilitadores, destacaram-se o comprometimento da equipe e da gestão, o planejamento das atividades e a disponibilidade de recursos. **Conclusão:** A implementação de programas de atividade física em ILPIs envolve múltiplos fatores individuais e organizacionais. O reconhecimento das barreiras e facilitadores pode subsidiar estratégias mais efetivas, contribuindo para a ampliação da oferta, adesão e sustentabilidade dessas práticas no contexto institucional.

PALAVRAS-CHAVE: Intervenção de Atividade Física; Comportamento Sedentário; Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas.

ABSTRACT

Introduction: Despite the benefits of physical activity for the health and functionality of older adults, adherence to recommendations remains low, especially in Long-Term Care Facilities for Older Adults (LTCFs). Individual and organizational barriers may compromise the provision and implementation of physical activity programs, and Brazilian studies addressing these factors in institutional contexts are still scarce. **Objective:** To analyze the barriers and facilitators perceived by healthcare professionals, managers, and owners regarding the implementation of physical activity programs and the reduction of sedentary behavior in LTCFs. **Methods:** This was a cross-sectional study using a mixed-methods approach (quantitative–qualitative), conducted with healthcare professionals, managers, and owners working in LTCFs in municipalities in the interior of the state of São Paulo. Data collected via a Google Forms questionnaire were exported to Excel. Data from the focus group were recorded, and participants’ reports were transcribed, analyzed, and categorized using Bardin’s content analysis. **Results:** The study included 48 healthcare professionals and 12 managers and owners. The barriers identified from the questionnaires (quantitative and qualitative data) were mainly related to residents’ conditions, such as cognitive and physical limitations; organizational factors, such as reduced working hours and lack of awareness; and workforce-related issues, such as limited staff. Findings from the focus group further deepened these issues, highlighting strategies such as individualized assessments to adapt activities, strengthening interpersonal bonds, raising staff awareness, and management support. Among the facilitators, team and management commitment, activity planning, and availability of resources stood out. **Conclusion:** The implementation of physical activity programs in LTCFs involves multiple individual and organizational factors. Recognizing barriers and facilitators can support more effective strategies, contributing to the expansion, adherence, and sustainability of these practices within institutional settings.

Keywords: Physical Activity Intervention; Sedentary Behavior; Long-Term Care Institutions for Older Adults.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas do processo de recrutamento dos participantes do estudo.....	24
Figura 2 - Fluxograma do estudo... ..	32

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Eixos temáticos das barreiras, questões norteadoras do grupo focal e estratégias propostas por profissionais de saúde para oferta de programas de AF ILPIs.....	44
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Eixos temáticos das barreiras relatadas por profissionais de saúde para a oferta e manutenção de programas de AF em ILPIs... ..	34
Tabela 2. Eixos temáticos das barreiras relatadas por gestores e proprietários para a oferta e manutenção de programas de AF em ILPIs... ..	36
Tabela 3. Eixos temáticos dos facilitadores relatados pelos profissionais de saúde para a oferta e manutenção de programas de AF em ILPIs... ..	39
Tabela 4. Eixos temáticos dos facilitadores relatados por gestores e proprietários para a oferta e manutenção de programas de AF em ILPIs... ..	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Categorias das barreiras percebidas pelos profissionais de saúde.....	33
Gráfico 2 - Categorias das barreiras percebidas pelos gestores e proprietários... ..	35
Gráfico 3: Categorias dos facilitadores percebidos pelos profissionais de saúde... ..	38
Gráfico 4. Categorias dos facilitadores percebidos pelos gestores e proprietários... ..	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade física
CS	Comportamento sedentário
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO...	16
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA...	17
2.1 Envelhecimento Populacional...	17
2.2 Implicações da prática de AF e do CS...	19
2.3 Políticas públicas de AF e redução do CS...	19
2.4 AF e CS no contexto de ILPIs...	20
2.5 ILPIs e Políticas Públicas...	20
3. JUSTIFICATIVA	21
4. OBJETIVO	23
5. METODOLOGIA	23
6. RESULTADOS	31
7. DISCUSSÃO	45
8. CONCLUSÃO	48
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
10. EXPERIÊNCIAS EM PESQUISA	50
11. REFERÊNCIAS	53
12. APÊNDICES	60

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional configura-se como um dos fenômenos demográficos mais relevantes do século XXI, trazendo implicações profundas para os sistemas de saúde, assistência social e organização dos serviços de cuidado (Dumith; Feter, 2024; Faria; Spode, 2024). No Brasil, esse processo ocorre de forma acelerada e em um contexto marcado por desigualdades sociais, limitações estruturais e desafios históricos na formulação e implementação de políticas públicas voltadas à população idosa. Esse cenário impõe a necessidade de repensar estratégias de cuidado que transcendam o modelo da medicina tradicional e incorporem ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e manutenção da funcionalidade ao longo do envelhecimento (Dumith; Feter, 2024; Faria; Spode, 2024; Do Lago et al., 2025).

Nesse contexto, a atividade física (AF) emerge como um dos principais pilares para o envelhecimento saudável, sendo amplamente reconhecida por seus efeitos positivos sobre a saúde física, mental, funcional e social das pessoas idosas (Do Lago et al., 2025; Varesco; Hunter; Rozand, 2021; Da Silva Ferreira et al., 2024). Paralelamente, o comportamento sedentário (CS) tem sido identificado como um importante fator de risco para o agravamento de condições clínicas, perda funcional e redução da qualidade de vida, especialmente em populações mais vulneráveis (Oliveira-Figueiredo et al., 2023; Lemes, 2021; Nunes; Knuth, 2023). Assim, compreender a dinâmica entre AF, CS e envelhecimento torna-se fundamental para subsidiar intervenções mais eficazes, particularmente em contextos institucionais.

As Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs) ocupam um papel central nesse debate, uma vez que concentram indivíduos com maior prevalência de dependência funcional, multimorbidades e fragilidades físicas, mentais e sociais (Zhao et al., 2022; Dutra et al., 2024). Embora essas instituições sejam regulamentadas por políticas e normativas que preconizam a oferta de atividades que estimulem a autonomia e o movimento corporal, a efetivação de programas regulares de AF ainda enfrenta inúmeros desafios (Zhao et al., 2022; Da Silva Ferreira et al., 2025). Esses desafios não se restringem às condições clínicas dos residentes, mas envolvem também aspectos organizacionais, estruturais, de gestão, recursos humanos e capacitação profissional (Félis; Silva, 2024).

A literatura aponta que a implementação e a sustentabilidade de programas de AF em ILPIs são influenciadas por múltiplos fatores, que atuam de forma interdependente (Hahn et

al., 2024). Barreiras e facilitadores podem estar relacionados às características dos residentes, às equipes de trabalho, à organização do serviço, à disponibilidade de recursos materiais e ao apoio institucional e familiar (Hahn et al., 2024; Félix; Silva, 2024).

Diante disso, torna-se essencial aprofundar a compreensão sobre os elementos que dificultam ou favorecem a execução e oferta de programas de AF e a redução do CS em ILPIs no Brasil. A análise desses fatores permite não apenas identificar entraves operacionais e estruturais, mas também reconhecer estratégias já utilizadas no cotidiano institucional, bem como potencialidades que podem ser fortalecidas. Esse conhecimento é fundamental para orientar a prática profissional, subsidiar a gestão institucional e contribuir para a formulação de estratégias mais realistas, contextualizadas e sustentáveis.

Assim, a presente revisão da literatura organiza-se de modo a discutir, inicialmente, o processo de envelhecimento populacional e suas implicações; em seguida, as transformações funcionais associadas ao envelhecimento; os benefícios da AF e os impactos do CS; as políticas públicas relacionadas a esses temas; e, por fim, as especificidades do contexto das ILPIs, incluindo seus desafios estruturais, organizacionais e normativos. Essa estrutura busca oferecer um embasamento teórico consistente para a compreensão dos resultados do estudo e para a discussão das barreiras e facilitadores identificados na prática institucional.

Para fins de padronização conceitual, foram adotadas as seguintes definições ao longo deste estudo. As barreiras foram entendidas como fatores individuais, organizacionais ou estruturais que dificultam ou limitam a execução e a participação em programas de atividade física. Por sua vez, os facilitadores correspondem a condições, recursos ou estratégias que favorecem ou potencializam a realização dessas práticas no contexto institucional. A execução de programas de AF refere-se à participação e ao desenvolvimento sistemático de atividades planejadas e conduzidas por profissionais, integradas à rotina das instituições.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Envelhecimento Populacional

O processo de envelhecimento populacional brasileiro, intensificado pela transição demográfica e epidemiológica, tem repercutido diretamente nos indicadores de saúde do país. A redução das taxas de fecundidade e mortalidade, aliada ao avanço tecnológico e ao maior acesso a serviços de saúde, contribuíram para o aumento expressivo da expectativa de vida, inaugurando novos desafios para os sistemas de cuidado (Dumith; Feter, 2024; Faria; Spode, 2024). Nesse contexto, Coelho (2022) apresenta o conceito de “capitalismo da longevidade”, que descreve a crescente indústria voltada à oferta de produtos, tecnologias e serviços para

atender às necessidades da população envelhecida.

Embora tal fenômeno representa avanços importantes na ampliação da vida, o autor ressalta que países em desenvolvimento, como o Brasil, permanecem estruturalmente despreparados para lidar com as implicações sociais, econômicas e organizacionais do envelhecimento acelerado (Coelho, 2022; Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023). Entre essas implicações, destacam-se a ampliação da demanda por cuidados de longa duração, a necessidade de qualificação de profissionais, a sobrecarga dos serviços de saúde e assistência, e a urgência de políticas públicas capazes de acompanhar o ritmo da transição demográfica. Assim, compreender os impactos desse cenário torna-se fundamental para o planejamento e fortalecimento de estratégias que promovam um envelhecimento mais saudável, autônomo e inclusivo (Coelho, 2022).

Durante o envelhecimento, indivíduos podem vivenciar transformações que afetam sua independência funcional e, por consequência, sua capacidade de exercer autonomia (Costa et al., 2024; Ribeiro et al., 2015). À medida que a idade avança, alterações fisiológicas naturais como redução da força muscular, diminuição da flexibilidade, alterações no equilíbrio e na coordenação motora, podem comprometer a execução de atividades básicas e instrumentais da vida diária. A essas mudanças somam-se condições frequentemente prevalentes entre pessoas idosas, como doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, limitações físicas e cognitivas, fragilidade, imobilidade e níveis elevados de CS, fatores amplamente associados ao declínio funcional e à progressão da dependência funcional (Lopes et al., 2019; Santos, 2024). Essa perda funcional impacta diretamente a capacidade de aderir e manter a prática de atividades físicas (AF), uma vez que limitações motoras, dor, medo de cair, insegurança, déficits cognitivos e menor motivação podem tornar o engajamento em programas estruturados mais desafiador. Em contextos institucionais, essas dificuldades tendem a ser ainda mais evidentes, dada a maior prevalência de dependência funcional e de condições clínicas complexas entre residentes de ILPIs.

Por outro lado, evidências mostram que a manutenção de um estilo de vida ativo, incluindo participação social, atividade econômica, alimentação equilibrada e prática regular de AF, exerce papel crucial na preservação da funcionalidade e na prevenção de agravos (Ribeiro et al., 2016; Julik et al., 2024). Esses comportamentos atuam não apenas na melhora do condicionamento físico, mas também na redução de sintomas depressivos, na promoção do bem-estar psicológico e na ampliação da autonomia, compondo um conjunto de fatores protetivos fundamentais para um envelhecimento mais saudável e sustentável.

2.2 Implicações da prática de AF e do CS

A prática de AF e a diminuição do CS apresentam benefícios amplamente comprovados na literatura científica, atuando de maneira significativa na prevenção quanto no tratamento de diversas doenças crônicas, além de favorecer a manutenção da autonomia, preservação da capacidade física e mental (De Andrade; De Mello, 2022; Do Lago et al., 2025). Esses efeitos positivos incluem melhora da força muscular, equilíbrio, mobilidade, função cardiovascular e desempenho cognitivo, fatores essenciais para a promoção do envelhecimento saudável. Além disso, a prática regular de AF contribui para a regulação do humor, redução da ansiedade e do estresse, melhora da qualidade do sono, estímulo da socialização e, conseqüentemente, maior sensação de bem-estar e qualidade de vida.

Apesar desses benefícios amplamente reconhecidos, ainda se observa na população uma significativa confusão conceitual entre AF, exercício físico e CS, o que pode limitar a adesão a práticas adequadas e dificultar intervenções profissionais (Dasso, 2019; Gonçalves, 2024). Com isso, foram adotadas as seguintes definições ao longo deste estudo. A AF foi compreendida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético. Já o exercício físico constitui uma subcategoria específica e mais estruturada, planejada, sistematizada e orientada por profissionais qualificados, como aumento da força, melhora da resistência, ou da flexibilidade, englobando práticas como musculação, fisioterapia motora, pilates e programas de condicionamento físico (Dasso, 2019; Mattos et al., 2020).

O comportamento sedentário (CS) foi definido como qualquer atividade realizada em posição sentada, reclinada ou deitada, com baixo gasto energético, sendo um dos principais fatores relacionados à piora clínica e ao desenvolvimento de doenças (Santos, 2024; Silva; Silva, 2022; Caldas et al., 2024). Trata-se de uma condição multifatorial, influenciada por comorbidades, dores, desigualdades socioeconômicas e transformações do estilo de vida contemporâneo, como maior uso de tecnologias e diminuição de esforços físicos no cotidiano (Lemes, 2021; Nunes; Knuth, 2023).

