



Prevalência de barreiras para a prática de atividade física no tempo livre em pacientes com hipertensão arterial

Prevalence of barriers to the practice of physical activity in free time in patients with hypertension

AUTORES

Felipe Oliveira Fontanella¹
Danilo Fernandes da Silva²
Caryna Eurich Mazur³
Matheus Federizzi¹
Francine Meira da Cruz¹
Gabriela Datsch Bennemann³

1 Universidade Estadual do Centro-Oeste, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Guarapuava, Paraná, Brasil.

2 University of Ottawa, Faculty of Health Sciences, School of Human Kinetics, Ottawa, Ontario, Canadá.

3 Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de Nutrição, Guarapuava, Paraná, Brasil.

CONTATO

Gabriela Datsch Bennemann
gabibennemann@gmail.com
Rua Simeão Varela de Sá, 03, Vila Carli,
Guarapuava, Paraná, Brasil.
CEP: 85040-080.

DOI

10.12820/rbafs.24e0108



Esta obra está licenciada com uma Licença
Creative Commons Atribuição-NãoComercial-
Compartilha Igual 4.0 Internacional.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar as barreiras e o estágio de mudança de comportamento para a prática de atividade física no tempo livre em uma amostra de pacientes com hipertensão arterial. Estudo transversal realizado com 55 pacientes (69,1% de mulheres, idade entre 31-89 anos) que frequentavam o Modelo de Atenção as Condições Crônicas de uma Unidade Básica de Saúde de Guarapuava, Paraná. As barreiras para prática de atividades físicas foram determinadas por instrumento padronizado e validado. Dezenove barreiras foram classificadas em “barreira percebida” (sempre e quase sempre) e “barreira não-percebida” (às vezes, raramente e nunca). As barreiras foram categorizadas nas dimensões ambientais, sociais, fisiológicas/físicas e psicológicas/comportamentais. Os estágios de prontidão foram usados para classificar os pacientes em “ativos” (estágios ação e manutenção) e “não ativos” (estágios pré-contemplação, contemplação e preparação). A frequência (%) de barreiras percebidas foi associada à prontidão para prática de atividades físicas por meio do teste Qui-quadrado e Exato de Fisher. As três barreiras mais prevalentes foram: “falta de energia ou cansaço” (54,5%), “falta de clima adequado” (47,3%) e “limitações físicas” (42,6%). Foram identificadas 10 barreiras mais frequentes em pacientes não ativos comparados aos ativos, sendo quatro fisiológicas/físicas, três psicológicas/comportamentais, duas ambientais e uma social. Pacientes obesos apresentaram maior quantidade de barreiras fisiológicas/físicas que os não-obesos. Considerando os fatores limitantes na incorporação de uma vida mais ativa em pacientes hipertensos, o presente estudo pode auxiliar a estabelecer estratégias específicas no contexto da atenção básica.

Palavras-chave: Doenças crônicas; Políticas públicas; Envelhecimento; Estudo transversal; Comportamento; Hipertensão; Atividade motora.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify barriers and the stage of behavioural changes for physical activity in the free time in hypertensive patients. This is a cross-sectional study with 55 patients (69.1% women, age range 31-89 years) who were attending to the Chronic Conditions Attention Model in a Basic Unit of Health from Guarapuava, Paraná, Brazil. Barriers for physical activity were determined by a validated instrument. Nineteen barriers were classified as “perceived barrier” (always and almost always) and “non-perceived barrier” (sometimes, rarely, and never). Barriers were categorized in the following dimensions: environmental, social, physiological/physical, psychological/behavioural. The stages of change were used to classify patients as “active” (stages action and maintenance) and “non-active” (stages pre-contemplation, contemplation, and preparation). The frequency (%) of perceived barriers was associated with the activity levels by the Chi-square test and Fisher Exact test. The three most prevalent barriers were: “lack of energy or tiredness” (54.5%), “lack of adequate weather” (47.3%) and “physical limitations” (42.6%). Ten barriers were identified to be more frequent in the non-active patients compared to the active ones, with four from the physiological/physical dimension, three psychological/behavioural, two environmental and one social. Obesity patients had more physiological/physical barriers than the non-obese ones. Given the limitation factors to incorporate a more physically active lifestyle in hypertensive patients, the present study can assist in establishing specific strategies in the health basic attention setting.

Keywords: Chronic diseases, Public policies, Aging; Cross-sectional study; Behaviour; Hypertension; Motor activity.

Introdução

A atividade física tem sido compreendida como uma ferramenta para promoção de condições favoráveis

à saúde, inclusive no contexto da Atenção Básica¹. A prática regular de atividades físicas é considerada agente redutor do risco de morte prematura relacionada às

doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)² e pode auxiliar no combate destas doenças normalmente causadas por fatores ligados ao estilo de vida³.

As DCNTs são caracterizadas como afecções multifatoriais de saúde que tendem a estarem presentes por longos períodos. Destaca-se entre elas, a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, neoplasias, doenças cérebro vasculares, doenças pulmonares obstrutivas crônicas⁴. A hipertensão arterial é um importante fator de risco para aterosclerose e trombose, com influência negativa em nível cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. Além disso, pode gerar reflexos que se estenderão à redução da qualidade e expectativa de vida⁵.

