

Nível de atividade física de idosos hipertensos e sua associação com dados sociodemográficos e condições de saúde

Level of physical activity of hypertensive elderly citizens and its association with sociodemographic data and health conditions

Beatriz Pirassol da Silva¹ 

Mariana Moreira Tosi² 

Natália Quevedo dos Santos³ 

Daniel Vicentini de Oliveira⁴ 

Yara Lucy Fidelix⁵ 

José Roberto Andrade do Nascimento Júnior⁶ 

Anderson Brandão dos Santos⁷ 

Patrícia Nascimento Peres⁸ 

^{1,3,5-8}Universidade Cesumar (Maringá), Paraná, Brasil. beatriz_pirassol@hotmail.com, maritosi1211@gmail.com, natquevedo01@gmail.com, yara.fidelix@univasf.edu.br, jroberto.jrs01@gmail.com, anderson.brandao.fisio@gmail.com, paticnasci@gmail.com

⁴Autor para correspondência. Universidade Cesumar (Maringá), Paraná, Brasil. d.vicentini@hotmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: Compreender as características sociodemográficas e de saúde, e suas associações com a atividade física na população idosa hipertensa. É pertinente para o desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para a prevenção e redução dos problemas causados pela doença. **OBJETIVO:** avaliar o nível de atividade física de idosos hipertensos e sua associação com dados sociodemográficos e condições de saúde. **METODOLOGIA:** estudo transversal, realizado com 200 idosos hipertensos de ambos os sexos. Os dados foram coletados em duas Unidades Básicas de Saúde durante a realização dos grupos HiperDia. Foram avaliadas informações sociodemográficas e de saúde por meio de um instrumento elaborado pelos autores. O nível de atividade física, por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão curta). O Índice de Massa Corporal (IMC) e os dados vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e frequência respiratória) foram aferidos estando os idosos sentados, em repouso. Os dados foram analisados por meio do teste Qui-quadrado, adotando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **RESULTADOS:** em relação ao nível de atividade física, 35,5% dos idosos foram classificados como irregularmente ativos. Idosos com menor faixa etária ($p=0,0007$), maior renda ($p=0,0120$) e casados ($p=0,0285$) apresentaram maior nível de atividade física. Ficou evidenciada associação estatisticamente significativa entre nível de atividade e a percepção de saúde ($p=0,0274$). **CONCLUSÃO:** um maior nível de atividade física foi verificado em idosos com menor faixa etária, maior renda, casados e houve associação entre o nível de atividade física e a percepção de saúde.

Palavras-chave: Atividade motora. Idosos. Hipertensão. Saúde.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Understanding sociodemographic and health characteristics, and their associations with physical activity in the hypertensive elderly population, is relevant for the development of health policies aimed at preventing and reducing the problems caused by the disease. **OBJECTIVE:** to evaluate the level of physical activity of hypertensive elderly and its association with sociodemographic data and health conditions. **METHODOLOGY:** a cross-sectional study was carried out with 200 hypertensive elderly of both sexes. Data were collected in two Basic Health Units during the HiperDia groups. Sociodemographic and health information were evaluated using an instrument developed by the authors. The level of physical activity, through the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ – short version). Body Mass Index (BMI) and vital data (blood pressure, heart rate, oxygen saturation, and respiratory rate) were measured while the elderly were seated at rest. Data were analyzed using the chi-square test, adopting a significance level of 5% ($p < 0.05$). **RESULTS:** in relation to the level of physical activity, 35.5% of the elderly were classified as irregularly active. Elderly people with a lower age group ($p=0.0007$), higher income ($p=0.0120$), and married people ($p=0.0285$) had a higher level of physical activity. There was a statistically significant association between activity level and health perception ($p=0.0274$). **CONCLUSION:** a higher level of physical activity was observed in elderly people with a lower age group, higher income, and married people and there was an association between the level of physical activity and the perception of health.

Keywords: Motor activity. Seniors. Hypertension. Health.

Submetido 31/01/2022, Aceito 08/04/2022, Publicado 06/05/2022

Rev. Pesqui. Fisioter., Salvador, 2022;12:e4398

<http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.2022.e4398>

ISSN: 2238-2704

Editoras responsáveis: Cristiane Dias, Ana Lúcia Góes

Como citar este artigo: Silva BP, Tosi MM, Santos NQ, Oliveira DV, Fidelix YL, Nascimento Júnior JRA, et al. Nível de atividade física de idosos hipertensos e sua associação com dados sociodemográficos e condições de saúde. Rev Pesqui Fisioter. 2022;12:e4398. <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.2022.e4398>



Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um importante fator de risco cardiovascular, influenciando uma série de patologias como consequências, e caso não seja controlada com um tratamento adequado, poderá acarretar a morte.¹ A prevalência da HAS nos idosos se dá, principalmente, a partir da quinta década de vida², sendo que o envelhecimento acarreta alterações estruturais e funcionais do sistema cardiovascular, em que os mecanismos de controle da pressão arterial (PA) ficam mais ineficazes, contribuindo com essa prevalência.¹

Esta doença é considerada problema de saúde pública por grandes riscos de complicações e dificuldades no seu controle.³ No Brasil, é a doença mais prevalente no idoso em diversas regiões, consistindo na 1ª causa de óbitos.⁴ A Pesquisa Nacional de Saúde apontou uma prevalência de 44,4% de HAS dos 60 aos 64; 52,7% dos 65 aos 74 e de 55,5% para aqueles com 75 anos ou mais.⁵

Independentemente do tratamento medicamentoso, o sucesso terapêutico está relacionado às mudanças de estilo de vida, reduzindo fatores de risco como tabagismo, consumo excessivo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo⁶, sendo fundamental a prática regular de atividade física como recurso não farmacológico para o controle dos níveis pressóricos. A atividade física induz uma bradicardia sinusal, diminuindo a PA, além de melhorar o consumo de oxigênio, diminuir a viscosidade do sangue e diminuir a atividade plaquetária.⁷ Além disso, o desenvolvimento da circulação colateral repercute na redução da resistência vascular total pela consequente vasodilatação.⁸

As novas diretrizes de HAS^{9,10} sugerem que pacientes com HAS devem ser tratados pelo menos com medidas não farmacológicas. Embora a PA geralmente possa ser melhor regulada por meio de modificações no estilo de vida antes de atingir o estágio de hipertensão, há uma variedade de opções de tratamento.⁹ Ajustes no estilo de vida, incluindo atividade física, são os tratamentos padrão de primeira linha para hipertensão.¹⁰

A atividade física tem grande significância na redução da PA e melhor qualidade de vida dos idosos.¹Des-

sa forma, torna-se importante avaliar a HAS, sendo feita com objetivo de estabelecer a condição da PA do paciente, guiar em condutas terapêuticas individuais ou coletivas, identificar os fatores de risco associados à patologia e monitorar o controle da pressão do indivíduo.¹¹

Compreender as características sociodemográficas e as condições de saúde e suas associações com a atividade física na população idosa hipertensa, é pertinente para o desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para a prevenção e redução dos problemas causados por essa doença.

As condições de saúde da população idosa podem ser determinadas através dos seus perfis de morbidade e de mortalidade, da presença de déficits físicos e cognitivos e da utilização de serviços de saúde, entre outros indicadores mais específicos.¹¹ E, nos próximos anos, o Brasil experimentará um rápido crescimento da população idosa, grupo com maior risco de morbidades e deficiências relacionadas a doenças degenerativas.¹²

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo avaliar o nível de atividade física de idosos hipertensos do município de Maringá-PR e sua associação com dados sociodemográficos e condições de saúde.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo analítico, quantitativo e observacional com delineamento transversal, desenvolvido por meio das diretrizes do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa com Seres Humanos sob Parecer de número 3.179.421, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participantes e coleta de dados

A amostra não probabilística, escolhida de forma intencional e por conveniência, foi composta por 200 idosos hipertensos, de ambos os sexos.

Foram excluídos do estudo idosos com doenças neurológicas incapacitantes e indivíduos com dificuldades de compreensão (ambos as condições autopercebidas pelos avaliadores), assim como idosos com possíveis déficits cognitivos, avaliados pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM).¹³

Inicialmente foi realizado contato com a Secretaria de Saúde Município de Maringá- PR para solicitação da autorização para realização das coletas de dados com os pacientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os dados foram coletados em duas UBS, durante a realização dos grupos HiperDia presentes no município, entre os meses de março a julho de 2019. A coleta de dados foi realizada de forma individual e teve duração de aproximadamente 30 minutos por participante. Considerando possíveis dificuldades de leitura, memória e compreensão que os indivíduos pudessem apresentar, optou-se pela administração dos questionários pelos pesquisadores.

Instrumentos

Foram coletadas informações sociodemográficas e de saúde, nível de atividade física, sintomas relacionados à HAS, hábitos de vida, comorbidades e dados vitais.