2.3 Políticas públicas de AF e redução do CS

Com o intuito de aumentar a prática de AF e reduzir o CS, o Guia Brasileiro de Atividade Física organizado pelo Ministério da Saúde (Brasil 2021) e a Organização Pan-Americana da Saúde (2020) publicaram recomendações prevendo que adultos e idosos realizem entre 150 e 300 minutos semanais de AF moderada, ou 75 a 150 minutos de AF vigorosa, incluindo fortalecimento muscular e atividades para equilíbrio (De Faria Coelho Ravagnani et al., 2021; OMS, 2021). Além disso, recomenda-se que a pessoa idosa, a cada 30

minutos, se levante, alongue ou faça uma caminhada, evitando longos períodos sentada (Brasil, 2021). Ainda assim, a prevalência de inatividade física no Brasil entre pessoas idosas acima de 65 anos é de 37,6% (Claro et al., 2022; Brasil, 2021; Varesco; Hunter; Rozand, 2021), contribuindo para cerca de 48% dos custos públicos em saúde associados a internações (Santos, 2024).

Estudos têm mostrado que AF regular fortalece a capacidade funcional, melhora a execução de atividades de vida diária e contribui para o envelhecimento ativo (Dias et al., 2023). Durante sua prática, há liberação de hormônios como endorfina, serotonina e dopamina, responsáveis pela melhora do humor, sono, autoestima e redução de sintomas depressivos (Alencar; Falcão, 2021; Coelho et al., 2024). Movimentos corporais, sobretudo quando associados à dupla tarefa, também ampliam o desempenho físico e cognitivo, além de favorecer o controle postural e a mobilidade (Yoon et al., 2022; Bherer et al., 2021).

2.4 AF e CS no contexto de ILPIs

A institucionalização geralmente decorre de comprometimento cognitivo, dependência funcional, ausência ou sobrecarga familiar, limitações econômicas ou desejo próprio. As ILPIs, portanto, assumem papel fundamental na oferta de cuidados integrais por equipes multidisciplinares, atendendo às demandas físicas, sociais e emocionais. Esses serviços, sejam públicos, privados ou filantrópicos, acolhem residentes com diferentes níveis de dependência e vulnerabilidades (Guimarães et al., 2021; Lini; Portella; Doring, 2016; Da Silva; Mendonça, 2021).

Apesar das recomendações globais, estas tendem a generalizar a população idosa, desconsiderando contextos específicos. Pessoas idosas institucionalizadas, por exemplo, possuem menor probabilidade de aderir às recomendações e podem demandar adaptações e maior qualificação profissional para receber intervenções adequadas (Da Silva Ferreira et al., 2025; Santos, 2024). O desafio de aumentar os níveis de AF e diminuir o CS pode depender dos gestores, dos profissionais, das pessoas idosas e de familiares. Estudos que analisem estes desafios podem contribuir para a melhoria das condições das pessoas idosas por meio de aumento de movimento em ILPIs.

2.5 ILPIs e Políticas Públicas

No estado de São Paulo existem cerca de 2412 ILPIs, predominantemente privadas, com capacidade média de 20 a 30 residentes, sendo a minoria composta por instituições de grande porte (Lacerda et al., 2021; De Oliveira; Da Silva, 2024; Camarano; Barbosa, 2016). As instituições públicas abrigam maior proporção de pessoas idosas independentes, enquanto as privadas concentram residentes dependentes, refletindo desigualdades financeiras e necessidades familiares (Camarano; Barbosa, 2016).

Embora respaldadas por políticas como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Estatuto do Idoso e SUAS, ILPIs públicas e filantrópicas enfrentam desafios como escassez de recursos humanos, financeiros e estruturais (De Oliveira; Da Silva, 2024). A RDC 502/2021 estabelece diretrizes para garantir direitos e condições de funcionamento adequadas, incluindo parâmetros de dependência, ambiente físico, notificação compulsória e monitoramento institucional (Anvisa, 2021).

Nessas instituições, promover atividades físicas é uma exigência normativa e uma estratégia importante para autonomia e independência. Além da AF, são frequentemente ofertadas atividades de terapia ocupacional, estimulação cognitiva e dupla tarefa, musicoterapia, capoterapia e fisioterapia. Programas de AF em ILPIs buscam aptidão funcional, reabilitação e socialização, sendo que atividades recreativas apresentam maior participação dos residentes (Camponogara et al., 2024; Silva, 2024; Costa et al., 2015).

3 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender, de forma aprofundada, os desafios e potencialidades envolvidas na oferta de programas de AF em ILPIs, um contexto ainda pouco explorado pela literatura nacional. Embora a prática de AF seja amplamente reconhecida como estratégia essencial para a promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida de pessoas idosas, evidencia-se que a realidade institucional possui obstáculos adicionais, que vão desde limitações físicas e cognitivas dos residentes até barreiras organizacionais, estruturais e de qualificação profissional.

A ausência de estudos específicos no Brasil que abordem simultaneamente a percepção de profissionais de saúde, gestores e proprietários sobre essas barreiras e facilitadores limita a elaboração de intervenções eficazes e adequadas ao contexto das ILPIs. Ao investigar esses elementos e identificar estratégias práticas utilizadas no cotidiano institucional, esta pesquisa contribui para reduzir lacunas científicas, subsidiar tomadas de

decisão mais embasadas e fortalecer políticas e programas de promoção da AF nesse ambiente. Além disso, o estudo possui relevância social ao proporcionar evidências capazes de orientar a construção de práticas mais sensíveis às necessidades dos residentes e mais alinhadas às capacidades operacionais das instituições, favorecendo a melhoria contínua do cuidado e o avanço das ações de envelhecimento ativo no Brasil.

Entretanto, grande parte dos estudos existentes concentra-se em contextos internacionais, domiciliares ou na atenção primária à saúde, havendo uma lacuna significativa de investigações que explorem essas questões sob a perspectiva dos profissionais, gestores e proprietários de ILPIs, especialmente no contexto brasileiro (Andrews; Cheema; Siette, 2024; Baidya et al., 2025; Costa et al., 2015; Da Silva Socoloski et al., 2021). Por exemplo, revisões internacionais e pesquisas recentes sobre barreiras e facilitadores à implementação de programas de AF em ILPIs ressaltam fatores vinculados às condições dos residentes e à capacidade institucional, mas ainda apontam lacunas na compreensão dos processos de implementação e das experiências (Andrews; Cheema; Siette, 2024; Baidya et al., 2025; Dos Santos; D’Orsi; Rech, 2020). No Brasil, um estudo brasileiro, de 2015, descreveu as AF desenvolvidas em ILPIs em Santa Catarina, com foco nas características das práticas oferecidas e participantes responsáveis, mas não aprofundou percepções de barreiras e facilitadores segundo profissionais e gestores (Costa et al., 2015). Já entre profissionais, barreiras organizacionais incluem desconhecimento sobre mobilidade, resistência da equipe, falhas de comunicação e sobrecarga de trabalho (Ansai et al., 2020). Por fim, outro estudo que investiga revisões de barreiras à prática de AF em pessoas idosas brasileiras apontam múltiplos fatores, como limitações físicas e motivação, porém a maior parte das pesquisas considera populações comunitárias e domiciliares, sem explorar contextos institucionais, nem a perspectiva de gestores e equipes (Da Silva Socoloski et al., 2021).

Diante disso, torna-se essencial aprofundar a compreensão sobre os elementos que dificultam ou favorecem a execução e oferta de programas de AF e a redução do CS em ILPIs no Brasil. A análise desses fatores permite não apenas identificar entraves operacionais e estruturais, mas também reconhecer estratégias já utilizadas no cotidiano institucional, bem como potencialidades que podem ser fortalecidas. Esse conhecimento é fundamental para orientar a prática profissional, subsidiar a gestão institucional e contribuir para a formulação de estratégias mais realistas, contextualizadas e sustentáveis.

A relevância científica deste estudo, busca preencher uma lacuna na literatura brasileira ao identificar barreiras, facilitadores e estratégias utilizadas por profissionais de ILPIs para ofertar programas de AF e reduzir o CS. Estudos avaliados pela ferramenta RE-AIM identificam barreiras como baixa compreensão dos objetivos do programa, pouca preparação profissional e reduzida participação multidisciplinar, enquanto expectativas positivas e materiais adequados funcionam como facilitadores (Squarcini et al., 2015; Santos et al., 2023).

Diante desse panorama, a presente proposta de pesquisa tem relevância social dado que os resultados poderão subsidiar gestores, proprietários e profissionais na elaboração e aprimoramento de programas de AF para maior adesão e aderência entre residentes. Para pessoas idosas institucionalizadas e familiares poderão se beneficiar de profissionais de saúde mais capacitados para desenvolver e aprimorar propostas de aumento de movimento dentro da rotina das ILPIs.

4 OBJETIVOS

Objetivo geral

- Analisar as barreiras e facilitadores percebidos por profissionais de saúde, gestores e proprietários em relação à execução de programas de AF e redução do CS em ILPIs.

Objetivos específicos

- Identificar as características sociodemográficas e de formação profissional de gestores e profissionais;
- Identificar a percepção dos profissionais de saúde, gestores e proprietários sobre as barreiras de ofertas de programas de AF em ILPIs;
- Identificar a percepção dos profissionais de saúde, gestores e proprietários sobre os facilitadores de ofertas de programas de AF em ILPIs.
- Desenvolver uma cartilha com estratégias para reduzir as principais barreiras para execução de programas de AF em ILPIs citadas pelos profissionais.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem de métodos mistos, realizado entre os anos de 2024 e 2025. Participaram proprietários, gestores e profissionais de saúde que trabalham ou já trabalharam, por no mínimo, 3 meses em ILPIs, sejam elas públicas, privadas ou filantrópicas, localizadas em municípios do interior do estado de São Paulo.

O relato do estudo seguiu as recomendações do COREQ – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research, um checklist de 32 itens que orienta transparência, completude e rigor na descrição de estudos qualitativos baseados em entrevistas e grupos focais (Souza et al., 2021).

5.2 População e amostra

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde, gestores e proprietários que atuam ou já atuaram diretamente na oferta, supervisão ou construção de programas de AF e de redução do CS voltados a pessoas idosas institucionalizadas.

Estas pessoas foram recrutadas pelas seguintes etapas:

Figura 1: Etapas do processo de recrutamento dos participantes do estudo

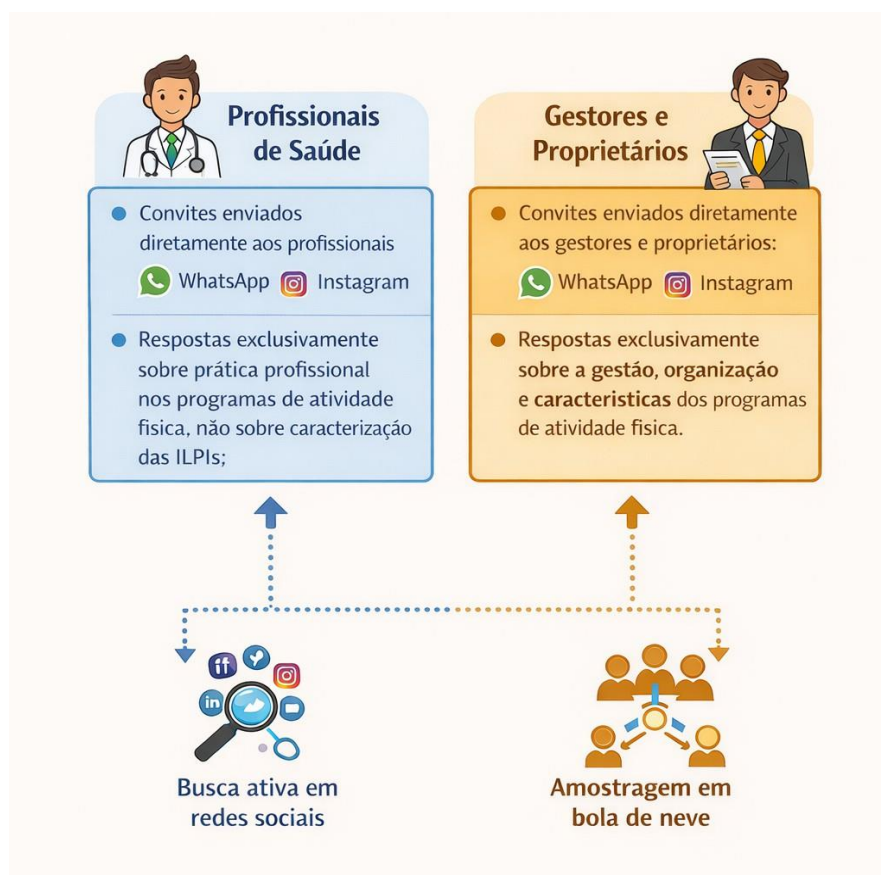


Figura 1: Figura ilustrativa do processo de recrutamento remoto de profissionais de saúde, gestores e proprietários de ILPIs, realizado por meio de busca ativa em redes sociais e amostragem em bola de neve. O contato com os participantes ocorreu via WhatsApp, Instagram e e-mail. Os profissionais de saúde responderam a questões relacionadas exclusivamente à sua prática profissional em programas de AF, enquanto gestores e proprietários responderam sobre aspectos de gestão, organização institucional e características dos programas ofertados.

5.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo indivíduos que atenderam aos seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Ocupação de cargo de gestão da instituição ou exercício de função como profissional de saúde diretamente envolvido em programas de AF ou ações de redução do CS;
- Residir na região geográfica contemplada pelo estudo;
- Atuar em ILPIs há pelo menos 3 meses;
- Ter oferecido ou acompanhado, nos últimos 12 meses, programas ou ações sistematizadas para aumento do movimento corporal dos residentes por um período mínimo de 3 meses.