Segundo o inquérito nacional chamado Vigilância de Fatores de Risco e Proteção às Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)⁶, a frequência de diagnóstico de hipertensão arterial na população brasileira é de 24,7%, com aumento de cerca de 3% entre 2006 e 2018. Adicionalmente, nota-se um elevado percentual de brasileiros com excesso de peso (mais da metade da população). Esses dados reforçam a necessidade da adoção da prática de atividade física para minimizar este quadro epidemiológico, já que 16.700 mortes prematuras relacionadas às DCNTs poderiam ser evitadas no Brasil se os níveis de atividade física da população atingissem as recomendações mundiais⁷, o que geraria uma importante redução de custos por parte do Sistema Único de Saúde⁸.

No Brasil, com o passar dos anos, novas políticas públicas têm contribuído para reforçar a necessidade e nortear caminhos para melhorar a qualidade de vida através de mudanças no estilo de vida. Essas mudanças, ao mesmo tempo, amenizariam o impacto das DCNTs. O plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT⁹, a participação do profissional de educação física através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família¹⁰, o Programa Academia da Saúde¹¹ e as recomendações descritas na 7^ª diretriz de hipertensão arterial⁵ reafirmam a importância de ser fisicamente ativo e fornecem uma série de benefícios.

Portanto, um estudo sobre potenciais barreiras para a práticas de atividades físicas se torna importante para auxiliar na elaboração de ações visando minimizar o impacto da inatividade física em doenças crônicas, como a hipertensão arterial^{12,13}. Combinando pacientes com diabetes, hipertensão arterial e obesidade, Quiroz-Mora et al.¹³ identificaram entre as barreiras ou fatores de risco para adesão à prática de atividades físicas

o fato de não terem companhia, não compreenderem o papel de exercícios físicos para minimizar os agravos de sua condição ou não receberem instruções dos profissionais de saúde responsáveis por seu tratamento para a realização de exercícios físicos. No entanto, as barreiras específicas para pacientes com hipertensão arterial não são conhecidas. Ademais, a percepção de barreiras entre hipertensos considerados ativos comparados aos não ativos pode diferir, o que facilitaria a compreensão do real impacto de uma dada barreira na prática de atividades físicas por parte de hipertensos. Considerando os expressivos efeitos positivos de atividades físicas na pressão arterial, sobretudo de hipertensos⁵, é relevante compreender as barreiras para prática de atividades físicas nesta população, sobretudo no contexto da atenção primária à saúde em que a equipe multiprofissional pode usar essas informações para propor estratégias e superar esses fatores limitantes.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi identificar as barreiras e o estágio de mudança de comportamento para a prática de atividade física no tempo livre em uma amostra de pacientes com hipertensão arterial.

Métodos

Estudo transversal realizado no município de Guaraçuva, Paraná, o qual possui 180.364 mil habitantes, que está localizada no centro sul do Paraná e apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,731¹⁴.

Pacientes da Unidade Básica de Saúde (UBS) Xarquinho 1, participantes do sistema Modelo de Atenção das Condições Crônicas (MACC), foram incluídos no estudo. No período da coleta de dados, o programa estava sendo implementado como piloto em quatro UBS no município, visando a certificação com os Selos de Qualidade do Programa de Tutoria da Secretaria de Estado do Paraná. Esta UBS foi escolhida para realização do estudo por se tratar de território de atuação vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família da universidade pública que conduziu o estudo. O MACC consiste em uma proposta de fornecer ao paciente uma equipe multiprofissional (conta com médicos endocrinologista, cardiologista, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiro e assistente social) para ajudar no autocuidado e providenciar um olhar de várias especialidades, a fim de potencializar a oferta de saúde para a população atendida. Os pacientes da UBS Xarquinho 1 começaram a ser atendidos no programa no primeiro semestre de 2017, sendo que os casos mais

graves também eram assistidos pelos profissionais residentes da unidade, do Programa de Residência Multiprofissional em Estratégia de Saúde da Família. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética local para pesquisas com seres humanos (Parecer n. 2.762313/2018).

Foram incluídos no estudo os pacientes com idades de 19 a 90 anos de ambos os sexos, com diagnóstico clínico de hipertensão arterial obtido através do prontuário clínico, vinculados da unidade de saúde do Xarquinho 1 no município de Guarapuava, Paraná e participantes do MACC. Foram excluídos i) pacientes hipertensos que não tivessem comparecido aos atendimentos de rotina dos últimos seis meses; ii) que não fosse possível aplicar o questionário por dificuldades na comunicação ou; iii) que não compareceram aos agendamentos para a avaliação.

Os agendamentos foram feitos diretamente na UBS e também na rotina de visitas domiciliares, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pelo pesquisador responsável. A coleta de dados sendo realizada posteriormente, face a face, na UBS, para os participantes que tivessem atendimentos de rotina agendados para o período de coleta de dados, e nos domicílios, para os demais participantes. Cada entrevista dispendeu um tempo médio de aproximadamente 30 minutos, e a coleta de dados foi realizada no período de junho a novembro de 2018.