Para avaliação do nível de atividade física, foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta. O mesmo é composto por sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). O nível de atividade física foi classificado em sedentário, irregularmente ativo (A ou B), ativo ou muito ativo. O irregularmente ativo A foi aquele que atingiu pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência (cinco dias na semana) ou quanto à duração da atividade (150 minutos na semana). Já o irregularmente ativo foi considerado aquele sujeito que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.¹⁴

Os dados vitais foram aferidos estando os indivíduos sentados, por um período mínimo de 10 minutos de repouso, em um ambiente tranquilo e com baixo nível de ruídos. Os dados avaliados foram: PA (mmHg), frequência cardíaca (FC) (bpm), saturação de oxigênio (SpO₂) (%), e frequência respiratória (FR) (iprm). Para aferição da PA utilizou-se um estetoscópio (Littmann ®) e esfigmomanômetro (BIC ®). Foram realizadas três aferições no membro superior esquerdo, com intervalo de dois minutos cada, e utilizada a média das três. O idoso foi avaliado na posição sentada; para aferição da SpO₂ e FC utilizou-se um oxímetro (eBai ®), sendo aferido no membro superior direito. Para determinar o índice de massa corporal (IMC) utilizou-se uma balança digital (Eletrônica Lcd ®) para aferir o peso (kg), e um Estadiômetro de Bolso (Cescorf ®) para verificação da altura (cm).

Análise de dados

Os dados obtidos foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel 2010 e analisados estatisticamente com o auxílio do Software Statistica Single User versão 13.2. A idade e o número de filhos (únicas variáveis quantitativas) foram apresentados nos resultados por meio da média, desvio-padrão, mínimo e máximo. Já as variáveis qualitativas foram dispostas em tabelas de frequência, seguidas pelo teste qui-quadrado para verificar possíveis associações entre as variáveis. O nível de significância adotado nos testes foi de 5%.

Resultados

Foram entrevistadas 200 idosos com média de idade de 71,2±7,8 anos (Mínimo de 60 e máximo de 102 anos), sendo que 51,0% eram do sexo masculino, 63,5% eram brancos, 42,0% tinham de 60 a 69 anos, 56,0% eram casados, e 85,5% afirmaram ter filhos.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos indivíduos hipertensos

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	102	51,0
Feminino	98	49,0
Etnia		
Branca	127	63,5
Parda	32	16,0
Negra	40	20,0
Indígena	1	0,5
Faixa etária		
De 60 a 69 anos	84	42,0
De 70 a 79 anos	81	40,5
De 80 a 89 anos	32	16,0
90 anos ou mais	3	1,5
Estado civil		
Viúvo(a)	46	23,0
Casado(a)	112	56,0
Solteiro(a)	18	9,0
Divorciado(a)	24	12,0
Filhos		
Sim	171	85,5
Não	29	14,5
Escolaridade		
Sem alfabetização	33	16,5
Ensino fundamental	118	59,0
Ensino médio	32	16,0
Ensino superior incompleto	3	1,5
Ensino superior completo	12	6,0
Pós graduação	2	1,0
Renda		
Não possui renda	9	4,5
Até 1 salário mínimo	74	37,0
De 1 a 2 salários mínimos	81	40,5
Mais de 2 salários mínimos	36	18,0
Composição familiar		
Moro com meu esposo(a)	67	33,5
Moro com meu esposo(a) e filhos(as)	39	19,5
Moro com esposo(a), filho(s) e neto(s)	12	6,0
Moro sozinho(a)	59	29,5
Outros	23	11,5

A maioria dos entrevistados (59,5%) relatou ter boa percepção de saúde, 43,5% apresentavam diagnóstico de HAS entre cinco e 10 anos. Com base nos antecedentes familiares, quanto a presença da HAS, 59,0% (N=118) respondeu positivamente; 20,0% (N=40) era etilista, 8,5% (N=17) era tabagista, 32,0% (N=64) adiciona sal nos alimentos, 45,5% (N=78) relataram diabetes associada, 12,0% (N=24) hipotireoidismo, 3,0% (N=6) câncer, 11,0% doenças cardiovasculares, 5,5% (N=11) problemas respiratórios e 3,0% (N=6) outras doenças. A maioria, 97,0% (N=194) fazia uso de medicação para HAS.

Em relação ao nível de atividade física, 35,5% (N=71) foram classificados como irregularmente ativo. Os dados vitais aferidos encontraram-se dentro da normalidade para a maioria dos avaliados, sendo que 60,0% (n=120) apresentaram pressão arterial normal, 87,0% (n=174) F.R. normal, 95,5% (n=191) SpO2 normal, 86,5% (n=173) F.C. normal e 36,0% (n=72) apresentou IMC normal (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência sobre dados vitais, IMC, IPAQ e condição de saúde dos indivíduos hipertensos