5.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos:

- Indivíduos que não participaram em nenhuma etapa de desenvolvimento, oferecimento ou acompanhamento de programas de AF ou ações de redução do CS;
- Profissionais com tempo de atuação inferior a 3 meses na instituição;
- Contatos que não responderam após três tentativas de comunicação.

5.3 Procedimentos de coleta de dados

5.3.1 Recrutamento

O recrutamento dos participantes ocorreu remotamente, por meio de busca ativa em redes sociais e da estratégia de amostragem em bola de neve, possibilitando alcançar profissionais atuantes em diferentes ILPIs do interior do estado de São Paulo. Para os profissionais de saúde, os convites foram enviados diretamente aos indivíduos, sem necessidade de autorização institucional, uma vez que as respostas solicitadas diziam respeito exclusivamente à sua prática profissional no contexto dos programas de AF, e não à caracterização das ILPIs. Já para o recrutamento dos gestores e proprietários, o contato foi

realizado diretamente com as instituições por e-mail, instagram ou contato telefônico via Whats App, uma vez que essas posições representam a coordenação administrativa e organizacional dos serviços.

Até três tentativas de contato foram feitas (via e-mail, ligação telefônica ou WhatsApp). Os participantes que aceitaram compor o estudo receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.3.2 Etapas da coleta de dados

1ª etapa – Aplicação dos questionários online

Dois questionários distintos foram elaborados e aplicados por meio da plataforma Google Forms, considerando as diferenças entre atribuições profissionais :

- Questionário para **profissionais de saúde** (fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, gerontólogos etc.): Voltado à caracterização das atividades físicas realizadas, incluindo tipo, frequência e forma de execução. O engajamento e a adesão dos residentes foram avaliados de forma indireta, a partir do relato dos profissionais, por meio de questões que investigaram: (1) o número total de residentes na instituição; (2) o número de residentes participantes das atividades de atividade física; e (3) a frequência de realização dessas atividades. A partir dessas informações, foi possível estimar a proporção de participação dos residentes nos programas ofertados. Adicionalmente, o questionário incluiu perguntas abertas e fechadas sobre barreiras encontradas na prática e fatores facilitadores identificados no cotidiano institucional.
- Questionário para **gestores e proprietários de ILPIs**: Direcionado aos aspectos organizacionais, como disponibilidade de recursos, decisões administrativas, rotina institucional e, barreiras e facilitadores estruturais para ofertas e manutenção de programas.

O desfecho primário dessa etapa foi a identificação das barreiras e facilitadores relacionados à oferta e manutenção de programas de AF nas ILPIs.

2ª etapa – Realização do grupo focal com profissionais de saúde

A partir da análise preliminar dos questionários, apenas os profissionais de saúde foram convidados a participar de um grupo focal. O convite foi realizado por no máximo 3 vezes por meio de mensagens, áudios e ligações telefônicas para todos os profissionais e gestores que realizaram a primeira etapa do projeto. O objetivo dessa etapa foi aprofundar a

compreensão das principais barreiras apontadas, discutindo:

- Estratégias práticas utilizadas no cotidiano para minimizar dificuldades;
- Propostas de manejo e soluções coletivas;
- Elementos que contribuem para maior adesão, engajamento e continuidade das atividades pelos residentes.

A interação possibilitou a exploração das percepções dos profissionais, ampliando a compreensão do contexto real de oferecimento dos programas.

3ª etapa – Elaboração da cartilha

Com base nas contribuições do grupo focal, foi desenvolvida uma cartilha direcionada a gestores e proprietários de ILPIs, contendo recomendações práticas, estratégias organizacionais e orientações para qualificação da oferta de AF e redução do CS. A cartilha será disponibilizada aos participantes como material de apoio.

5.4 Desfechos do estudo

Desfecho primário

O desfecho primário do estudo foi a identificação das barreiras e dos facilitadores relacionados à oferta e à manutenção de programas de atividade física em ILPIs, considerando fatores estruturais, organizacionais, características dos residentes e percepções dos profissionais e da gestão. Como desfechos secundários, foram analisados o funcionamento das atividades, adesão e aceitabilidade dos programas, disponibilidade de recursos e possibilidades de intervenções futuras, além das estratégias de manejo das barreiras identificadas no grupo focal.

Desfechos secundários

a) Funcionamento das atividades

Caracterizar os tipos de atividades realizadas; objetivos propostos das atividades; frequência e duração das sessões; modalidade (individual/coletiva); adaptações realizadas para diferentes níveis funcionais e existência de plano estruturado de cuidado.

b) Adesão, aceitabilidade e permanência

Avaliar fatores relacionados ao engajamento dos residentes e à aceitação dos programas pelos diferentes profissionais da ILPI.

c) Recursos

Descrever a disponibilidade de materiais, capacitações e recursos financeiros ou estruturais.

d) Intervenções futuras

A partir dos achados, propor caminhos e sugestões de intervenções futuras aplicáveis ao contexto das ILPIs.

e) Grupo focal - Manejo das barreiras

O grupo focal teve como objetivo identificar estratégias práticas e organizacionais utilizadas pelos profissionais para:

- Reduzir desafios e barreiras;
- Melhorar adesão;
- Qualificar a oferta;
- Facilitar a construção ou aprimoramento de novos programas.

5.5 Instrumentos de coleta de dados

Para garantir maior amplitude e profundidade das informações, utilizaram-se dois instrumentos principais:

A) Questionário para profissionais de saúde (Google Forms)

As perguntas contemplaram: dados pessoais e profissionais; existência de programas de AF e estratégias de redução do CS; identificação de barreiras e facilitadores; funcionamento das atividades (tipos, frequência, duração, objetivos, adaptações, plano de cuidado); adesão e participação dos residentes e recursos materiais disponíveis.

Antes do início do preenchimento, foram apresentadas aos participantes definições de AF e CS, a fim de padronizar a compreensão dos termos. A AF foi definida como qualquer movimento corporal produzido pelo corpo que resultasse em gasto energético, incluindo exercícios estruturados e atividades de movimento corporal realizadas na rotina institucional. O CS foi definido como o tempo despendido em atividades realizadas em posição sentada ou reclinada, com baixo gasto energético.

B) Questionário para proprietários e gestores

Os itens foram direcionados à caracterização institucional, presença de programas, viabilidade, aceitabilidade, barreiras, facilitadores e existência de recursos financeiros.

C) Grupo focal

O grupo focal foi conduzido com profissionais de saúde atuantes em ILPIs, sendo integralmente gravado em áudio, mediante autorização dos participantes, e posteriormente transcrito para análise qualitativa. Essa etapa teve como propósito aprofundar a compreensão das barreiras identificadas pelos próprios profissionais na fase qualitativa e, sobretudo, identificar estratégias práticas utilizadas no cotidiano para mitigar esses obstáculos. A escolha pelo grupo focal se justifica por sua capacidade de promover interação e troca de experiências entre os participantes, permitindo que ideias, percepções e soluções apareçam de forma coletiva e dinâmica, favorecendo a construção de informações importantes sobre o fenômeno estudado (Alves et al., 2023; Krueger, 2014).

Além disso, o grupo focal desempenha papel fundamental na pesquisa qualitativa, pois possibilita acessar aspectos subjetivos, contextuais e relacionais que dificilmente seriam captados por instrumentos estruturados, como questionários. Nesse sentido, o diálogo entre os profissionais permitiu compreender como as barreiras se manifestam na prática, quais estratégias já vêm sendo empregadas, quais são percebidas como mais eficazes e quais desafios persistem no cotidiano institucional. As informações obtidas serviram de base para a elaboração de uma cartilha informativa, com orientações e estratégias de enfrentamento das barreiras, destinada a apoiar profissionais, gestores e proprietários de ILPIs na oferta e manutenção de programas de AF para pessoas idosas institucionalizadas. Dessa forma, o grupo focal não apenas aprofundou os achados do estudo, mas também contribuiu diretamente para a construção de um material aplicável e alinhado à realidade das instituições.

5.6 Aspectos éticos

O estudo foi conduzido conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, referente às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, e respeitou integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob o parecer substanciado registrado no CAAE nº 83966224.3.0000.5504. Todos os participantes receberam e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em

formato digital, autorizando voluntariamente o uso das informações fornecidas para fins científicos.

5.7 Análise dos dados

Os dados quantitativos provenientes dos questionários foram exportados para planilhas do Microsoft Excel e analisados de forma descritiva, por meio de médias e desvios padrão para variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas. As respostas abertas dos questionários e as transcrições do grupo focal foram analisadas segundo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento, categorização e interpretação, respeitando os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Posteriormente, realizou-se a integração dos dados quantitativos e qualitativos, permitindo uma análise descritiva e complementar das barreiras e facilitadores, considerando sua frequência e natureza entre os diferentes grupos de participantes.

Esforços para reduzir potenciais fontes de viés foram adotados considerando a natureza transversal e baseada em percepções autorreferidas. O recrutamento ocorreu de forma remota por busca ativa e amostragem em bola de neve, com até três tentativas de contato para reduzir perdas por não resposta e mitigar viés de seleção. Para minimizar vieses de mensuração e interpretação, foram utilizados questionários distintos para profissionais de saúde e para gestores/proprietários, respeitando suas diferenças de atribuições, e foram apresentadas previamente definições padronizadas de AF e CS antes do preenchimento. Na etapa qualitativa, o grupo focal foi gravado, transcrito integralmente e analisado por técnica sistematizada de análise de conteúdo, e os achados quantitativos e qualitativos foram integrados, contribuindo para triangulação e maior consistência interpretativa dos resultados.

Durante o processo de coleta de dados, foram identificados casos pontuais de respostas incompletas nos questionários. Nesses casos, a pesquisadora principal entrou em contato diretamente com os participantes por meio do aplicativo WhatsApp para esclarecimento das informações faltantes, sendo obtidas as respostas correspondentes e realizadas as devidas correções nos instrumentos antes da análise. Dessa forma, não houve exclusão de questionários por incompletude e não foram identificadas variáveis com padrão sistemático de não resposta. Na etapa qualitativa, ocorreram desistências de profissionais previamente confirmados para o grupo focal; entretanto, todos os participantes presentes tiveram suas falas integralmente gravadas e transcritas. Não foi realizada imputação estatística de dados, sendo as análises conduzidas com base nas informações completas disponíveis após o processo de conferência e validação das respostas.

6 RESULTADOS

Participaram do estudo 48 profissionais de saúde, dos quais a maioria era do sexo feminino (n=38; 79,2%), enquanto 10 eram do sexo masculino (20,8%). Quanto à formação profissional, predominou a fisioterapia (n=21), seguida por gerontologia (n=6), equipe de enfermagem — incluindo cuidadores, enfermeiros e técnicos (n=6), terapia ocupacional (n=4), educação física (n=2), musicoterapia (n=2), nutrição (n=1), teatro (n=1) e artes visuais (n=1). Em relação às instituições em que esses profissionais atuavam, a maioria era de caráter privado (n=36), seguida por instituições filantrópicas (n=10) e públicas (n=2). No grupo de gestores e proprietários (n=12), sete eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Observou-se diversidade de formações entre esse grupo, com predomínio de áreas da saúde, sendo que alguns participantes possuíam mais de uma graduação; apenas dois gestores relataram formação exclusivamente na área de administração. As instituições desse segundo grupo, eram em sua maioria privadas (n=9) e filantrópica (n=2).

A amostra final deste estudo foi composta por 48 profissionais de saúde, 4 gestores e proprietários, 7 gestores e 1 proprietário de ILPIs, totalizando 60 participantes na etapa quantitativa/qualitativa descritiva. Durante o processo, registraram-se algumas recusas e desistências (n=40), principalmente relacionadas à indisponibilidade de tempo ou o receio de participar de uma pesquisa online, embora o número total de perdas tenha sido reduzido. Além disso, aproximadamente 15 instituições foram contatadas e não responderam, onde foi explicado previamente sobre a pesquisa, e solicitando se possivelmente, o envio dos profissionais que trabalhavam com AF no local. Para a etapa qualitativa, 7 profissionais de saúde participaram do grupo focal previamente agendado, com desistências de 9 após a confirmação. Esse fluxo de recrutamento reforça a transparência do processo e a rastreabilidade dos participantes ao longo do estudo.

A Figura 2 apresenta o fluxograma do processo de recrutamento e seleção dos participantes do estudo, detalhando as etapas de contato, elegibilidade, perdas, recusas e composição final da amostra nas fases quantitativa e qualitativa. A representação gráfica visa assegurar maior transparência metodológica e facilitar a compreensão do percurso amostral adotado ao longo da investigação.