Para a obtenção das informações referentes às condições socioeconômicas, demográficas e clínicas, como pressão arterial⁵, número de medicamentos¹⁵ e estado nutricional a partir do índice de massa corpórea (IMC)¹⁶, foi empregado um questionário estruturado pelos próprios pesquisadores.

As barreiras para a prática de atividade física no tempo livre foram avaliadas por meio de um instrumento desenvolvido por Petroski e Martins¹⁷, que apresenta adequada reprodutibilidade (Índice Kappa = 0,55 - 0,88), fácil administração (curto tempo para resposta), bem como clareza e aplicabilidade satisfatórias. O instrumento contém dezenove itens, além de uma opção “outros”: 1) Jornada de trabalho extensa; 2) Compromissos familiares; 3) Falta de clima adequado para a prática; 4) Falta de espaço disponível para a prática; 5) Falta de equipamento disponível; 6) Tarefas domésticas; 7) Falta de companhia; 8) Falta de incentivo da família e/ou amigos; 9) Falta de recursos financeiros; 10) Mau humor; 11) Medo de se lesionar; 12) Limitações físi-

cas; 13) Dores leves ou mal estar; 14) Falta de energia ou cansaço; 15) Falta de habilidade física; 16) Falta de conhecimento ou orientação sobre atividade física; 17) Ambiente insuficientemente seguro; 18) Preocupação com a aparência durante a prática; 19) Falta de interesse em praticar; 20) Outros. As barreiras foram subsequentemente categorizadas em quatro dimensões: ambiental (barreiras 3, 4, 5, 17); social (barreiras 1, 2, 6, 7, 8, 9, 16); fisiológica/física (barreiras 12, 13, 14, 15); psicológica/comportamental (barreiras 10, 11, 18, 19), seguindo estudos anteriores^{18,19}. Os entrevistados tinham cinco opções de respostas, sendo elas: sempre, quase sempre, às vezes, raramente e nunca. Diante das opções, “sempre” e “quase sempre” foram consideradas “barreira percebida”, enquanto que as demais opções foram classificadas como “barreira não percebida”, seguindo recomendação dos proponentes do instrumento¹⁷.

Os estágios de prontidão para prática de atividades físicas no tempo livre foram determinados a partir da seguinte pergunta: “Em uma semana normal, você realiza algum tipo de atividade física no seu tempo livre?”. Respostas indicando que “sim” foram complementadas com a pergunta referente a quanto tempo realizavam essas atividades físicas. Aqueles com prática por tempo superior a seis meses foram classificados como estágio “manutenção” e até seis meses como estágio “ação”. Todavia, se o paciente respondesse “não” e na sequência não demonstrasse interesse em iniciar em algum momento foram classificados como estágio “pré-contemplação”, os que indicaram interesse em começar nos próximos seis meses foram categorizados como estágio “contemplação” e os que tinham interesse em começar nos próximos 30 dias foram classificados como estágio “preparação”. Para as análises, os respondentes “não” (pré-contemplação, contemplação e preparação) foram agrupados como “não ativos” e os respondentes “sim” (ação e manutenção) foram agrupados como “ativos”. Esta categorização está em conformidade com procedimentos adotados em estudos prévios¹⁹⁻²¹.

Para tabulação e análise descritiva dos dados (mediana, amplitude interquartílica e distribuição de frequências absoluta e relativa) utilizou-se o programa Excel 2013. Para verificar a associação entre o estágio de prontidão para a prática de atividade física no tempo livre (“ativos”; “não ativos”) e a percepção da barreira (“barreira percebida”; “barreira não percebida”) foi realizado o Teste Qui-quadrado 2x2 ou o Teste exato de Fisher (quando o número de observações esperadas foi menor que cinco em mais de 20% dos casos).

Também foi criado um escore computando a quantidade de barreiras para cada dimensão (ambiental, social, fisiológico/físico, psicológico/comportamental), que foi utilizado para estabelecer comparações entre: i) homens e mulheres; ii) adultos (18 a <60 anos) e idosos (≥ 60 anos); iii) obesos ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) e não obesos ($\text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$); iv) polifarmácia (uso de >4 medicamentos) e não-polifarmácia (uso de ≤ 4 medicamentos), com o intuito de compreender se esses fatores afetam a presença de barreiras nas dimensões estudadas. Estes dados contínuos foram testados quanto à normalidade de distribuição (teste de Shapiro-Wilk) e considerando os resultados, foram comparados a partir do Teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Sexo, faixa etária, estado nutricional e uso de polifarmácia também foi associado com a frequência de participantes “não ativos”, por meio do teste Qui-quadrado 2x2. O software IBM SPSS Statistics 22.0 foi utilizado para aplicação da estatística e para todas as análises foi adotado nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados

Para a obtenção dos dados havia inicialmente o cadastro de 183 participantes, dos quais oito foram a óbito, cinco mudaram de bairro e 46 não frequentaram o MACC nos últimos seis meses, totalizando 124 pessoas contatadas para iniciar a pesquisa. Aceitaram participar e atenderam aos critérios de inclusão deste estudo 55 pacientes com idade entre 31 e 89 anos, dos quais 69,1% eram mulheres, 74,5% idosos, 52,7% casados, 52,7% declararam ser de etnia parda, 70,9% não completaram o ensino fundamental, 72,7% católicos, 56,4% não praticavam nenhum tipo de exercício físico, 41,8% dos pacientes consideram a sua saúde razoável e 80,0% referiram sentir dor em alguma região do corpo. Dentre os participantes, observou-se que 65,5% utilizavam mais do que quatro medicamentos (Tabela 1).

A Figura 1 apresenta a prevalência das barreiras investigadas, com destaque para “falta de energia ou cansaço” (54,5%), “falta de clima adequado” (47,3%), “limitações físicas” (42,6%), “falta de interesse em praticar” (38,2%), “dores leves ou mal estar” (37,0%), “compromissos familiares” (34,5%), “falta de equipamentos disponíveis” (32,7%), “ambiente insuficientemente seguro”, “medo de se lesionar” ou “falta de habilidade física” (30,9%).

A Tabela 2 descreve a associação entre os estágios de prontidão para prática de atividade física no tempo livre que classificaram os participantes em “ativos” e “não ativos”, com a percepção de cada uma das barreiras

Tabela 1 – Características sociodemográficas, clínicas e nutricionais de pacientes hipertensos (n = 55).

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	17	30,9
Feminino	38	69,1
Faixa Etária		
18 a <60 anos (adulto)	14	25,5
≥ 60 anos (idoso)	41	74,5
Estado Civil		
Solteiro	3	5,5
Casado	29	52,7
Separado	4	7,3
Amasiado	5	9,0
Viúvo	14	25,5
Etnia		
Branco	24	43,6
Pardo	29	52,7
Negro	2	3,7
Escolaridade		
Analfabeto	8	14,5
Semi analfabeto	6	10,9
Fundamental incompleto	39	71,0
Fundamental completo	1	1,8
Médio incompleto	1	1,8
Religião		
Católico	40	72,7
Evangélico	12	21,9
Luterano	1	1,8
Judeu	1	1,8
Adventista	1	1,8
Prática exercício físico		
Ativo	24	43,6
Não ativo	31	56,4
Percepção da Saúde		
Excelente	1	1,8
Muito boa	2	3,6
Boa	16	29,1
Razoável	23	41,8
Ruim	9	16,4
Não sabe	4	7,3
Sente dor no corpo		
Sim	44	80,0
Não	11	20,0
Estado nutricional		
Não-obesos	25	45,5
Obesos	30	54,5
Pressão arterial sistólica (mmHg)		
< 140	26	47,3
140-160	18	32,7
≥ 160	11	20,0
Número de medicamentos		
≤ 4	18	33,3
>4	36	66,7