Variáveis	n	%
Percepção de saúde		
Regular	54	27,0
Boa	119	59,5
Ruim ou péssima	11	5,5
Excelente	16	8,0
Tempo de HAS		
Menos de 1 ano	12	6,0
Entre 10 e 5 anos	87	43,5
Entre 30 e 20 anos	85	42,5
Entre 50 e 40 anos	11	5,5
Mais de 50 anos	5	2,5
Não tem conhecimento	5	2,5
Nível de atividade física		
Irregularmente ativo	118	57,0
Muito ativo	35	17,5
Sedentário	47	23,5
Pressão arterial		
Alta	57	28,5
Normal	120	60,0
Baixa	23	11,5
FR		
Alta - taquipneia	24	12,0
Normal	174	87,0
Baixa bradpneia	2	1,0
SpO2		
Normal	191	95,5
Baixo- dessaturação	9	4,5
FC		
Normal	173	86,5
Alta taquicardia	19	9,5
Baixa bradicardia	8	4,0
IMC		
Sem informação	11	5,5
Baixo peso	9	4,5
Sobrepeso	65	32,5
Obesidade	43	21,5
Normal	72	36,0

HAS: hipertensão arterial sistêmica; FR: frequência respiratória; SatO2: saturação de oxigênio; FC: frequência cardíaca; IMC: índice de massa corporal.

Ao analisar a associação entre o nível de atividade física e as características sociodemográficas, observou uma associação significativa onde indivíduos com menor faixa etária ($p=0,0007$), maior renda ($p=0,0120$) e casados ($p=0,0285$) apresentaram maior nível de atividade física.

Tabela 3. Distribuição das variáveis avaliadas segundo as categorias do IPAQ para as variáveis avaliadas nos entrevistados (continua)

VARIÁVEIS	Nível de atividade física				P
	Irreg. Ativo A	Irreg. Ativo B	Muito ativo	Sedentário	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Faixa etária					
De 70 a 79 anos	20 (10,0)	35 (17,5)	9 (4,5)	17 (8,5)	0,0007*
De 60 a 69 anos	17 (8,5)	30 (15,0)	24 (12,0)	13 (6,5)	
De 80 a 89 anos	9 (4,5)	6 (3,0)	2 (1,0)	15 (7,5)	
90 anos ou mais	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,0)	
Estado civil					
Viúvo(a)	8 (4,0)	22 (11,0)	3 (1,5)	13 (6,5)	0,0428*
Casado(a)	28 (14,0)	33 (16,5)	23 (11,5)	28 (14,0)	
Solteiro(a)	7 (3,5)	3 (1,5)	5 (2,5)	3 (1,5)	
Divorciado(a)	4 (2,0)	13 (6,5)	4 (2,0)	3 (1,5)	

Tabela 3. Distribuição das variáveis avaliadas segundo as categorias do IPAQ para as variáveis avaliadas nos entrevistados (conclusão)

VARIÁVEIS	Nível de atividade física				P
	Irreg. Ativo A	Irreg. Ativo B	Muito ativo	Sedentário	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Renda					
Até 1 salário mínimo	9 (4,5)	28 (14,0)	14 (7,0)	23 (11,5)	0,0120*
Mais de 2 salários mínimos	11 (5,5)	7 (3,5)	12 (6,0)	6 (3,0)	
De 1 a 2 salários mínimos	25 (12,5)	32 (16,0)	8 (4,0)	16 (8,0)	
Não possui renda	2 (1,0)	4 (2,0)	1 (0,5)	2 (1,0)	
Composição familiar					
Moro com meu esposo(a)	17 (8,5)	19 (9,5)	9 (4,5)	22 (11,0)	0,0285*
Moro com meu esposo(a) e filhos(as)	10 (5,0)	13 (6,5)	13 (6,5)	3 (1,5)	
Moro sozinho(a)	14 (7,0)	25 (12,5)	4 (2,0)	16 (8,0)	
Moro com esposo(a), filho(s) e neto(s)	1 (0,5)	6 (3,0)	3 (1,5)	2 (1,0)	
Outros	5 (2,5)	8 (4,0)	6 (3,0)	4 (2,0)	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%.

Ficou evidenciada associação estatisticamente significativa entre nível de atividade e a percepção de saúde ($p=0,0274$) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das variáveis avaliadas segundo as categorias do IPAQ para as variáveis avaliadas nos entrevistados (continua)