Figura 2. Fluxograma do estudo

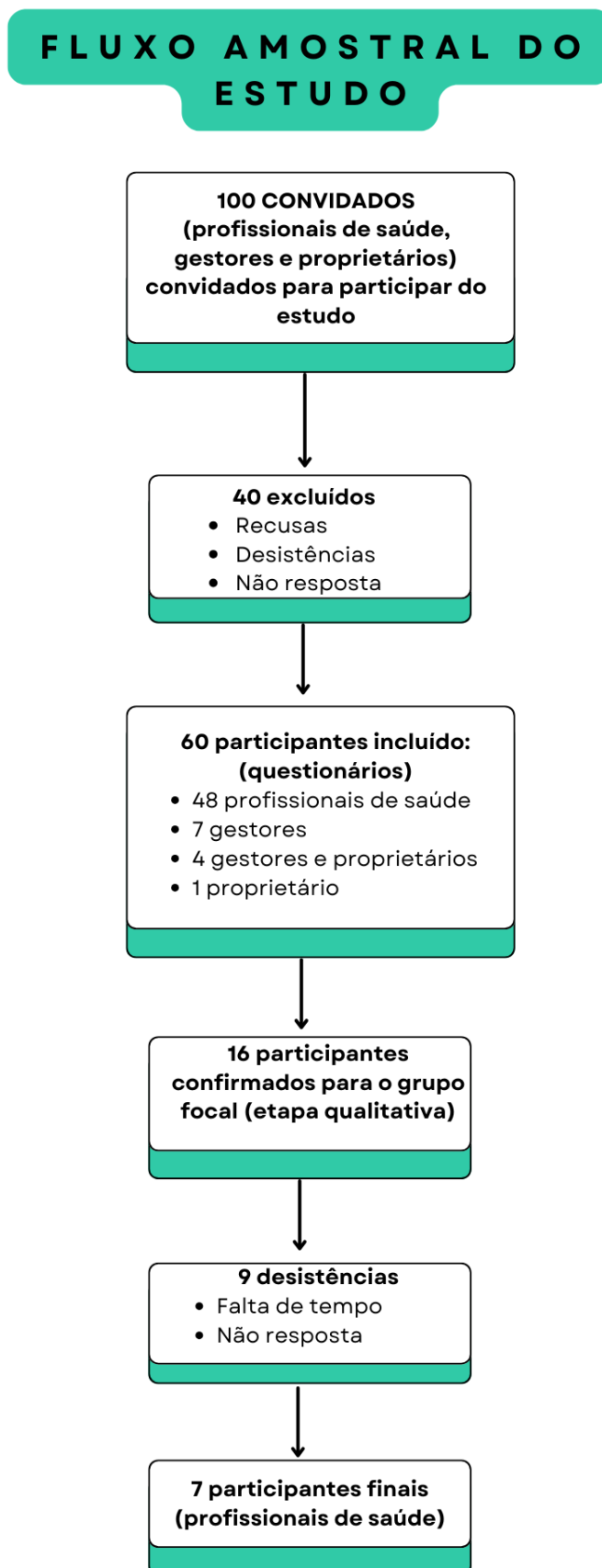


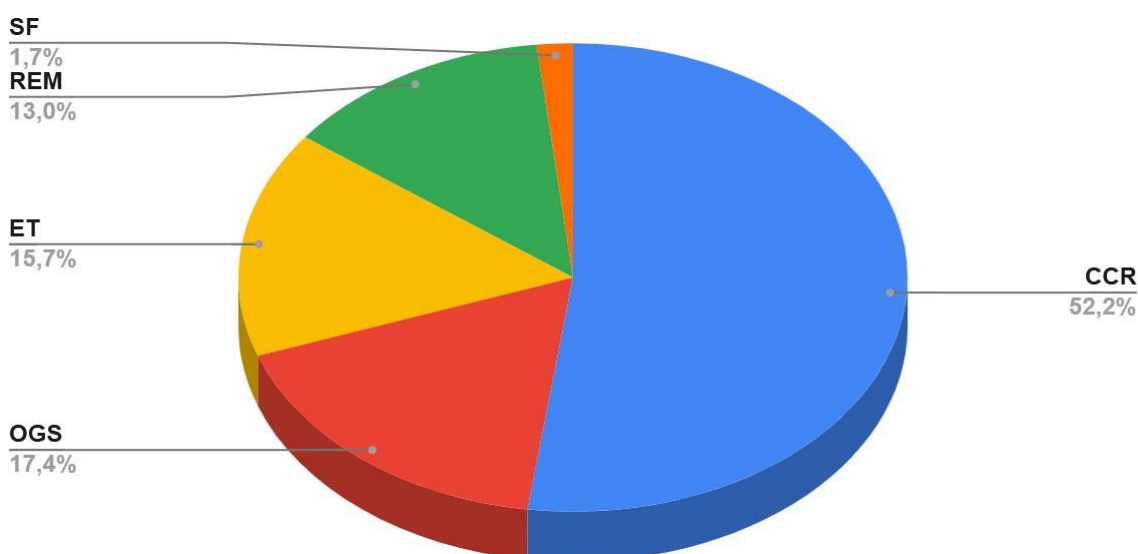
Figura 1. Fluxograma do processo de recrutamento, elegibilidade e inclusão dos participantes nas etapas quantitativa e qualitativa do estudo realizado em ILPIs.

Além disso, para aprofundar a compreensão das barreiras identificadas e construir estratégias de enfrentamento, foi realizado um grupo focal com a participação de 7 profissionais de saúde, selecionados entre aqueles que atuavam diretamente na execução de atividades físicas com os residentes. Essa composição amostral permitiu abarcar diferentes perspectivas sobre a oferta de programas de AF e o enfrentamento do CS no contexto institucional, garantindo heterogeneidade suficiente para responder aos objetivos da pesquisa.

A análise das respostas dos profissionais, gestores e proprietários de ILPIs revelou diversas barreiras que dificultam o oferecimento de programas de AF. Os gráficos demonstram que essas barreiras são multifatoriais, envolvendo limitações estruturais, características dos residentes, aspectos organizacionais e preparo das equipes. A visualização gráfica desses dados facilita a compreensão da distribuição e interação dessas barreiras, contribuindo para o planejamento de estratégias mais adequadas à realidade das ILPIs.

As barreiras foram organizadas em eixos temáticos, e distribuídas em categorias apresentadas a seguir entre profissionais de saúde, gestores e proprietários. A partir da análise dos dados qualitativos, com o objetivo de sistematizar e facilitar a compreensão dos fatores que interferem na oferta e execução de programas de AF no contexto das ILPIs, as tabelas apresentam esses eixos temáticos, bem como as categorias que os compõem, permitindo uma visão abrangente das principais dificuldades percebidas no cotidiano institucional.

Gráfico 1: Categorias das barreiras percebidas pelos profissionais de saúde



Legenda: CCR = condições e características dos residentes; OGS = organização e gestão do serviço; ET = equipe de trabalho; REMI = recursos estruturais e materiais da instituição; SF = suporte familiar

Tabela 1. Eixos temáticos das barreiras relatadas por profissionais de saúde para a oferta e manutenção de programas de AF em ILPIs

Eixos temáticos	N	%
<i>Condições e características dos residentes</i>		
Estado de saúde cognitivo e físico	40	35,3
Resistência da pessoa idosa	17	15,0
Adesão e aderência dos residentes	1	0,8
Comportamento sedentário	1	0,8
Quedas	1	0,8
<i>Organização e gestão do serviço</i>		
Carga horária reduzida	7	6,1
Falta de educação em saúde e conscientização da equipe	7	6,1
Falta de planejamento e estratégias	6	5,3
<i>Equipe de trabalho</i>		

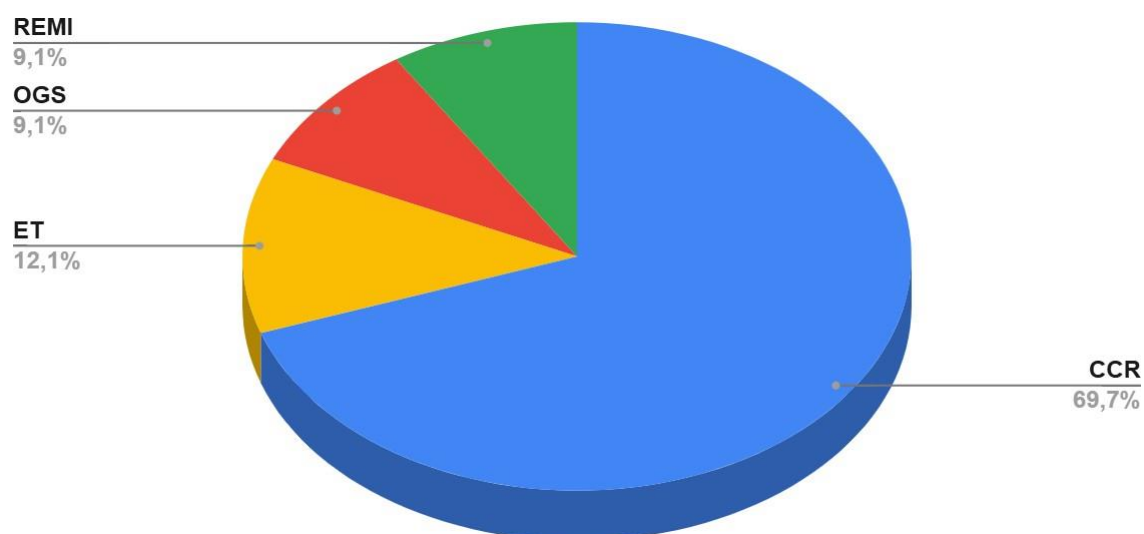
Comprometimento e rotatividade da equipe	8	7,0
Equipe reduzida	6	5,3
Falta de profissionais capacitados	4	3,5

Recursos estruturais e materiais da instituição

Recursos gerais da instituição (material, humano, financeiro, etc)	10	8,8
Estrutura e espaço físico	5	4,4

Legenda: Os eixos temáticos foram identificados a partir da análise de conteúdo das respostas abertas dos questionários, conforme a proposta de Bardin. As barreiras foram agrupadas de acordo com similaridade semântica e conceitual.

Gráfico 2: Categorias das barreiras percebidas pelos gestores e proprietários



Legenda: CCR = condições e características dos residentes; OGS = organização e gestão do serviço; ET = equipe de trabalho; REMI = recursos estruturais e materiais da instituição

Tabela 2. Eixos temáticos das barreiras relatadas por gestores e proprietários para a oferta e manutenção de programas de AF em ILPIs

Eixos temáticos	N	%
<i>Condições e características dos residentes</i>		
Estado de saúde cognitivo e físico	16	48,4
Resistência da pessoa idosa	5	15,1

Adesão e aderência dos residentes	2	6,0
-----------------------------------	---	-----

Equipe de trabalho

Comprometimento da equipe	3	9,0
---------------------------	---	-----

Falta de profissionais capacitados	1	3,0
------------------------------------	---	-----

Organização e gestão do serviço

Carga horária reduzida	2	6,0
------------------------	---	-----

Falta de planejamento e estratégias	1	3,0
-------------------------------------	---	-----

Recursos estruturais e materiais da instituição

Estrutura e espaço físico	2	6,0
---------------------------	---	-----

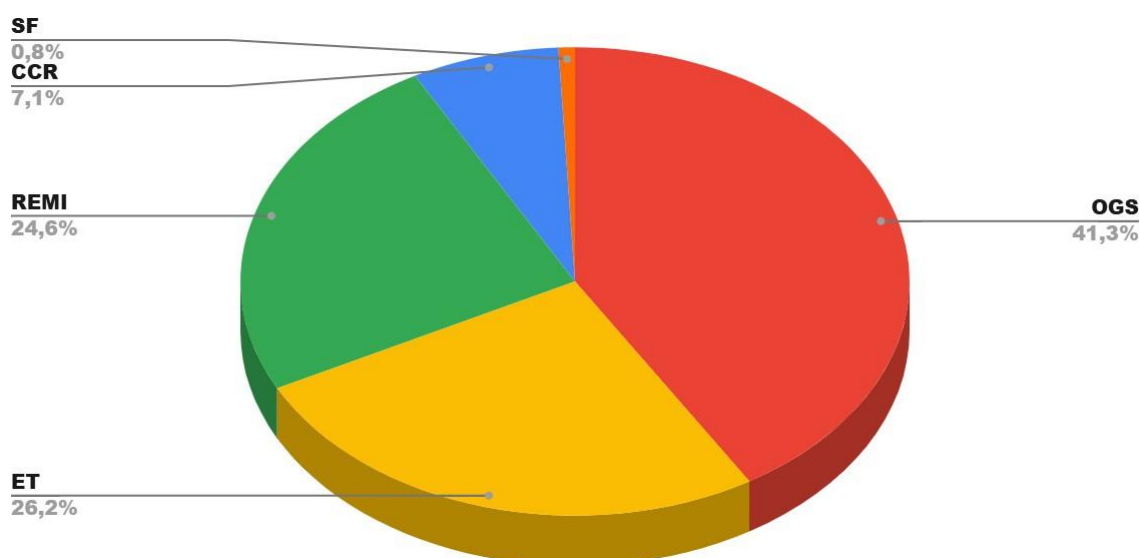
Recursos gerais da instituição (material, humano, financeiro, etc)	1	3,0
--	---	-----

Legenda: Os eixos temáticos foram identificados a partir da análise de conteúdo das respostas abertas dos questionários, conforme a proposta de Bardin. As barreiras foram agrupadas de acordo com similaridade semântica e conceitual.

A análise das respostas também permitiu identificar um conjunto de facilitadores que favorecem a oferta de programas de AF nas ILPIs. Os facilitadores foram divididos em 16 eixos temáticos e categorizados por 5 categorias

Os dados apresentados nos gráficos 3 e 4 e nas tabelas 3 e 4, a seguir evidenciam elementos que contribuem positivamente para a participação dos residentes e para a organização das atividades.