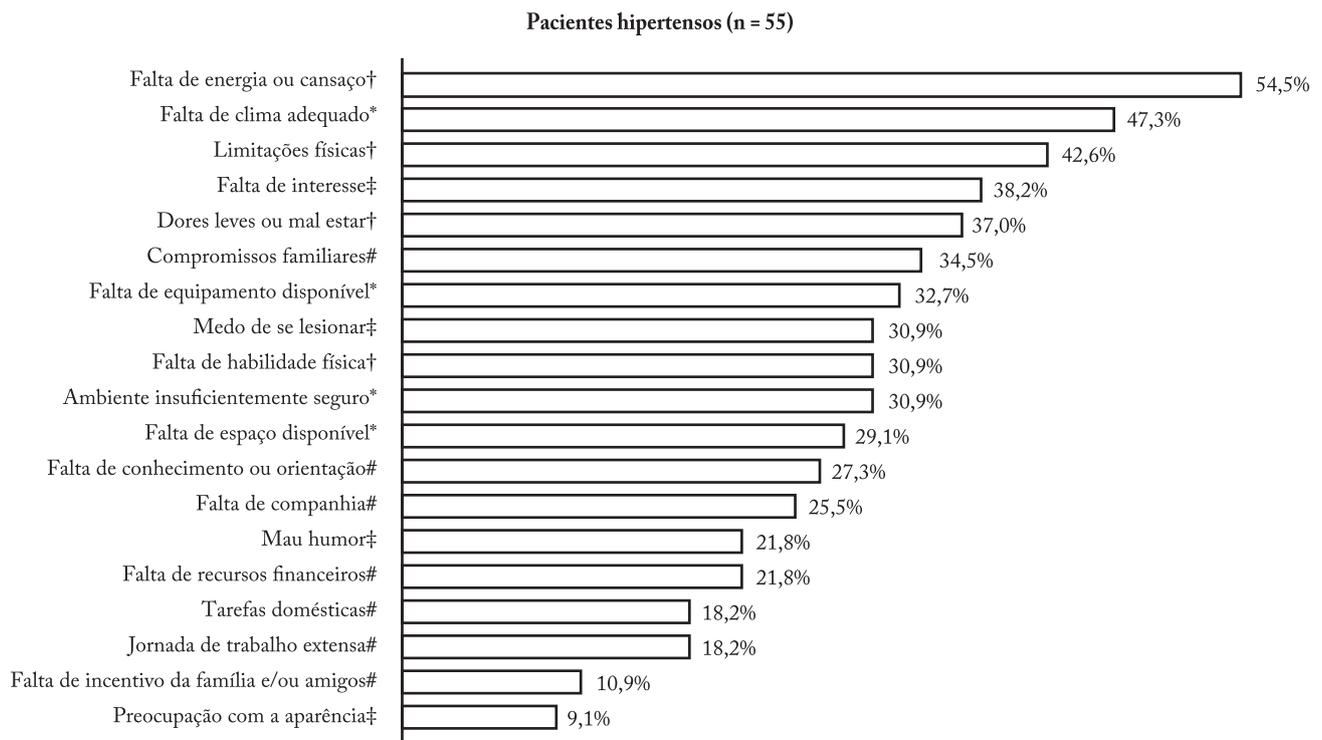


Figura 1 – Prevalência de barreiras percebidas à prática de atividade física no tempo livre em pacientes hipertensos (n = 55)

*Barreira da dimensão ambiental; #Barreira da dimensão social; †Barreira da dimensão fisiológica/física; ‡Barreira da dimensão psicológica/comportamental.

analisadas. Dentre estas barreiras, aquelas que foram significativamente mais frequentes em pacientes classificados como “não ativos” (i.e., estágios pré-contemplação, contemplação, preparação) comparados aos classificados como “ativos” (i.e., estágios ação e manutenção) foram “falta de espaço disponível”, “falta de equipamento disponível”, “falta de recursos financeiros”, “mau humor”, “medo de se lesionar”, “limitações físicas”, “dores leves ou mal estar”, “falta de energia ou cansaço”, “falta de habilidade física” e “falta de interesse”. Destas 10 barreiras, duas são da dimensão ambiental, uma da dimensão social, três da dimensão psicológica/comportamental e quatro da dimensão fisiológica/física.

O escore gerado a partir do número de barreiras em cada dimensão estudada foi comparado entre homens e mulheres, adultos e idosos, obesos e não-obesos e pacientes fazendo uso de polifarmácia ou não. Não houve diferenças para nenhuma das quatro dimensões nas comparações de grupo executadas, exceto os pacientes com obesidade, que apresentaram mais barreiras para a prática de atividades físicas no tempo livre que os não-obesos para a dimensão fisiológica/física (Tabela 3). A frequência de pacientes “não ativos” não diferiu de acordo com sexo, faixa-etária, estado nutricional e uso de polifarmácia (Tabela 3).

Discussão

Observadas as dez principais barreiras para a prática de atividades físicas percebidas pelos pacientes hipertensos participantes no presente estudo, quatro delas são da dimensão fisiológica/física, três da dimensão psicológica/comportamental, duas da dimensão ambiental e uma da dimensão social. Pacientes hipertensos com obesidade obtiveram um número significativamente maior de barreiras que os não-obesos para aquelas que compõem a dimensão fisiológica/física.

Quanto à dimensão ambiental, as barreiras podem estar relacionadas à falta de locais com estrutura apropriada para que o indivíduo consiga praticar as atividades físicas. Queiroga et al.²² relataram em um estudo feito em 27 UBS de Guarapuava que algumas estruturas físicas tem um potencial de desestimular seus frequentadores, como ruas estreitas e falta de calçadas, além de haver risco de lesões²²; embora existam políticas governamentais com o intuito de prover espaço próprio para essas atividades, como o Programa Academia da Cidade¹¹. Além disso, em um estudo sobre a percepção de 385 idosos sobre o ambiente construído, Salvador et al.²³ identificaram que aqueles mais próximos a locais com estrutura esportiva apropriada, como quadras, foram mais propensos a serem ativos física-

Tabela 2 – Associação entre pacientes em “ativos” e “não ativos” com a percepção de cada uma das barreiras analisadas em pacientes hipertensos (n = 55).

Dimensão Barreira percebida	Ativos (n = 24)	Não ativos (n = 31)	P
	%	%	
Fisiológica/física			
Limitações físicas	17,4	61,3	0,001*
Dores leves ou mal estar	13	54,8	0,002*
Falta de energia	33,3	71,0	0,005*
Falta de habilidade física	16,7	41,9	0,044*
Ambiental			
Falta de espaço disponível	12,5	41,9	0,017*
Falta de equipamento disponível	16,7	45,2	0,026*
Ambiente insuficientemente seguro	20,8	38,7	0,155
Falta de clima adequado	45,8	48,4	0,851
Social			
Falta de recursos financeiros	8,3	32,3	0,033*
Jornada de trabalho extensa	20,8	16,1	0,733
Compromissos familiares	29,2	38,7	0,460
Tarefas domésticas	12,5	22,6	0,486
Falta de companhia	16,7	32,3	0,188
Falta de incentivo da família e/ou amigos	4,2	16,1	0,216
Falta de conhecimento ou orientação	20,8	32,3	0,345
Psicológica/comportamental			
Mau humor	8,3	32,3	0,033*
Medo de se lesionar	16,7	41,9	0,044*
Falta de interesse	20,8	51,6	0,020*
Preocupação com a aparência	8,3	9,7	1,000