VARIÁVEIS	Nível de atividade física				P
	Irreg. Ativo A	Irreg. Ativo B	Muito ativo	Sedentário	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Percepção de saúde					
Regular	13 (6,5)	21 (10,5)	7 (3,5)	13 (6,5)	0,0274*
Boa	29 (14,5)	43 (21,5)	17 (8,5)	30 (15,0)	
Ruim ou péssima	1 (0,5)	2 (1,0)	7 (3,5)	1 (0,5)	
Excelente	4 (2,0)	5 (2,5)	4 (2,0)	3 (1,5)	
Histórico de HAS					
Não	20 (10,0)	27 (13,5)	9 (4,5)	26 (13,0)	0,5333
Sim	27 (13,5)	44 (22,0)	26 (13,0)	21 (10,5)	
Etilista					
Não	35 (17,5)	54 (27,0)	29 (14,5)	42 (21,0)	0,2268
Sim	12 (6,0)	17 (8,5)	6 (3,0)	5 (2,5)	
Tabagista					
Não	44 (22,0)	61 (30,5)	34 (17,0)	44 (22,0)	0,1853
Sim	3 (1,5)	10 (5,0)	1 (0,5)	3 (1,5)	
Adição de sal nos alimentos					
Não	30 (15,0)	44 (22,0)	25 (12,5)	37 (18,5)	0,2373
Sim	17 (8,5)	27 (13,5)	10 (5,0)	10 (5,0)	
Diabetes					
Não	33 (16,5)	42 (21,0)	21 (10,5)	26 (13,0)	0,4880
Sim	14 (7,0)	29 (14,5)	14 (7,0)	21 (10,5)	
Hipotireoidismo					
Não	42 (21,0)	62 (31,0)	30 (15,0)	42 (21,0)	0,9466
Sim	5 (2,5)	9 (4,5)	5 (2,5)	5 (2,5)	
Câncer					
Não	47 (23,5)	68 (34,0)	34 (17,0)	45 (22,5)	0,5566
Sim	0 (0,0)	3 (1,5)	1 (0,5)	2 (1,0)	
Doenças cardiovasculares					
Sim	5 (2,5)	9 (4,5)	4 (2,0)	4 (2,0)	0,9158
Não	42 (21,0)	62 (31,0)	31 (15,5)	43 (21,5)	
Problemas respiratórios					
Não	45 (22,5)	63 (31,5)	35 (17,5)	46 (23,0)	0,0515
Sim	2 (1,0)	8 (4,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	

Tabela 4. Distribuição das variáveis avaliadas segundo as categorias do IPAQ para as variáveis avaliadas nos entrevistados (conclusão)

VARIÁVEIS	Nível de atividade física				P
	Irreg. Ativo A n (%)	Irreg. Ativo B n (%)	Muito ativo n (%)	Sedentário n (%)	
Alta	12 (6,0)	21 (10,5)	8 (4,0)	16 (8,0)	0,1054
Normal	24 (12,0)	46 (23,0)	23 (11,5)	27 (13,5)	
Baixa	11 (5,5)	4 (2,0)	4 (2,0)	4 (2,0)	
FR					
Alta - taquipneia	4 (2,0)	9 (4,5)	4 (2,0)	7 (3,5)	0,6925
Normal	42 (21,0)	6 (3,0)	30 (15,0)	40 (20,0)	
Baixa - bradpneia	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)	
SpO2					
Normal	43 (21,5)	70 (35,0)	34 (17,0)	44 (22,0)	0,2674
Baixa- dessaturação	4 (2,0)	1 (0,5)	1 (0,5)	3 (1,5)	
FC					
Normal	41 (20,5)	58 (29,0)	31 (15,5)	43 (21,5)	0,7123
Alta- taquicardia	5 (2,5)	8 (4,0)	3 (1,5)	3 (1,5)	
Baixa- bradicardia	1 (0,5)	5 (2,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	
IMC					
Sem informação	2 (1,0)	3 (1,5)	4 (2,0)	2 (1,0)	0,2396
Baixo peso	0 (0,0)	4 (2,0)	1 (0,5)	4 (2,0)	
Sobrepeso	18 (9,0)	18 (9,0)	13 (6,5)	16 (8,0)	
Obesidade	12 (6,0)	12 (6,0)	9 (4,5)	10 (5,0)	
Normal	15 (7,5)	34 (17,0)	8 (4,0)	15 (7,5)	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%.HAS: hipertensão arterial sistêmica; FR: frequência respiratória; SatO2: saturação de oxigênio; FC: frequência cardíaca; IMC: índice de massa corporal.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de atividade física de idosos hipertensos e sua associação com dados sociodemográficos e condições de saúde. Os principais achados revelaram que indivíduos com menor faixa etária, maior renda e casados apresentaram maior nível de atividade física, além de ser observado associação entre o nível de atividade física e a percepção de saúde.

De uma forma geral os idosos atendidos pelo programa HiperDia eram, na sua maioria, homens, brancos, com idade entre 60 e 79 anos, casados, com filhos, baixo nível de escolaridade, baixa renda e residem com esposo(a). Além disso, informaram ter antecedentes familiares hipertensos e ter recebido o diagnóstico da doença entre cinco e dez anos. Tais características se assemelham às observadas em idosos frequentadores de uma Unidade de Saúde de João Pessoa-PB, exceto com relação ao sexo, já que no estudo conduzido por Dourado et al.¹⁵, o sexo feminino foi predominante, os autores relataram que as mulheres procuravam mais os serviços no HiperDia e solicitavam medicação tanto para si quanto para seus companheiros. Uma maior predominância do sexo feminino também tem sido relatada em outros estudos, conduzidos em diferentes regiões do Brasil.¹⁶⁻¹⁹