Gráfico 3: Categorias dos facilitadores percebidos pelos profissionais de saúde



Legenda: CCR = condições e características dos residentes; OGS = organização e gestão do serviço; ET = equipe de trabalho; REMI = recursos estruturais e materiais da instituição; SF = suporte familiar

Tabela 3. Eixos temáticos dos facilitadores relatados pelos profissionais de saúde para a oferta e manutenção de programas de AF em ILPIs

Eixos temáticos	N	%
<i>Organização e gestão do serviço</i>		
Atividades dinâmicas e interativas	17	13,3
Planejamento de estratégias das atividades	14	11,0
Exercícios específicos	12	9,4
Conscientização e educação em saúde	6	4,7
Carga horária maior	2	1,5
Boa comunicação	1	0,7
Atividades integrativas à rotina da instituição	1	0,7
<i>Equipe de trabalho</i>		
Comprometimento da equipe e gestão	16	12,5

Disponibilidade de profissionais capacitados	11	8,6
--	----	-----

Vínculo e escuta ativa com o residente	4	3,1
--	---	-----

Recursos estruturais e materiais da instituição

Estrutura e espaço físico	16	12,5
---------------------------	----	------

Recursos gerais da instituição (material, humano, financeiro, etc)	15	11,8
--	----	------

Condições e características dos residentes

Disposição e prazer da pessoa idosa	8	6,2
-------------------------------------	---	-----

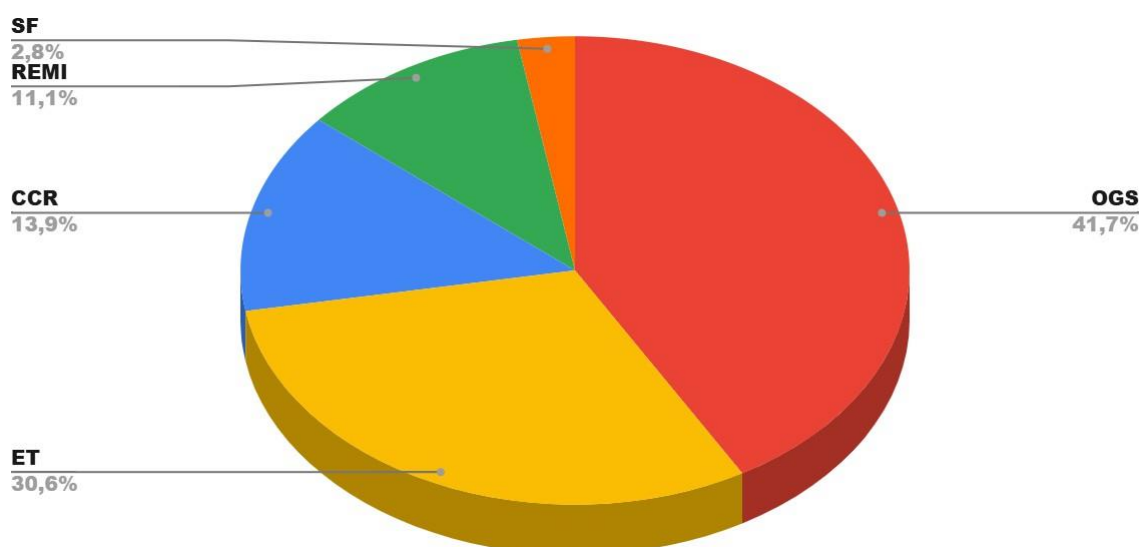
Benefícios da atividade física	1	0,7
--------------------------------	---	-----

Suporte familiar

Envolvimento da família	1	0,7
-------------------------	---	-----

Legenda: Os eixos temáticos foram identificados a partir da análise de conteúdo das respostas abertas dos questionários, conforme a proposta de Bardin. Os facilitadores foram agrupadas de acordo com similaridade semântica e conceitual.

Gráfico 4. Categorias dos facilitadores percebidos pelos gestores e proprietários



Legenda: CCR = condições e características dos residentes; OGS = organização e gestão do serviço; ET = equipe de trabalho; REMI = recursos estruturais e materiais da instituição; SF = suporte familiar

Eixos temáticos	N	%
<i>Organização e gestão do serviço</i>		
Atividades dinâmicas e interativas	6	16,6
Planejamento de estratégias das atividades	4	11,1

Conscientização e educação em saúde	2	5,5
--	---	-----

Carga horária maior	2	5,5
---------------------	---	-----

Atividades integrativas à rotina da instituição	1	2,7
---	---	-----

Equipe de trabalho

Disponibilidade de profissionais capacitados	7	19,4
--	---	------

Comprometimento da equipe e gestão	4	11,1
---------------------------------------	---	------

***Condições e
características dos
residentes***

Disposição e prazer da pessoa idosa	4	11,1
--	---	------

Benefícios da atividade física	1	2,7
-----------------------------------	---	-----

***Recursos
estruturais e
materiais da
instituição***

Estrutura e espaço físico	2	5,5
------------------------------	---	-----

Recursos gerais da instituição (material, humano, financeiro, etc)	2	5,5
---	---	-----

Suporte familiar

Envolvimento da família	1	2,7
----------------------------	---	-----

Legenda: Os eixos temáticos foram identificados a partir da análise de conteúdo das respostas abertas dos questionários, conforme a proposta de Bardin. Os facilitadores foram agrupados de acordo com similaridade semântica e conceitual.

Grupo focal: superando as barreiras

A etapa qualitativa da pesquisa contou com a realização de um grupo focal, intitulado “Superando as barreiras”, composto por sete profissionais de saúde atuantes em ILPIs. Esse encontro teve como objetivo aprofundar a compreensão das barreiras previamente identificadas na etapa do questionário e, principalmente, discutir e construir de forma colaborativa estratégias práticas para enfrentá-las no cotidiano institucional. O diálogo entre os profissionais possibilitou evidenciar percepções compartilhadas, experiências reais de manejo das dificuldades e propostas viáveis de reorganização do processo de trabalho, contribuindo para a elaboração de recomendações aplicáveis ao contexto das ILPIs. A análise do conteúdo transcrito permitiu identificar categorias temáticas que sintetizam as principais estratégias apontadas pelo grupo, apresentadas no quadro 1 a seguir.

Quadro 1. Eixos temáticos das barreiras, questões norteadoras do grupo focal e estratégias propostas por profissionais de saúde para oferta de programas de AF ILPIs

Temática das barreiras	Estado geral de saúde do paciente	Ausência de recursos	Resistência da pessoa idosa	Baixo comprometimento da equipe	Falta de conhecimento sobre a área de AF
Questão norteadora	Para pacientes mais debilitados, quais são os tipos de adaptações que vocês costumam utilizar para conseguir desenvolver as atividades físicas ou qualquer atividade de aumento de movimento corporal com sucesso?	Que tipo de recursos (sejam eles humanos, materiais, ou de tempo) vocês mais sentem falta? E como vocês costumam driblar essa falta de recursos para desenvolver as atividades?	Como vocês lidam com a resistência? Quais estratégias costumam funcionar para incentivar esse residente a participar mais?	Quando você percebe o baixo envolvimento da equipe, como você lida com isso para conseguir aplicar as atividades físicas? Alguma sugestão de como envolver e motivar mais estes profissionais para execução destes programas de movimento corporal?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ao perceber esta falta de conhecimento de seus colegas, como você enxerga possibilidades de resolver esta questão para conseguirem aplicar os programas de AF e de movimento corporal nas ILPI? 2) Que estratégias poderiam ser utilizadas para aumentar esse conhecimento seja conceitual ou prático?
Estratégias sugeridas	<ul style="list-style-type: none"> -Divisão por grupos; -Avaliação individual; -Auxílio e suporte da equipe de cuidadoras; -Orientações e treinamento aos cuidadores; -Roda entre os residentes; -Sensibilização dos gestores; -Respeitar a limitação do residente; -Materiais diferentes; -Atividades aeróbias; -Utilização de música; -Cronograma para aumentar o movimento corporal; -Psicoeducação com os cuidadores; -Negociação de tarefa a ser realizada utilizando um reforço de algo que a pessoa idosa gosta. 	<ul style="list-style-type: none"> -Atividades individuais e em grupo; -Atividades dinâmicas; -Atividades semanais diferentes; -Levar os próprios materiais; -Materiais diferentes e simples; -Mudar o ambiente das atividades; -Ficar próximo de pacientes com dificuldade; -Conscientização dos gestores; -Mostrar aos responsáveis o trabalho dos profissionais; -Inserção do psicólogo; -Apresentar os resultados aos responsáveis e familiares; -Atividades com música; -Avaliação individual; -Aumentar a carga horária; Utilizar apenas o material da instituição 	<ul style="list-style-type: none"> -Construção de vínculo com o residente; -Escuta ativa; -Inserção de psicólogo; -Incentivar o residente dentro de suas limitações; -Presentes após as atividades; -Fazer três tentativas; -Adaptação dos exercícios; -Participação da cuidadora nas atividades; -Inserção das famílias nas atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilização dos profissionais; -Formação contínua; -Acompanhamento em conjunto; -Reunião de equipe; -Escutar a opinião dos outros profissionais; -Inserir os profissionais dentro das atividades; -Criar vínculo com a equipe; -Auxiliar os profissionais nas horas vagas; -Mostrar a importância de cada profissional; -Treinamento de equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> -Processos seletivos para avaliar a capacidade; -Saber ouvir opiniões diferentes; -Criar protocolos de estratégias para facilitar aos profissionais; -Contratação de mais profissionais especializados; -Oferecer formação contínua; -Oferecer psicoeducação -Inserir os profissionais durante as atividades; -Acompanhamento do gestor nas atividades; -Treinamento de equipe; -Gestor capacitado em envelhecimento; -Inserir profissionais de educação física para ministrar palestras.

Legenda: O quadro apresenta os eixos temáticos das barreiras identificadas a partir da análise de conteúdo do grupo focal com profissionais de saúde, bem como as respectivas questões norteadoras utilizadas na condução da discussão e as estratégias sugeridas para o enfrentamento de cada barreira no contexto das ILPIs

7 DISCUSSÃO

A presente investigação explorou as barreiras e facilitadores percebidos por profissionais de saúde, gestores e proprietários para a oferta de programas de AF e redução do CS em ILPIs. Os achados revelam um panorama complexo, multifatorial e fortemente influenciado tanto por características das pessoas idosas residentes quanto por fatores estruturais e organizacionais das ILPIs, com implicações que se alinham e complementam evidências prévias na literatura.

Os resultados evidenciaram que as condições e características dos residentes constituem o principal domínio de barreiras relatadas, destacando-se limitações cognitivas e físicas, resistência à participação, dificuldades de adesão e medo de quedas, fatores que comprometem a execução e a continuidade dos programas de AF. Esses achados corroboram o modelo biopsicossocial do envelhecimento e a literatura que aponta que condições crônicas, déficits funcionais e cognitivos, associados à tomada de decisão prejudicada, dificultam o engajamento de pessoas idosas institucionalizadas, exigindo adaptações contínuas e apoio especializado (Baidya et al., 2025; Mo et al., 2025). Além disso, barreiras relacionadas à equipe de trabalho, como escassez de profissionais capacitados, rotatividade, sobrecarga e baixo comprometimento, refletem limitações estruturais recorrentes nas ILPIs brasileiras (Andrews; Cheema; Siette, 2024; Baert et al., 2015; Félis, 2025; Santos et al., 2023). Na presente investigação, metade dos profissionais possuíam curso ou especialização em envelhecimento.

Barreiras organizacionais, incluindo carga horária reduzida, ausência de planejamento, estratégias insuficientes e fragilidade na educação e conscientização da equipe, reforçam o papel central da gestão e da organização institucional na viabilização, qualidade e sustentabilidade dessas ações. Essas questões também foram citadas no estudo de Baert e colaboradores (2015), que ao avaliar as percepções de fisioterapeutas belgas sobre as barreiras e motivadores para organização de atividades físicas em ILPIs, identificaram que a falta de apoio por parte da gestão e dos demais profissionais do serviço, assim como a falta de recursos financeiros e materiais, e a infraestrutura inadequada para execução das atividades, influenciam negativamente no sucesso das atividades propostas (Baert et al., 2015).

Os facilitadores mais prevalentes identificados no estudo estiveram relacionados à organização do serviço e ao apoio da gestão, seguidos pelos aspectos vinculados à equipe de trabalho, achados que convergem com a literatura sobre promoção da AF em ILPIs. Estudos apontam que o planejamento das ações, a adaptação dos exercícios às condições individuais e o uso de atividades dinâmicas e interativas favorecem a adesão e a continuidade dos programas entre pessoas idosas institucionalizadas (Baert et al., 2015; Squarcini et al., 2015; Mo et al., 2025). A conscientização e a educação em saúde da equipe também são reconhecidas como estratégias essenciais para qualificar a prática profissional e integrar as atividades à rotina institucional (Baert et al., 2015). No domínio da equipe de trabalho, a disponibilidade de profissionais capacitados, o comprometimento da gestão e da equipe, bem como o estabelecimento de vínculo e a escuta ativa dos residentes, são descritos na literatura como fatores centrais para o engajamento e a motivação dos participantes. Esses achados reforçam evidências de que a articulação entre gestão, organização do serviço e equipe multiprofissional é determinante para a efetividade e a sustentabilidade de programas de AF em ILPIs (Baert et al., 2015; Félis; Silva, 2024; Hahn et al., 2024; Squarcini et al., 2015).

A análise comparativa entre a percepção dos profissionais de saúde que atuam diretamente na prática da AF e a visão de gestores e proprietários evidencia diferenças relevantes na compreensão das barreiras para a oferta dos programas, refletindo os distintos papéis ocupados no contexto institucional. Embora ambos os grupos tenham apontado as condições e características dos residentes como a principal barreira, observa-se divergência quanto à segunda barreira mais relatada. Para os profissionais, os desafios concentram-se na organização do serviço e da gestão, incluindo a falta de planejamento, a carga horária insuficiente e a ausência de ações de conscientização e educação em saúde, aspectos que impactam diretamente a execução cotidiana das atividades. Em contrapartida, gestores e proprietários destacaram a equipe de trabalho como principal entrave secundário, especialmente a escassez de profissionais capacitados e o baixo comprometimento da equipe. Essas diferenças sugerem que profissionais tendem a perceber barreiras operacionais e estruturais que afetam a prática diária, enquanto gestores e proprietários focalizam aspectos relacionados à gestão de recursos humanos. Tal divergência pode indicar uma lacuna entre planejamento e execução, reforçando a necessidade de alinhamento entre gestão e equipe técnica para o fortalecimento e a sustentabilidade dos programas de AF em ILPIs.