Teste Qui-quadrado 2x2 e Teste exato de Fisher; *p < 0,05.

mente. Ademais, a proximidade de unidades básicas de saúde foi citada como um fator positivo para aumento da atividade física. Eiras et al.²⁴ também demonstram resultados semelhantes em análise com idosos ativos da cidade de Curitiba, que apontaram o ambiente existente nas proximidades de sua residência como fator que influencia na aderência à prática de atividades físicas.

Em relação às barreiras relacionadas à dimensão fisiológica/física, era de se imaginar que o fato da maioria dos indivíduos participantes da presente pesquisa serem idosos (74,5%) explicaria a alta frequência dessa dimensão de barreiras, sobretudo nos pacientes não ativos. Uma das condições que acompanham o processo de envelhecimento é a sarcopenia, condição que envolve aspectos metabólicos e comportamentais, e resulta na diminuição da massa magra, da *performance* física e da força muscular do indivíduo, aumentando sua

Tabela 3 – Comparação do escore gerado a partir do número de barreiras em cada dimensão estudada e da frequência de pacientes “não ativos” de acordo com sexo, faixa etária, estado nutricional e uso de medicamentos de pacientes hipertensos (n = 55).

	Homens (n = 17)	Mulheres (n = 38)	P
	Dimensão ambiental	1 (0-2)	
Dimensão social	1 (0,5-2,5)	1 (0-2,3)	0,679
Dimensão fisiológica/física	1 (0-3,5)	1,5 (0,8-2)	0,815
Dimensão psicológica/ comportamental	1 (0-1,5)	1 (0-2)	0,992
% “Não ativos”	64,7	52,6	0,404
	Adultos (n = 14)	Idosos (n = 41)	P
Dimensão ambiental	1 (0-2)	1 (1-2)	0,271
Dimensão social	2 (0-3)	1 (0-2)	0,309
Dimensão fisiológica/física	1,5 (1-3,3)	1 (0-2,5)	0,494
Dimensão psicológica/ comportamental	1 (0-1,3)	1 (0-2)	0,943
% “Não ativos”	64,3	53,7	0,489
	Obesos (n = 30)	Não-obesos (n = 25)	P
Dimensão ambiental	1 (0,8-2)	1 (1-2)	0,916
Dimensão social	1 (0-3)	1 (0-2)	0,553
Dimensão fisiológica/física	2 (1-3)	1 (0-2)	0,008*
Dimensão psicológica/ comportamental	1 (0-2)	1 (0-1)	0,161
% “Não ativos”	60,0	52,0	0,551
	≤4 medicamentos (n = 18)	>4 medicamentos (n = 36)	P
Dimensão ambiental	1 (1-2)	1 (0-2)	0,679
Dimensão social	2 (0,8-2,3)	1 (0-2)	0,184
Dimensão fisiológica/física	2 (0,8-3)	1 (0-2,8)	0,638
Dimensão psicológica/ comportamental	1 (0,8-2)	0,5 (0-1,8)	0,183
% “Não ativos”	66,7	52,8	0,331

Dados apresentados em mediana (amplitude interquartilica) e percentual. Teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas/escalares e teste Qui-quadrado 2x2 para a variável categórica. *p < 0,05.

dependência²⁵. No entanto, a comparação entre idosos e adultos não revelou diferenças na quantidade de barreiras na dimensão fisiológica/física. Uma possível explicação para tal resultado é a elevada frequência de pacientes “não ativos” em ambos adultos e idosos, inclusive ligeiramente superior nos adultos, apesar de não significativa do ponto de vista estatístico. Níveis insuficientes de atividade física ou sedentarismo podem levar às alterações físicas (exemplo, menor massa magra e força muscular)²⁶, resultando em maior percepção de barreiras fisiológicas/físicas.

Nota-se na presente análise que a quantidade de participantes com obesidade é elevada (54,5%). O destaque da obesidade como fator de risco para morbimortalidade é notável²⁷. Considerando que a presente amostra foi obtida a partir de pacientes com hipertensão arterial, esta prevalência era esperada, devido à conexão entre as patologias⁵, as quais também se associam a outras comorbidades, como hipercolesterolemia, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças osteoarticulares e alguns cânceres. Pessoas que convivem com obesidade podem apresentar uma série de fatores que influenciam sua adesão e aderência à realização de atividades físicas. É possível destacar limitações físicas¹⁸ que levam a um desgaste exacerbado, além da força e resistência muscular prejudicadas e sobrecarga mecânica. Em concordância com esses aspectos, identificou-se no presente estudo que os pacientes classificados com obesidade segundo o IMC apresentaram uma quantidade significativamente maior de barreiras fisiológicas/físicas que os pacientes não-obesos. Atingir uma importante redução na proporção de adultos brasileiros com obesidade é um dos objetivos do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, divulgado no ano de 2011⁹. Ações multiprofissionais contando com a participação do profissional de educação física tem potencial para gerar resultados positivos no combate ao excesso de peso²⁸.