Com relação ao estado civil, um estudo conduzido no Sul do Brasil mostrou que indivíduos casados têm duas vezes mais chances de controlar os níveis pressóricos se comparados aos solteiros, sugerindo que um companheiro pode facilitar a adesão à terapêutica¹⁹, fornecendo aporte emocional e motivação.¹⁸ A associação entre as variáveis estado civil com atividade física é um tema de pesquisa pouco investigado no Brasil, de acordo com pesquisas realizadas na literatura. No estudo conduzido por Gonçalves et al.²⁰ com idosos usuários do sistema público de saúde não houve resultado significativo relativo ao estado civil, porém ocorreu associação negativa entre morar sozinho e nível de atividade física. A falta de companhia é uma barreira comumente relatada em outros estudos²¹ e, neste sentido, parece que o casamento pode favorecer a prática da atividade física pois, quando pessoas mais próximas estão presentes e valorizam a mudança de comportamento, acabam se sentindo mais seguras e confiantes.²² Além disso, uma revisão sistemática apontou relação positiva entre o apoio social (incluindo os familiares) e a prática de atividade física por idosos.²³

Evidências científicas apontam que níveis adequados de atividade física podem reduzir a ocorrência de hipertensão e as novas diretrizes sugerem que pacientes hipertensos sejam tratados também com medidas não farmacológicas.²⁴ Além disso, sabe-se que o não cumprimento das recomendações de atividade física está associado à obesidade, diabetes, hipertensão e síndrome metabólica, importantes fatores de risco cardiovascular.²⁵ Dentre os inúmeros benefícios da prática de atividade física, destaque foi dado ao alívio da dor e redução do peso por idosos hipertensos, cadastrados em um programa Estratégia Saúde da Família (ESF), de Minas Gerais. Efeitos positivos no humor, como sentir-se feliz e com mais ânimo, também foram evidenciados, mostrando que a atividade física pode ser capaz de facilitar as interações sociais e contribuir para melhoria da saúde física e de condições que afetam a saúde mental.¹⁷

Embora grande parte dos frequentadores do HiperDia tenham conhecimento sobre práticas de hábitos saudáveis, seguir as recomendações dos profissionais de saúde ainda é um grande desafio.¹⁸ Idosos com hipertensão compreendem a importância em abandonar o tabagismo, reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas e realizar atividades físicas, no entanto, podem se sentir desmotivados, principalmente para a prática de exercícios, o que pode interferir na adesão aos programas¹⁶ e, conseqüentemente, refletir um baixo nível de atividade física diário. No presente estudo, apenas 17,5% da amostra foi considerada muito ativa fisicamente, demonstrando que há necessidade de se investigar a relação entre prática de atividade física e fatores associados ao envelhecimento. Outro estudo conduzido com idosos identificou que 61,9% foram consideradas como insuficientemente ativas, segundo avaliação do IPAQ, e os domínios com menor nível de atividade física foram “no trabalho” e “recreação, esporte, exercício, lazer”.²⁶

Foi possível verificar que os idosos de faixa etária mais baixa apresentaram maior nível de atividade física, no presente estudo, corroborando outros achados.^{27,28} Rocha et al.²⁸ verificaram que quanto maior a idade, menor o nível de atividade física, justificando que a menor participação nas atividades pode estar diretamente associada às dificuldades encontradas por conta do declínio funcional gradativo que acomete o idoso.

Assim, vale ressaltar que, além de atuar de forma preventiva e como tratamento complementar de doenças crônicas, a prática regular de atividade física é primordial para a manutenção da capacidade funcional do idoso, conferindo-lhe autonomia na realização das atividades diárias, além de estar relacionada a uma melhor percepção da qualidade de vida.²⁹ Ainda com relação a faixa etária, um estudo verificou que o avanço da idade demonstrou ser a grande barreira para a atividade na senilidade, sugerindo que engajar os idosos mais velhos em práticas de atividade física é o grande desafio das políticas públicas de fomento do envelhecimento ativo.²⁷