Nesse sentido, a aproximação dessas perspectivas requer o fortalecimento de estratégias de gestão integrada, com a criação de espaços de diálogo entre equipe e gestores, planejamento compartilhado das atividades e investimento em educação permanente, de modo a alinhar as demandas operacionais às decisões institucionais e favorecer a

implementação mais efetiva dos programas de AF em ILPIs.

Os achados da presente investigação convergem com estudos que abordam barreiras e facilitadores de AF em contextos de envelhecimento, ainda que poucas pesquisas sejam especificamente voltadas para ILPIs no contexto brasileiro. Estudos internacionais sobre envelhecimento ativo têm mostrado que barreiras relacionadas ao estado de saúde das pessoas idosas, à falta de recursos e ao preparo da equipe são recorrentes (Baert et al., 2025; Mo et al., 2025). Ao mesmo tempo, facilitadores como atividades adaptadas, envolvimento profissional qualificado e suporte social têm sido apontados como elementos que favorecem a participação em atividades físicas regulares (Baert et al., 2015; Squarcini et al., 2015; Mo et al., 2025.)

No contexto das ILPIs, em que prevalece um perfil mais fragilizado e heterogêneo de residentes, a necessidade de estratégias adaptativas e interdisciplinares torna-se ainda mais evidente. Estudos que aplicaram modelos como o RE-AIM em programas de comportamento de saúde também indicam que a compreensão dos contextos institucionais e a adequação das intervenções às rotinas e recursos disponíveis são determinantes para o sucesso das práticas (Squarcini et al., 2015; Santos et al., 2023). Assim, os resultados deste estudo expandem e contextualizam essas descobertas para um cenário institucional específico, o das ILPIs.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Destaca-se, inicialmente que, embora o número de participantes no grupo focal seja compatível com estudos qualitativos, a representatividade dos diferentes perfis profissionais pode estar limitada, o que pode restringir a diversidade de perspectivas e a profundidade das discussões. Por fim, o estudo concentrou-se em ILPIs localizadas em municípios do interior do estado de São Paulo, o que pode limitar a generalização dos achados para outras regiões do país com diferentes contextos organizacionais e estruturais.

As implicações práticas dos achados são substanciais para a melhoria das práticas assistenciais em ILPIs. Em primeiro lugar, a identificação de barreiras estruturais e organizacionais sugere que gestores e proprietários devem investir em capacitação continuada, planejamento estratégico e melhoria da infraestrutura física. A formação de protocolos adaptáveis às capacidades funcionais dos residentes, a incorporação de tempo dedicado às atividades físicas nos horários institucionais e a capacitação de equipes de cuidadores são medidas concretas que podem aumentar a viabilidade e a efetividade dos programas.

Além disso, a promoção de uma cultura institucional que valorize a AF, por meio de sensibilização, educação em saúde e comunicação efetiva, pode contribuir para superar resistências e ampliar o engajamento tanto de residentes quanto de profissionais. A inclusão dos familiares como colaboradores ativos, quando possível, também pode fortalecer a adesão. Finalmente, os facilitadores identificados oferecem um repertório de estratégias práticas que podem ser sistematizadas em ferramentas aplicáveis, como a cartilha orientadora desenvolvida a partir deste estudo, fortalecendo a ligação entre pesquisa e prática institucional.

Quanto à abrangência, os achados deste estudo contemplam diferentes realidades institucionais, incluindo ILPIs privadas, filantrópicas e públicas, bem como profissionais de distintas formações, o que amplia o potencial de utilização dos resultados em contextos diversos. No que se refere à aplicabilidade, as estratégias identificadas apresentam viabilidade de implementação no cotidiano institucional, especialmente por estarem alinhadas à rotina das ILPIs e às capacidades funcionais dos residentes. A relevância prática do estudo está associada à possibilidade de subsidiar gestores e equipes na organização, planejamento e qualificação de programas de atividade física e redução do comportamento sedentário. Por fim, destaca-se o potencial de adaptação e replicabilidade das estratégias propostas, as quais podem ser ajustadas conforme o perfil dos residentes, a disponibilidade de recursos e as características organizacionais de cada instituição.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu analisar, de forma aprofundada, as barreiras e os facilitadores para a oferta de programas de AF e estratégias de redução do CS em ILPIs, a partir da perspectiva de profissionais de saúde, gestores e proprietários. Os achados evidenciam que a implementação dessas práticas em ILPIs é um processo complexo e multifatorial, influenciado simultaneamente por características dos residentes, pela organização do serviço, pela atuação da equipe de trabalho e pelo suporte da gestão institucional.

As condições cognitivas e físicas dos residentes configuraram-se como a principal barreira relatada por ambos os grupos investigados, indicando que o perfil funcional das pessoas idosas institucionalizadas impõe desafios significativos à adesão e à continuidade das atividades. Esse resultado reforça a necessidade de programas flexíveis, individualizados e

continuamente adaptados, capazes de respeitar limitações funcionais e promover o engajamento de forma segura e significativa.

Diferenças importantes emergiram entre a percepção dos profissionais e a dos gestores e proprietários. Enquanto os profissionais destacaram a organização do serviço e da gestão, incluindo planejamento, carga horária e educação em saúde da equipe, como barreiras centrais, gestores e proprietários enfatizaram a equipe de trabalho, sobretudo no que se refere à capacitação e ao comprometimento profissional. Essa divergência evidencia a existência de desafios em diferentes níveis institucionais e aponta para a importância de uma gestão integrada, que considere simultaneamente as demandas operacionais e assistenciais.

Entre os facilitadores, destacaram-se a organização do serviço e o apoio da gestão, bem como o papel da equipe de trabalho, especialmente quando composta por profissionais capacitados, comprometidos e com vínculo estabelecido com os residentes. Esses achados reforçam que a sustentabilidade dos programas de AF em ILPIs depende não apenas de recursos materiais, mas sobretudo de planejamento, articulação institucional, educação permanente e valorização das relações interpessoais no cuidado.

Conclui-se, portanto, que o fortalecimento de programas de AF em ILPIs exige estratégias intersetoriais e contínuas, que integrem gestão, equipe e residentes, contribuindo para a ampliação da oferta, da adesão e da qualidade dessas práticas. Os resultados deste estudo oferecem subsídios relevantes para o aprimoramento das políticas institucionais e das práticas profissionais, além de contribuir para o avanço do conhecimento científico no contexto brasileiro sobre promoção da AF em ILPIs.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender as principais barreiras e facilitadores para a implementação de programas de AF e estratégias de redução do CS em ILPIs, a partir da perspectiva de profissionais de saúde, gestores e proprietários. Os achados evidenciam que a oferta desses programas é influenciada por fatores interdependentes, envolvendo características dos residentes, organização do serviço, equipe de trabalho e processos de gestão, reforçando a necessidade de abordagens contextualizadas e sensíveis à realidade institucional.

A utilização de métodos mistos, com predominância qualitativa, mostrou-se adequada aos objetivos propostos, permitindo captar não apenas a frequência, mas também os

significados e estratégias relacionadas à implementação das ações. Destaca-se, ainda, a viabilidade do recrutamento remoto e a contribuição do grupo focal para aprofundar a compreensão das barreiras mais prevalentes e das estratégias práticas de enfrentamento, fortalecendo o rigor metodológico do estudo.

Quanto às implicações futuras, os achados deste estudo oferecem subsídios importantes para o planejamento e aprimoramento de programas de AF em ILPIs, especialmente no que se refere à capacitação das equipes, ao fortalecimento da gestão, à adaptação das atividades às condições funcionais dos residentes e à integração das ações à rotina institucional. A sistematização das estratégias identificadas no grupo focal, com vistas à construção de uma cartilha orientadora, representa um avanço prático e aplicado, aproximando o conhecimento científico da realidade dos serviços.

Do ponto de vista científico, a pesquisa contribui para preencher uma lacuna na literatura nacional sobre barreiras e facilitadores de programas de AF no contexto institucional, ao priorizar a perspectiva dos profissionais que atuam diretamente na implementação dessas ações. Estudos futuros podem ampliar essa investigação ao incluir a percepção das pessoas idosas residentes e dos familiares, bem como avaliar a efetividade das estratégias propostas quando aplicadas na prática. Ademais, pesquisas longitudinais e de intervenção poderão aprofundar o entendimento sobre os impactos dessas estratégias na adesão, na funcionalidade e na qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas.

Assim, espera-se que os resultados desta dissertação possam contribuir tanto para o avanço do conhecimento científico quanto para a qualificação das práticas profissionais em ILPIs, promovendo intervenções mais humanizadas, eficazes e alinhadas às necessidades reais das pessoas idosas.

10 EXPERIÊNCIAS EM PESQUISA

Durante o período de realização do mestrado (2024-2026), foram desenvolvidas as seguintes atividades de formação, produção científica e participação em eventos:

1) Publicações

- **Artigos publicados**

Gabriel Soares de Olinda Aprobato; Lorena Jorge Lorenzi; Andressa Crystine da Silva Sobrinho; Luana Karoline Ferreira; Layana Liss Schwenger; Thamires Gabrielly dos Santos Coco; Paulo Henrique Guerra; Grace Angélica de Oliveira Gomes. Characteristics of peer-led physical activity programs for

older adults: a scoping review. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 18, p. 1-10, 2024.

Andressa C. da Silva Sobrinho, Reisa Cristiane de Paula Venancio, Guilherme da Silva Rodrigues, Mariana Porto, Layana Liss Schwenger, Letícia Fernanda Belo, Luana K. Ferreira, Carlos Roberto Bueno Júnior, Grace Angelica de Oliveira Gomes. Systematic review of interventions for pre-frail and frail older adults: Evidence from clinical trials on frailty levels. *Archives of gerontology and geriatrics*, p. 105851, 2025.

Samara Aline Assis Ferreira, Vivian Ramos Melhado, Letícia Fernanda Belo, Lorena Jorge Lorenzi, Elisabeth Fernandes, Laura Thais Del Vecchio Sampaio, Laís Rita Bortoletto-Santos, Amanda Cristina de Sá, Júlia Maria Armelin, Layana Liss Schwenger, Grace Angélica Oliveira Gomes. Atuação do Gerontólogo na Atenção Básica de Saúde: competências e ações práticas de fortalecimento da saúde da pessoa idosa. *KAIRÓS-GERONTOLOGIA*, v. 28, n. 1, 2025.

Elisabeth Fernandes, Letícia Belo, Luana Ferreira, Amanda Cristina de Sá, Layana Liss Schwenger, Andressa Crystine da Silva Sobrinho, Laura Thais del Vecchio Sampaio, Grace Angelica de Oliveira Gomes. Rede de suporte social de pessoas idosas em programas de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 31, p. 1-16, 2026.

- **Artigos aceitos para publicação**

SCHWENGER, Layana Liss et al. Análise da efetividade de intervenções em pessoas idosas robustas e pré-frágeis: uma revisão sistemática. *REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE*, 2025.

- **Artigos em submissão**

BMC GERIATRICS (em análise): Barriers and facilitators of telehealth for caregivers and older adults with dementia in Brazil: a mixed methods study

Acceptability and Feasibility of Lifestyle Interventions for Low-Income Older Adults: A Mixed-Methods Systematic Review

CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA (em análise): Barreiras e facilitadores para oferta de programas de atividade física e combate ao comportamento sedentário em pessoas idosas institucionalizadas.

HEALTH & SOCIAL CARE IN THE COMMUNITY (em análise): Acceptability and feasibility of lifestyle interventions for low income older adults: A mixed-methods systematic review

2) Apresentações em Congressos e Eventos Científicos

- **XXI SIMPÓSIO DE PÓS GRADUAÇÃO, XII SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO PIBIC/CNPq DA FAMEMA E VII SIMPÓSIO DA REPRINTE: FORMAÇÃO PROFISSIONAL, CUIDADO À SAÚDE E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL** - 27 a 29 de novembro de 2024

Apresentação oral: Aumento de conhecimento de gestores de saúde participantes de uma qualificação sobre o uso da avaliação multidimensional de saúde da pessoa idos

Marília - SP

- **XXX Congresso de Iniciação Científica, XV Congresso de Iniciação Científica em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação e III Congresso de Iniciação Científica do Ensino Médio** - 12 e 13 de novembro

Apresentação Oral: Barreiras e facilitadores para participação em um programa de telessaúde para cuidadores e idosos com demência durante a pandemia de COVID-19

São Carlos - SP

- **ILPI's Expo-Fórum** - 29 e 30 de agosto de 2025

Exposição de pôster: Percepção de profissionais de saúde sobre os motivos da participação de pessoas idosas institucionalizadas em atividades físicas

São Paulo - SP

11 REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução Anvisa/RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Brasília: Diário Oficial da União, 2021.

ALENCAR, Antonio Bruno Chaves de; FALCÃO, John Lennon Ramos. Fatores associados ao tempo de atividade física semanal entre praticantes de corrida e caminhada no estado do ceará durante a pandemia de covid-19. 2021. Tese de Doutorado.

ALVES, José Gerefson et al. Grupo focal on-line para a coleta de dados de pesquisas qualitativas: relato de experiência. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220447, 2023.

ANDREWS, Mitchell; CHEEMA, Birinder S.; SIETTE, Joyce. Barriers and facilitators to implementation of physical activity programs for individuals with dementia living in aged care homes: A systematic review. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 126, p. 105535, 2024.