O presente estudo também indicou um número acentuado de participantes utilizando cinco ou mais medicamentos para tratamentos diversos além da hipertensão (66,7%). Este fenômeno é identificado como polifarmácia¹⁵ e sugere-se que hipertensos tem uma chance maior de utilizar mais de quatro medicamentos²⁹. Tal hábito poderia ter implicações fisiológicas e efeitos colaterais diversos. Esses possíveis efeitos poderiam impactar a prática de atividades físicas, entretanto, este fator não aparece entre os listados pelos participantes no item “outros” do instrumento de barreiras para a prática de atividade física. Além disso, não houve diferenças entre participantes fazendo uso de polifarmácia *versus* os que usavam uma quantidade menor de medicamentos no que diz respeito a quantidade de barreiras, independentemente da dimensão analisada. Este resultado pode ser explicado pela elevada frequência de pacientes “não ativos” em ambos os grupos de uso de medicamentos, o que parece influenciar significativamente a percepção de barreiras para prática de atividades físicas no tempo livre, de acordo com nossos achados e com estudos que corroboram os mesmos²¹.

Quanto aos fatores psicológicos/comportamentais, Souza et al.³⁰, em estudo com idosos diagnosticados com doença de Alzheimer, também verificaram que o medo de se machucar era uma das barreiras mais prevalentes. Micali et al.³¹ encontraram associação das barreiras mau humor e falta de interesse do paciente em praticar, em estudo na linha de atenção ao cuidado à pessoa idosa no Estado de São Paulo, sugerindo relação dessas barreiras com seu declínio funcional e possível transtornos depressivos pela perda de autonomia para realizar as atividades da vida diária. No presente estudo, não foram observadas diferenças na quantidade de barreiras psicológicas/comportamentais de idosos *versus* adultos. No entanto, três barreiras dessa dimensão foram mais frequentes em pacientes não ativos. Assim, a ausência de diferenças entre idosos e adultos para a quantidade de barreiras psicológicas/comportamentais poderia ser explicada pela alta frequência de “não ativos” para ambas faixas etárias.

A presente pesquisa destacou as principais barreiras que influenciam na adesão aos hábitos de vida mais saudáveis em hipertensos e teve como principal limitação a relativa baixa adesão dos participantes cadastrados no programa MACC. Para minimizar o impacto dessa barreira, buscou-se contatar os participantes e agendar visitas individualmente, mesmo assim, a adesão final ao estudo pela população de interesse ainda foi baixa (44,4%). Outra limitação do estudo é o delineamento transversal que possibilita apenas a caracterização das barreiras e associação com a prontidão para práticas de atividades físicas; porém, não verifica as mudanças de uma potencial intervenção do profissional de educação física junto à equipe multiprofissional com o intuito de superar essas barreiras e aumentar os níveis de atividade física da população enfocada. Recomenda-se este tipo de estudo como um próximo passo nessa linha de investigação.

Em suma, o presente estudo identificou as dimensões fisiológica/física, psicológica/comportamental e ambiental como as mais prevalentes barreiras para prática de atividades físicas no tempo livre em hipertensos. Quando analisadas as barreiras mais frequentes em pacientes classificados como “não ativos” *versus* os “ativos”, 10 barreiras se destacaram, sendo quatro da dimensão fisiológica/física, três da dimensão psicológica/comportamental, duas da dimensão ambiental e uma da dimensão social.

As barreiras identificadas no presente estudo, bem como a associação das mesmas com a prática de atividades físicas no tempo livre, servirão como informações

base para o desenvolvimento de futuras intervenções em locais semelhantes e ajudam a direcionar de forma mais efetiva a intervenção de profissionais de Educação Física em parceria com demais profissionais de saúde no contexto da atenção básica.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Bennemann GD e Silva DF, participaram da concepção inicial do estudo, redação e revisão crítica do texto. Fontanella FO, Federizzi M e Cruz F, participaram da concepção inicial, busca da literatura e coleta de dados; Mazur CE, participou da redação e revisão crítica do texto.

Agradecimentos

Aos profissionais e pacientes da Unidade Básica de Saúde Xarquinho I, do Município de Guarapuava Paraná, e ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, por terem viabilizado o presente estudo.