Há uma hipótese de que a baixa renda dificulta o acesso ao tratamento e a melhora no estilo de vida³⁰ e, por esse motivo, alguns estudos identificam associação entre classe social e fatores socioeconômicos em indivíduos hipertensos³⁰, indicando que o baixo nível de renda é uma barreira importante à atividade física.²⁷ No presente estudo, os idosos de maior renda apresentaram maior nível de atividade física, semelhante ao encontrado em um estudo multicêntrico, conduzido com 2.344 idosos de diferentes regiões do Brasil, o qual verificou que idosos com maior renda foram considerados mais ativos nos indicadores de nível de atividade física global, no lazer, no trabalho e no deslocamento.²⁷ Tal associação pode ser explicada pelo fato de idosos com renda mais elevada terem maior acesso a academias e clubes, por exemplo, aumentando assim a oportunidade de praticar algum exercício, além de residir próximo aos locais que propiciem tais práticas, como praças e parques.³¹ Ressalta-se que os projetos desenvolvidos por instituições públicas, seja no SUS, seja em Instituições de Ensino Superior, têm grande relevância social, uma vez que grande parte dos indivíduos que participam dessas atividades são de classes sociais mais baixas e não desfrutam de condições financeiras para frequentar centros esportivos ou academias privadas, representando, muitas vezes que, a participação em projetos sociais que envolvem a prática de atividade física pode significar a única forma de permanecerem ativos.³²

Quanto à percepção de saúde, 67,5% dos idosos referiram ser boa ou excelente, semelhante ao encontrado em estudos anteriormente publicados.^{33,34} Mais de 60% dos usuários participantes de programas para promoção de atividades físicas na atenção bá-

sica à saúde de Pernambuco perceberam a própria saúde como boa e 99,2% consideraram que as atividades realizadas nos programas contribuem para a saúde.³⁴ Foi verificado que houve associação entre o nível de atividade física e percepção de saúde nos idosos, e outras variáveis como alfabetização, nível de escolaridade, diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental e dificuldade em realizar atividades da vida diária, por exemplo, também se mostram fortemente relacionadas à percepção de saúde entre idosos brasileiros.³⁵

O presente estudo está sujeito a algumas limitações. Uma delas está relacionada à amostra ter sido selecionada de forma intencional e por conveniência, impossibilitando a extrapolação dos resultados encontrados. Outra limitação é o diagnóstico dos idosos hipertensos ser sido autorreferida.

Conclusão

Um maior nível de atividade física foi verificado em idosos hipertensos com menor faixa etária, maior renda e casados. Houve associação entre o nível de atividade física e a percepção de saúde destes idosos. Destaca-se, desta forma, a importância da orientação da prática de atividade física e, principalmente, de exercícios físicos regulares, para se preservar ou aumentar a percepção de saúde de idosos hipertensos.

Contribuições dos autores

Tosi MM, Silva BP e Peres PN participaram da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, busca dos dados da pesquisa, coleta dos dados interpretação dos resultados, redação do artigo científico. Santos ND, Oliveira DV, Fidélis YL e Nascimento Júnior JRA participaram da interpretação dos dados e análise estatística. Santos ABS participou da redação do artigo científico. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final estão de acordo com sua publicação.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

1. Schiavoni D, Pereira LM, Pereira HM, Cyntia ES, Cardoso JR. Efeito do treinamento resistido tradicional sobre a pressão arterial em idosos normotensos: revisão sistemática de ensaios clínicos aleatórios e metanálises. *Rev Bras Ger Gerontol.* 2017;20(4):576-86. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160181>
2. Guimarães FC, Amorim PS, Reis FF, Teixeira RB, Moura TA, Assis CL, et al. Efeito do exercício resistido, executado em diferentes horas do dia na pressão arterial de idosos hipertensos. *Rev Bras Ciênc Mov [Internet].* 2018;26(1):94-104. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/7696/pdf>
3. Keller KD, Keller BD, Augusto IA, Bianchi PD, Sampedro RMF. Avaliação da pressão arterial e da frequência cardíaca durante imersão em repouso e caminhada. *Fisio Mov.* 2011;24(4): 729-36. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000400018>
4. Santos GS, Cunha ICKO. Prevalência e fatores associados à hipertensão em idosos de um serviço de atenção primária. *Refacs [Internet].* 2018;6(1):321-9. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955551007/>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. IBGE; 2013. Disponível em: <https://www2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>
6. Machado JC, Cotta RMM, Moreira TR, Silva LS. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Ciênc saúde colet.* 2016;21(2):611-20. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20112014>
7. Bakker EA, Sui X, Brellenthin AG, Brellenthin AG, Lee DC. Physical activity and fitness for the prevention of hypertension. *Curr Opin Cardiol.* 2018;33(4):394-401. <https://doi.org/10.1097/hco.0000000000000526>
8. Sousa MT, Santos MA, Pereira IS, Fonseca HAT, Pereira ML, Virgens CMB, et al. Ações educativas: dieta, atividade física e suas possíveis influências sobre a pressão arterial. *Braz J Develop.* 2021;7(1):226-42. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n1-152>
9. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison HC, et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension.* 2018;71(6):1269-1324. <https://doi.org/10.1161/hyp.0000000000000066>
10. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(3):516-58. <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20201238>