ANSAI, J. H.; NOVAES, A. D. C. ; JANDUCCI, A. L. ; ZANARELLI, P. ; IROLDI, G. F. . Ações educativas: estímulo à mobilidade de idosos institucionalizados. 1. ed. São Carlos: RiMA Editora, 2020. v. 1. 134p .

BAIDYA, Sumana et al. Barriers and facilitators to physical activity among older adults in residential aged care facilities: a mixed methods systematic review using the social ecological model. **Journal of Aging and Health**, v. 37, n. 10, p. 702-720, 2025.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo* São Paulo: Edições 70, 2016.

BAERT, Veerle et al. Physiotherapists' perceived motivators and barriers for organizing physical activity for older long-term care facility residents. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 16, n. 5, p. 371-379, 2015.

BHERER, Louis et al. Synergistic effects of cognitive training and physical exercise on dual-task performance in older adults. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 76, n. 8, p. 1533-1541, 2021.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. 2021.

CALDAS, Reinaldo Dias et al. A importância da atividade física para a prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). **Seven Editora**, p. 1183-1190, 2024.

CAMARANO, Ana Amélia; BARBOSA, Pamela. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando?. 2016.

CLARO, Rafael Moreira et al. Vigitel Brasil 2006-2020: prática de atividade física. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de prática de atividade física nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2020. 2022.

COELHO, Luiza Rocha Pinto et al. Exercício físico e regulação hormonal: novas perspectivas e impactos metabólicos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 9, p. e74299-e74299, 2024.

COELHO, Rosamarya de Oliveira. "O CAPITALISMO DA LONGEVIDADE." 2022.

COSTA, Henrique Almeida Assis et al. Estilo de vida e suas relações com a capacidade funcional em idosos. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, v. 17, n. 4, p. e5556-e5556, 2024.

COSTA, Maryelle Rizzatti et al. Características da atividade física nas instituições de longa permanência para idosos de Santa Catarina. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 2, 2015.

DASSO, Nancy A. How is exercise different from physical activity? A concept analysis. In: **Nursing forum**. 2019. p. 45-52.

DA SILVA FERREIRA, Wellington Fernando et al. Atividade física e recreativa na vida do idoso institucionalizado: Por que refletir a multidimensionalidade contemporânea?. **Research, Society and Development**, v. 14, n. 5, p. e9514548844-e9514548844, 2025.

DA SILVA, Henrique Salmazo; MENDONÇA, Adailton Almeida; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Instituições de Longa Permanência para Idosos: Relato histórico e cuidados centrados no indivíduo. **MORAR 60 Mais**, p. 135, 2021.

DA SILVA SOCOLOSKI, Thiego et al. Barreiras para a prática de atividade física em idosos: revisão de escopo de estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1-8, 2021.

DE ANDRADE, Ducicléia Pereira; DE MELLO, Rafael Luciano. Benefícios da atividade física à saúde e qualidade de vida do idoso. **Caderno Intersaberes**, v. 11, n. 31, p. 31-41, 2022.

DE FARIA COELHO-RAVAGNANI, Christianne et al. Atividade física para idosos: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1-8, 2021.

DE OLIVEIRA, Letycia Parreira; DA SILVA, Henrique Salmazo. DESAFIOS AO CUMPRIMENTO DA RDC 502/2021 E OS CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO À PESSOA IDOSA NO BRASIL. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 29, 2024.

DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Benefícios da atividade física para idosos frequentadores de uma academia da saúde em uma cidade do norte de Minas Gerais. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 11, n. 2, 2023.

DO LAGO, Josilene Nascimento et al. Os cuidados preventivos e promocionais para um envelhecimento saudável. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, p. e18950-e18950, 2025.

DOS SANTOS, Carla Elane Silva; D'ORSI, Eleonora; RECH, Cassiano Ricardo. Percepção de barreiras para participação de idosos em programas de atividades físicas. **Motricidade**, v. 16, n. 4, p. 353-360, 2020.

DUMITH, Samuel C.; FETER, Natan. Demographic shifts and health dynamics: exploring the impact of aging rates on health outcomes in Brazilian capitals. **Archives of Gerontology and Geriatrics Plus**, v. 1, n. 3, p. 100044, 2024.

DUTRA, Nathalia et al. Entre estigmas e possibilidades: ser velho nas instituições de longa permanência para idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 29, 2024.

FARIA, Rivaldo; SPODE, Pedro. Brazilian population aging from a regional and urban perspective. **GEOUSP**, v. 28, p. e221106, 2024.

FÉLIS, Keila Cristina; SILVA, Henrique Salmanzo. Desafios e sugestões de melhorias nos cuidados de idosos institucionalizados: compreensões dos profissionais a partir de um grupo focal. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 29, 2024.

GONÇALVES, Vanusa Antonio. A prática de exercício físico e/ou atividade física: percepção das pessoas idosas. 2024.

GUIMARÃES, Mirna Rodrigues Costa et al. Indicadores para avaliação das instituições de longa permanência para pessoas idosas: desenvolvimento e validação. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, p. e200265, 2021.

HAHN, Lea-Sofie et al. A 10-step participatory program for developing, implementing, and evaluating physical activity promoting actions in nursing homes in Germany. **BMC Public Health**, v. 24, n. 1, p. 419, 2024.

JULIK, Angela Dubiela et al. Caracterização sociodemográfica de idosos ativos. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 9, p. e8019-e8019, 2024.

KRUEGER, Richard A. **Focus groups: A practical guide for applied research**. Sage publications, 2014.

LACERDA, Tatiana Teixeira Barral de et al. Geospatial panorama of long-term care facilities in Brazil: a portrait of territorial inequalities. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 15, p. 1-8, 2021.

LEMES, Gabriel dos Santos. Impacto de modelos de aula sobre parâmetros ligados a sedentarismo e obesidade em escolares. 2021.

LINI, Ezequiel Vítório; PORTELLA, Marilene Rodrigues; DORING, Marlene. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, p. 1004-1014, 2016.

LOPES, Alessandra Barbosa et al. Independência funcional e os fatores que a influenciam no âmbito de assistência domiciliária ao idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 285-300, 2019.

MATTOS, Samuel Miranda et al. Recomendações de atividade física e exercício físico durante a pandemia Covid-19: revisão de escopo sobre publicações no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-12, 2020.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL 2006-2021: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas em Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

MO, Yihan et al. Barriers and facilitators to addressing sedentary behaviour and physical inactivity among nursing home residents: a qualitative study. **BMC geriatrics**, v. 25, n. 1, p. 648, 2025.

MREJEN, Matías; NUNES, Letícia; GIACOMIN, Karla. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado. **São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, 2023.

NUNES, Bárbara Coelho; KNUTH, Alan Goularte. “EU QUERO me exercitar”: as controversas recomendações para a atividade física em site do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 575-584, 2023.

OLIVEIRA-FIGUEIREDO, Danielle Samara Tavares de et al. Fatores associados à elevada exposição ao comportamento sedentário em pessoas idosas: uma análise com dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, p. e230056, 2023.

RIBEIRO, Andréia Queiroz et al. Prevalência e fatores associados à inatividade física em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 483-493, 2016.

RIBEIRO, Dâmaries Kohlbeck de Melo Neu et al. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 89-96, 2015.

SANTOS, Hélica Pereira dos. Análise dos efeitos do comportamento sedentário sobre a qualidade de vida de idosos institucionalizados. 2024.

SANTOS, Marina Christofoletti dos et al. Avaliação do efeito a longo prazo de programas de promoção de saúde na atenção primária à saúde: análise do processo de manutenção da mudança de comportamento em participantes do programa Vida Ativa Melhorando a Saúde. 2023.

SILVA, Augusto Santana Palma; SILVA, Sheila Torres Feitosa. Inatividade física e sedentarismo e suas interfaces com a saúde pública na Covid-19: revisão de escopo de estudos nacionais. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 34, n. 2, p. 58-66, 2022.

SILVA, Romênia. ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba**, v. 2, n. 2, 2024.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos et al. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. **Acta paulista de enfermagem**, v. 34, p. eAPE02631, 2021.

SQUARCINI, Camila Fabiana Rossi et al. Programas de atividade física para idosos: avaliação da produção científica brasileira utilizando o modelo RE-AIM. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, p. 909-920, 2015.

VARESCO, Giorgio; HUNTER, Sandra K.; ROZAND, Vianney. Physical activity and aging research: opportunities abound. **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, v. 46, n. 8, p. 1004-1006, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: World Health Organization, 2020.

YOON, Jieun et al. Cognitive and physical benefits of a game-like dual-task exercise among the oldest nursing home residents in Japan. **Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions**, v. 8, n. 1, p. e12276, 2022.

ZHAO, Meng et al. Resident-and Institutional-Level Factors, Frailty, and Nursing Homes Residents. **Nursing Research**, v. 71, n. 1, p. E1-E9, 2022.

12 APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: **Barreiras e facilitadores para implementação de programas de atividade física e combate ao comportamento sedentário em pessoas idosas institucionalizadas.**

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Grace Angélica de Oliveira Gomes

E-mail e telefone da pesquisadora responsável:

grace@ufscar.br/(16) 3306-6665

Aluna responsável: Layana Liss Schwenger

E-mail e telefone da aluna responsável para contato:

layanaliss@estudante.ufscar.br/ (19) 99679-5696

Instituição/departamento: Universidade Federal de São Carlos/ Departamento de Gerontologia. Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP.

Eu, LAYANA LISS SCHWENGER, estudante do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, o (a) convido a participar da pesquisa “**Barreiras e facilitadores para implementação de programas de atividade física e combate ao comportamento sedentário em pessoas idosas institucionalizadas**” orientada pela Profa. Dra. GRACE ANGÉLICA DE OLIVEIRA GOMES.

O objetivo deste estudo é descrever e analisar as barreiras e facilitadores encontrados por profissionais de saúde e gestores na implementação de programas de atividade física e no combate ao comportamento sedentário em instituições de longa permanência (ILPIs) para pessoas idosas. Para a coleta de dados, será utilizado um

questionário com informações acerca da formação profissional, os componentes, características e frequência das atividades, barreiras e facilitadores de implementação, aspectos a serem melhorados, etc. As perguntas do questionário com roteiro semi-estruturado são abertas e serão disponibilizadas via Google Forms para que seja acessado remotamente e respondido individualmente. Os dados qualitativos terão como objetivo obter uma melhor compreensão acerca dos facilitadores e das barreiras durante a prática de atividade física em programas nas ILPIs e possibilidades de manejo das mesmas. O tempo estimado para responder o questionário é em média de 10 minutos. A devolutiva será dada aos participantes ao final da pesquisa por meio de envio de e-mail com uma síntese dos resultados gerais do estudo.

Essa pesquisa pode causar riscos à saúde emocional dos participantes como desconforto em ficar sentado durante o grupo focal, constrangimento, cansaço ou dificuldade de acesso remoto para participação. Para minimizar esses impactos, o participante receberá um vídeo demonstrativo em como acessar a página e responder ao questionário para evitar possíveis dificuldades, as respostas serão registradas de forma anônima para garantir o sigilo e privacidade, prevê uma duração média de 10 minutos para evitar cansaço, e caso sintam-se constrangidos, o participante terá acesso aos pesquisadores para uma escuta qualificada a fim de reduzir esses efeitos negativos.

Em contrapartida, seus benefícios permitirão com os resultados a obtenção de informações que possam avançar o campo científico na Gerontologia, a troca de saberes entre diferentes profissionais, estratégias para superar as barreiras e ideias futuras para novas modalidades e implementações de atividades.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. O participante tem o direito de não responder a qualquer questão sem necessidade de explicação ou justificativa para tal. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todos os participantes terão acesso ao teor do conteúdo da pesquisa antes de responder às perguntas para tomar uma decisão informada. O acesso às perguntas do questionário só serão disponibilizadas após consentimento do participante. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer frutos positivos para a área da Gerontologia, para a construção de novos conhecimentos e possibilidades de criação de programas de atividade física a partir dos resultados encontrados.

Para você, participante, o benefício da participação será a oportunidade de conhecer outros colegas de profissão, com o compartilhamento de experiências e ideias para aprimorar a prática de atividade física dentro de programas, e assim aumentar o número de adesão pelos idosos institucionalizados e o desenvolvimento de alternativas para mitigar as barreiras identificadas.

Será solicitado aos participantes a assinatura online do TCLE, onde será enviado e devolvido assinado por e-mail ou Whats App. O TCLE deve ser assinado antes de responder ao questionário com uma declaração de consentimento antes de clicar para finalizar o acesso às perguntas. Além disso, será solicitado a autorização para a exposição anônima das respostas referentes ao questionário que serão analisadas, categorizadas e demonstradas durante o grupo focal. A confidencialidade e anonimato dos participantes serão preservados, resguardados e protegidos pelo TCLE.

Para que seja resguardado o anonimato, os participantes serão codificados por meio da profissão que atuam, por exemplo, fisioterapeuta, gerontólogo, psicopedagogo, entre outros.

A participação neste estudo terá ressarcimento caso haja algum custo ou despesa financeira/material. O ressarcimento se estende aos acompanhantes como em transporte, alimentação, etc quando necessário. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa. Os dados obtidos por este estudo poderão ser apresentados em eventos, revistas e trabalhos científicos, mantendo o sigilo de sua identidade, como já exposto.

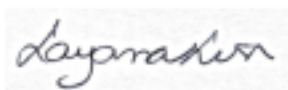
Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre

seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar vinculado à CONEP, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08h30 às 11h30.

O trabalho será conduzido de acordo com as normas da Resolução CNS nº 510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Esta resolução foi criada para garantir o respeito à dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Ademais, a Lei Geral de Proteção de Dados Individuais (LGPD), aprovada em 14 de agosto de 2018 (DE ARAGÃO; SCHIOCCHET, 2020) e que entrou em vigor em setembro de 2020 será respeitada.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.