Referências

- Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa – Brasil, 2008. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2008;13(1):44-56.
- Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev Nutr Campinas*. 2009;22(6):937-46.
- Malta DC, Andrade SSCA, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Silva Júnior JB, et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):217-26.
- World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva Switzerland; 2005.
- Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 6 – Non-pharmacological treatment. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3 Suppl 3):30-4.
- Brasil. *Vigilância Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
- Rezende LFM, Garcia LMT, Mielke GI, Lee DH, Giovannucci E, Eluf-Neto J. Physical activity and preventable premature deaths from non-communicable diseases in Brazil. *J Public Health*. 2019;41(3):e253-e260.
- Bielemann RM, da Silva BGC, Coll CVN, Xavier MO, da Silva SG. Burden of physical inactivity and hospitalization costs due to chronic diseases. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:75.
- Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Ministério da Saúde; 2008.
- Brasil. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde; 2013.
- Forechi L, Mill JG, Griep RH, Santos I, Pitanga F, Molina MCB. Adherence to physical activity in adults with chronic diseases: ELSA-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:31.
- Quiroz-Mora CA, Serrato-Ramírez DM, Bergonzoli-Peláez G. Factores sociados con la adherencia a la actividad física en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Salud Pública*. 2018;20(4):460-4.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Indicadores Sociais Mínimos: Cidades. Acesso em 10 de out. 2018.
- Carvalho MFC, Leiber, NRS, Mendes GB, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(4):817-27.
- World Health Organization. Physical status the use and interpretation of anthropometrics. Report of a World Health Organization. Expert Committee. Who. Tech Rep Ser;1995.
- Martins MO, Petroski EL. Mensuração da percepção de barreiras para a prática de atividades físicas: uma proposta de instrumento. *Rev Bras Cineantropom Desemp Hum*. 2000;2(1):58-65.
- Boscatto EC, Duarte MFS, Gomes MA. Estágios de mudança de comportamento e barreiras para a atividade física em obesos mórbidos. *Rev Bras Cineantropom Desemp Hum*. 2011;13(5):329-34.
- Pinto AA, Claumann GS, Cordeiro PC, Felden EPG, Pelegrini A. Barreiras percebidas para a prática de atividade física entre universitários de Educação Física. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2017;22(1):66-75.
- Matoso GP, Portela BS. Level of physical activity and perceived barriers to its practice in adults with visual impairment. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2019;24:e0094.
- Rigoni PAG, Nascimento Junior JRA, Costa GNFS, Vieira LF. Estágios de mudança de comportamento e percepção de barreiras para a prática de atividade física em universitários do curso de Educação Física. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2012;17(2):87-92.
- Queiroga MR, Ferreira SA, Boneti MD, Tartaruga MP, Coutinho SS, Cavazzoto TG. Caracterização do ambiente físico e prática de atividades físicas em unidades básicas de saúde de Guarapuava, Paraná, 2011-2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2016; 25(4):827-36.
- Salvador EP, Florindo AA, Reis RS, Costa EF. Perception of the environment and leisure-time physical activity in the elderly. *Rev Saude Publica*. 2009;43(6):972-80.
- Eiras SB, da Silva WHA, de Souza DL, Vendruscolo R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. *Rev Bras Cien Esporte*. 2010; 31(2):75-89.
- Morley JE, Baumgartner RN, Roubenoff R, Mayer J, Nair, KS. Sarcopenia. *J Lab Clin Med*. 2001;137: 231-243.
- Bowden Davies KA, Sprung VS, Norman JA, Thompson A, Mitchell KL, Halford JCG, Harrold JA, Wilding JPH, Kemp GJ, Cuthbertson DJ. Short-term decreased physical activity with increased sedentary behaviour causes metabolic derangements and altered body composition: effects in individuals with and without a first-degree relative with type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2018;61(6):1282-94.

27. Lavie CJ, Carbone S, Kachur S, O'Keefe EL, Elagizi A. Effects of Physical Activity, Exercise, and Fitness on Obesity-Related Morbidity and Mortality. *Curr Sports Med Rep*. 2019;18(8):292-8.
28. Nardo Junior N, Bianchini JAA, da Silva DF, Ferraro ZM, Lopera CA, Antonini VDS. Building a response criterion for pediatric multidisciplinary obesity intervention success based on combined benefits. *Eur J Pediatr*. 2018;117(6):1-12.
29. Silva PLN, Xavier AG, De Souza DA, Vaz MDT. Atenção farmacêutica e os potenciais riscos da polifarmácia em idosos usuários de uma farmácia-escola de Minas Gerais: aspectos socioeconômicos, clínico e terapêutico. *J. Health Biol Sci*. 2017;5(3):247-52.
30. Souza JH, Dias DF, Loch MR. Barreiras para a prática de atividade física no tempo livre em pessoas com doença de Alzheimer. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2017; 22(4): 343-353.
31. Micali PN, Carmo EG, Fusaro Junior G, Pereira JR, Sarriés LV, Sarriés G A, et al. Impacto das principais barreiras percebidas à prática de atividade física por aposentados de um município paulista. *Rev Kairós*. 2017;20(2):413-29.

Recebido: 23/09/2019

Aprovado: 08/07/2020

Como citar este artigo:

Fontanella FO, Silva DF, Mazur CE, Federizzi M, Cruz FM, Bennemann GD. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física no tempo livre em pacientes com hipertensão arterial. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2019;24:e0108. DOI: 10.12820/rbafs.24e0108