11. Santos L, Pedreira RBS, Carmo TB, Sena ELS, Yarid SD, Boery RNSO. Contribuições do treinamento concorrente à saúde de idosos hipertensos: uma revisão de literatura. *EFDeportes*. 2021;25(272):121-34. <https://doi.org/10.46642/efd.v25i272.2219>
12. Rocha AS, Pinho BATD, Lima EN. Hipertensão arterial entre idosos: comparação entre indicadores do Ceará, do Nordeste e do Brasil. *Rev bras prom saúde*. 2021;34(1):1-8. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.10795>
13. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003;61(3):777-81. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
14. Benedetti TRB, Antunes PC, Rodriguez-Añez CR, Mazo GZ, Petroski EL. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Rev Bras Med Esporte*. 2007;13(1):11-6. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922007000100004>
15. Dourado CS, Macêdo-Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal ODCP, Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Sci Health Sci*. 2011;33(1):9-17. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v33i1.7708>
16. Cantanhede NAC, Ribeiro VS, França AKTC, Hortegal EV, Santos AM, Carvalho WRG, et al. Fatores associados à atividade física em pacientes com hipertensão tratados e monitorados pelo Hiperdia. *Cad. Saúde Colet*. 2021;29(4):474-84. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202129040161>
17. Barbosa ARC, Carvalho BMP, Paraizo CMS, Dázio EMR, Lima RS, Fava SMCL. Significado atribuído por idosos com hipertensão arterial sistêmica à realização de atividade física. *J Health NPEPS [Internet]*. 2019;4(2):90-103. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3706>
18. Resende AKM, Lira JAC, Prudêncio FA, Sousa LS, Brito JFP, Ribeiro JF, et al. Dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(10):2546-54. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236078p2546-2554-2018>
19. Barreto MS, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):54-60. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680109i>
20. Gonçalves AK, Vargas ASR, Griebler EM, Sbeghen IL, Silva PC, Possamai VD, et al. Nível de atividade física de idosos usuários do SUS e relação com características sociodemográficas e condições de saúde. *Rev Kairós-Gerontologia [Internet]*. 2020;23(3):133-55. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/51817>
21. Gomes GAO, Papini CB, Nakamura PM, Teixeira IP, Kokubun E. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Med Esporte*. 2019;41(3):263-70. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.007>
22. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004;31(2):143-64. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
23. Sousa BA, Lemes ÍR, Verardi CEL, Luza LP, Silva FC, Silva R. Apoio social e atividade física de idosos: revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2019;32:1-11. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.8635>
24. Pescatello LS, Buchner DM, Jakicic JM, Powell KE, Kraus WE, Bloodgood B, et al. Physical Activity to Prevent and Treat Hypertension: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51(6):1314-23. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001943>
25. Díaz-Martínez X, Petermann F, Leiva AM, Garrido-Mendéz A, Salas-Bravo C, Martínez MA, et al. Association of physical inactivity with obesity, diabetes, hypertension and metabolic syndrome in the Chilean population. *Rev Med Chil*. 2018;146(5):585-95. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000500585>
26. Correia AP, Barbosa GA, Goulart GP, Manganelli LAG, Fonseca YS, Borges GF. Nível de atividade física dos Idosos atendidos por uma estratégia de saúde da família em Teixeira de Freitas-BA. *Salusvita [Internet]*. 2018;37(4):891-902. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n4_2018/salusvita_v37_n4_2018_art_07.pdf
27. Costa TB, Neri AL. Fatores associados às atividades física e social em amostra de idosos brasileiros: dados do Estudo FIBRA. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:E190022. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190022>
28. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Santos LB, Rodrigues WKM. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. *Rev Bras Med Esporte [Internet]*. 2013;19(3):191-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/dkKbMkt3WK6F4KPMpHPHJyg/?format=pdf&lang=en>

29. Ferreira LK, Meirelles JFF, Ferreira MEC. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Rev Bras Ger Gerontol*. 2018;21(5):616-27. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>
30. Almeida AS, Moura JP, Piantino CB, Rossi VEC. Estilo de vida e perfil socioeconômico de pacientes hipertensos. *Rev Enferm UFPE online*. 2017;11(12):4826-37. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22299p4826-4837-2017>
31. Costa T, Ribeiro L, Neri A. Prevalência e fatores associados à atividade física no lazer em idosos residentes em sete localidades do Brasil: dados do Estudo Fibra. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2015;20(2):174-83. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.20n2p174>
32. Ribeiro JAB, Cavalli A, Cavalli MO, Pogorzelski LV, Prestes MR, Ricardo LIC. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2012;34(4):969-84. <https://doi.org/10.1590/S0101-32892012000400012>
33. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2087-93. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800019>
34. Silva CRM, Bezerra J, Soares FC, Mota J, Barros MVG, Tassitano RM. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4):e00081019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081019>
35. Zanesco C, Bordin D, Santos CB, Muller EV, Fadel CR. Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(3):283-92. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170210>