Layana Liss Schwenger



Grace Angélica de Oliveira Gomes

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

https://docs.google.com/forms/d/1GUQjNuGwtM_JexeJZ4ALJXodnDk9ix8_QGGgMHutcwg/edit?usp=forms_home&oid=100388349935171719370&ths=true

**APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GESTORES E
PROPRIETÁRIOS**

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpOLScNw1lITbvJcYsPs7Aqqaq6zZ4ebsSVk4Qo1XBIZtLYOhVj1w/viewform?usp=sharing&oid=100388349935171719370>

APÊNDICE D - ROTEIRO APLICADO AO GRUPO FOCAL

1) Estado de saúde geral do residente

Muitos residentes de ILPIs possuem limitações físicas, cognitivas ou emocionais que dificultam de alguma forma a participação em atividades de aumento de movimento corporal.

Pergunta: Para estes pacientes mais debilitados, quais são os tipos de adaptações que vocês costumam utilizar para conseguir desenvolver as atividades físicas ou qualquer atividade de aumento de movimento corporal com sucesso?

2) Ausência de recursos

A falta de materiais, espaços e apoio da gestão pode ser um obstáculo real nas ILPIs.

Pergunta: Que tipo de recursos (sejam eles humanos, materiais, ou de tempo) vocês mais sentem falta? E como vocês costumam driblar essa falta de recursos para desenvolver as atividades?

3) Resistência da pessoa idosa

A resistência da pessoa idosa a realizar mais movimento nas ILPIs pode estar ligada a diferentes fatores, como medos, dores ou desmotivação. Contornar essas barreiras é bastante desafiador.

Pergunta: Como vocês lidam com essa resistência? Quais estratégias costumam funcionar para incentivar esse residente a participar mais?

4) Baixo comprometimento da equipe

A participação ativa de toda a equipe da instituição é essencial para o funcionamento dos programas. Quando esse envolvimento do grupo é baixo, a execução das atividades pode ficar comprometida.

Pergunta: Quando você percebe este baixo envolvimento da equipe, como você lida com isso para conseguir aplicar as atividades físicas? Alguma sugestão de como envolver e motivar mais estes profissionais para execução destes programas de movimento corporal?

5) Falta de conhecimento sobre atividade física

A falta de conhecimento técnico da importância da atividade física ou de como aplicá-la na prática pode dificultar a aplicação de programas na ILPI.

Pergunta 1 : Ao perceber esta falta de conhecimento de seus colegas, como você enxerga possibilidades de resolver esta questão para conseguirem aplicar os programas de AF e de movimento corporal nas ILPI?

Pergunta 2: Que estratégias poderiam ser utilizadas para aumentar esse conhecimento seja conceitual ou prático?

APÊNDICE E - ESTRUTURA DA CARTILHA INFORMATIVA

Estrutura Completa da Cartilha e Texto

1. Estrutura completa da cartilha (com gráficos e fontes)

Pense na cartilha como um PDF de 15–20 páginas, para uso por profissionais e gestores de ILPI.

PÁGINA 1 – CAPA

- Título sugestão:

- Cartilha prática para ILPIs: como driblar barreiras e fortalecer programas de atividade física em ILPIs

- Subtítulo:

- Recomendações baseadas na percepção de profissionais, gestores e proprietários de ILPIs do interior de São Paulo

- Autoras / equipe:

- Layana Liss Schwenger, Amanda, Andressa, Alice, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia – UFSCar

- Elementos visuais:

- Desenho/ilustração simples de pessoas idosas se movimentando, com profissionais ao lado (evitar algo infantilizado).

Gráficos nesta página: nenhum.

PÁGINA 2 – APRESENTAÇÃO / PARA QUEM É ESTA CARTILHA?

Objetivo: explicar em meia página, de forma direta:

- Para quem é:

- Profissionais de saúde de ILPI

- Gestores e proprietários de ILPI

- De onde vieram os conteúdos:

- Estudo com 60 participantes (48 profissionais de saúde + 12 gestores/proprietários de ILPIs).
- Grupo focal “Superando as barreiras” com 7 profissionais de ILPIs.
- Base: dados da Dissertação – Layana Liss e documento de Dados do grupo focal.
- O que a cartilha entrega:
- Principais barreiras.
- Principais facilitadores.
- Estratégias práticas sugeridas pelos próprios profissionais (grupo focal).
- Uma matriz impacto × factibilidade para ajudar a priorizar ações.
- Bloco final “Como usar esta cartilha?”:
- Ler inteira na primeira vez.
- Depois, usar como material de consulta rápida e apoio ao planejamento de ações na ILPI.

Gráficos nesta página: nenhum.

PÁGINAS 3–4 – POR QUE MEXER COM ATIVIDADE FÍSICA NAS ILPIs?

Baseado na introdução da dissertação, em linguagem acessível, abordar:

- Benefícios da atividade física (AF) para pessoas idosas:
- Força, equilíbrio, mobilidade.
- Cognição, humor, sono.
- Qualidade de vida, prevenção de quedas.
- Riscos do comportamento sedentário:
- Piora clínica.
- Mais doenças crônicas (DCNT).
- Maior dependência funcional.
- Pior qualidade de vida.
- Realidade específica das ILPIs:

- Maior dependência funcional.
- Maior multimorbidade.
- Grande chance de inatividade física.
- Blocos gráficos sugeridos:
 - Caixa “AF ajuda em quê?” com bullets (mobilidade, humor, sono, socialização, prevenção de quedas).
 - Caixa “E o sedentarismo atrapalha em quê?” com bullets (piora da saúde, mais internações, mais dependência).
 - Elementos visuais: ícones de força, joelho, cérebro, coração, pessoas conversando etc.

Gráficos estatísticos: não necessários aqui.

PÁGINA 5 – COMO FOI FEITO O ESTUDO (RESUMÃO)

Caixa “De onde vieram os dados desta cartilha?”

- Tipo de estudo:
 - Estudo transversal, métodos mistos.
- Amostra:
 - 60 participantes (48 profissionais de saúde e 12 gestores/proprietários de ILPIs).
- Coleta quantitativa:
 - Questionários online (Google Forms) sobre existência e características dos programas de AF e de combate ao comportamento sedentário, barreiras e facilitadores.
- Coleta qualitativa:
 - Grupo focal “Superando as barreiras” com 7 profissionais de ILPI, discutindo estratégias para enfrentar as barreiras.
- Figura sugerida nesta página:
 - Figura A – Fluxograma do estudo: ILPIs convidadas → questionário → grupo focal → cartilha.

Gráficos estatísticos: não necessários, apenas o fluxograma.

PÁGINAS 6–7 – PRINCIPAIS BARREIRAS (VISÃO GERAL)

Apresentar os achados consolidados do questionário, organizados em domínios de barreira:

- Condição de saúde e funcionalidade dos residentes;
- Ausência de recursos (humanos, materiais, tempo);
- Resistência da pessoa idosa;
- Baixo comprometimento da equipe;
- Falta de conhecimento específico em AF na equipe.
- Para cada domínio:
- 1 frase definindo a barreira.
- 1–2 bullets de como ela aparece no dia a dia.
- Sugestão de ícones simples para cada barreira (ex.: relógio para tempo, pessoa com bengala para funcionalidade).

GRÁFICO 1 – Barreiras por domínio (para cartilha)

- Tipo: gráfico de barras horizontais.
- Eixo Y: domínios de barreira.
- Eixo X: porcentagem (%) de participantes que mencionaram cada domínio (total ou separado por profissionais/gestores).
- Layout da página: título “Principais barreiras nas ILPIs”; texto explicativo; gráfico 1 em destaque.
- Opcional: mini heatmap barreiras × tipo de ILPI (pública, filantrópica, privada) – pode ser mantido apenas no artigo, se ficar informação demais para a cartilha.

PÁGINA 8 – PRINCIPAIS FACILITADORES

Focar em “o que ajuda” a fazer o programa funcionar.

- Sugestão de domínios:
- Apoio da gestão;
- Engajamento da equipe;
- Interesse e participação dos residentes;

- Parcerias externas (UBS, NASF, universidades, serviços do território);
- Organização mínima da rotina de AF.
- Estrutura da página:
- Título: “O que já funciona bem nas ILPIs?”.
- Lista dos facilitadores mais frequentes e breve texto interpretativo.

GRÁFICO 2 – Facilitadores por domínio

- Tipo: gráfico de barras horizontais.
- Eixo Y: domínios de facilitadores.
- Eixo X: porcentagem (%) ou frequência de citações.
- Layout: metade da página com o gráfico; metade com texto “O que já funciona bem + como aproveitar esses pontos fortes”.

PÁGINAS 9–12 – ESTRATÉGIAS PRÁTICAS PARA CADA BARREIRA

Usar diretamente o documento “Dados grupo focal” para descrever estratégias práticas para cada barreira.

- Para cada barreira:
- Título da barreira;
- Pergunta-guia adaptada em linguagem simples;
- Caixa “O que os profissionais sugeriram na prática?” com bullets das estratégias.
- Exemplo – Barreira 1: Estado geral de saúde do residente:
- Dividir os residentes em grupos por nível funcional;
- Fazer avaliação individual para adaptar as atividades;
- Contar com auxílio da equipe de cuidadoras;
- Oferecer orientação e pequenos treinamentos às cuidadoras;
- Promover rodas entre os residentes;
- Sensibilizar a gestão;

- Respeitar limitações de cada residente;
- Utilizar materiais diferentes e atividades aeróbias adaptadas;
- Usar música como recurso motivador.
- Repetir o mesmo formato para: ausência de recursos; resistência da pessoa idosa; baixo comprometimento da equipe; falta de conhecimento em AF.
- Layout sugerido: coluna esquerda com explicação da barreira; coluna direita com lista de estratégias.

Gráficos estatísticos: não necessários nesta seção.

PÁGINA 13 – MATRIZ IMPACTO × FACTIBILIDADE (VERSÃO DIDÁTICA)

- Explicar brevemente os dois eixos:
- Impacto esperado = quanto a estratégia pode melhorar a realidade da ILPI.
- Factibilidade = quão fácil é implementar a estratégia (tempo, recursos, equipe, apoio da gestão).

GRÁFICO 3 – Matriz impacto × factibilidade das estratégias

- Tipo: gráfico de dispersão com 4 quadrantes (baixo/alto impacto × baixa/alta factibilidade).
- Eixo X: Factibilidade (baixa → alta).
- Eixo Y: Impacto esperado (baixo → alto).
- Incluir 5–8 estratégias como pontos, com nomes curtos (ex.: “Capacitação equipe”, “Parcerias território”, “Adaptação espaço”, “Registro atividades”, “Atividades em grupo”).
- Visual sugerido:
- Fundo branco;
- Duas linhas cinza finas (vertical e horizontal) dividindo os 4 quadrantes;
- Pontos em uma cor única;
- Título: “Matriz impacto × factibilidade das estratégias sugeridas”.
- Abaixo do gráfico, incluir uma caixa destacando as estratégias prioritárias (alto impacto + alta factibilidade).

PÁGINAS 14–15 – GUIA DE PASSOS (PLANO DE AÇÃO PARA A ILPI)

Objetivo: transformar o conteúdo da cartilha em um plano de ação concreto.

- Título sugerido: Guia de passos para usar esta cartilha na sua ILPI.
- Passos:
 - 1. Mapear as barreiras locais (usar lista da página 6–7 e marcar quais são mais presentes na ILPI).
 - 2. Escolher 2–3 estratégias por barreira prioritária (páginas 9–12).
 - 3. Classificar as estratégias na matriz impacto × factibilidade (página 13).
 - 4. Montar um plano de ação simples para 3 meses (o que fazer, quem é responsável, quando começa, como acompanhar).
 - 5. Reavaliar após 3 meses (o que funcionou, o que precisa ser ajustado, quais novas estratégias incluir).
- Incluir uma mini tabela em branco para o leitor preencher, com colunas: “O que vamos fazer?”, “Quem é responsável?”, “Quando começa?”, “Como vamos acompanhar?”.

PÁGINA 16 – CHECKLIST FINAL

Título sugerido: Checklist rápido para sua ILPI.

- Itens em formato de sim/não:
 - Nossa ILPI oferece, pelo menos 1 vez por semana, alguma atividade planejada de movimento para cada grupo de residentes.
 - Temos alguém responsável por organizar e acompanhar as atividades físicas (mesmo que acumule outras funções).
 - A equipe de cuidadoras recebe orientação ou treinamento sobre como apoiar os residentes nas atividades.
 - A gestão conhece e apoia o plano de atividades físicas e de redução do tempo sentado.
 - Registramos de forma simples (caderno, ficha ou planilha) quais atividades foram feitas, com quem e como foi.
 - Pelo menos 1–2 estratégias sugeridas nesta cartilha foram testadas nos últimos 3 meses.
 - Já revisamos nossas principais barreiras usando esta cartilha e definimos prioridades de ação.

- Interpretação rápida do score:
- 0–2 “sim”: muito espaço para começar – sugerir iniciar pelos passos da página 14–15.
- 3–5 “sim”: já existem iniciativas importantes, mas ainda há espaço para estruturar melhor.
- 6–7 “sim”: boa organização para AF – foco em consolidar e aprimorar.

PÁGINA 17 – REFERÊNCIAS + CONTATO

Incluir 4–5 referências principais da dissertação (AF e sedentarismo em idosos, ILPIs e atividade física, barreiras/facilitadores, implementação).

Inserir contato das autoras/equipe (e-mail institucional ou canal oficial).

Gráficos nesta página: nenhum.