ISSN: 2675-7222

SAS
South American Sciences

PERFIL DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM TEIXEIRA-PB

PROFILE OF HYPERTENSIVE USERS AND THE LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY IN A BASIC HEALTH UNIT IN TEIXEIRA-PB

https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-278

Submetido em: 22/10/2026 e Publicado em: 03/11/2026

SAS: e26506

Jessica Ingride Alves Rodrigues
Graduanda em Fisioterpia
Centro Universitário de Patos – UNIFIP
E-mail: jessicarodrigues@fisio.fiponline.edu.br

Aline Guimarães Carvalho
Mestre em Sistemas Agroindustriais Centro Universitário de Patos - UNIFIP
E-mail: alinecarvalho@fiponline.edu.br

Isabelle Savana Freires de Sousa
Especialista em Fisioterapia Cardiovascular
Centro Universitário de Patos – UNIFIP
E-mail: isabellesousa1@fiponline.edu.br

Débora Cristina Santos Bezerra
Graduanda em Fisioterapia
Centro Universitário de Patos - UNIFIP
E-mail: fisiodeborabezerra@gmail.com

Rosângela Maria Fernandes de Oliveira
Especialista em Saúde Pública
Centro Universitário de Patos - UNIFIP
E-mail: rosangelaoliveira@fiponline.edu.br

Jerry Kácio Oliveira Pereira
Especialista em Fisioterapia Intensiva
Centro Universitário de Patos – UNIFIP
E-mail: Jerryoliveira@fisio.fiponline.edu.br

Resumo

A hipertensão arterial exige acompanhamento contínuo e combinação entre tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida. O objetivo foi analisar o perfil dos usuários hipertensos e o nível de atividade física em uma Unidade Básica de Saúde de Teixeira-PB. Realizou-se estudo transversal, exploratório, descritivo e quantitativo com 20 adultos hipertensos. Foram aplicados questionário sociodemográfico e clínico e o IPAQ versão curta. Predominaram mulheres (70%), renda de até um salário mínimo (65%),

diagnóstico há mais de dez anos (45%), uso contínuo de anti-hipertensivos (95%) e excesso de peso (70%). A adesão ao autocuidado foi parcial em 65%. Pelo IPAQ, 45% eram sedentários, 30% irregularmente ativos e 25% ativos ou muito ativos. A caminhada foi a prática mais citada (45%), porém somente 20% alcançavam 150 minutos semanais por essa modalidade. Os achados demonstram que a alta frequência de uso medicamentoso não foi acompanhada por participação suficiente em atividade física. A atenção primária deve associar educação em saúde, avaliação funcional e prescrição individualizada, com atuação da Fisioterapia para reduzir barreiras e promover exercício seguro.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Atividade física; Fisioterapia; Hipertensão arterial; IPAQ.

Abstract

Arterial hypertension requires continuous follow-up and a combination of medication and lifestyle changes. This study analyzed the profile of hypertensive users and their physical activity level at a Primary Health Care Unit in Teixeira, Paraíba, Brazil. A cross-sectional, exploratory, descriptive, quantitative study was conducted with 20 hypertensive adults using a sociodemographic and clinical questionnaire and the short-form IPAQ. Women (70%), income of up to one minimum wage (65%), hypertension diagnosed for more than ten years (45%), continuous antihypertensive use (95%), and excess body weight (70%) predominated. Self-care adherence was partial in 65%. According to the IPAQ, 45% were sedentary, 30% irregularly active, and 25% active or very active. Walking was the most frequently reported practice (45%), but only 20% reached 150 minutes per week through walking. Frequent medication use was not accompanied by sufficient physical activity. Primary care should combine health education, functional assessment, and individualized prescription, with physical therapy participation to reduce barriers and promote safe exercise.

Keywords: Arterial hypertension; IPAQ; Physical activity; Physical therapy; Primary health care.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial constitui um dos principais fatores modificáveis de risco cardiovascular e requer acompanhamento longitudinal, pois sua evolução pode permanecer assintomática até o aparecimento de lesões em órgãos-alvo. O controle pressórico não depende somente da disponibilidade de medicamentos. Alimentação, composição corporal, tabagismo, consumo de álcool, comportamento sedentário e atividade física interferem no risco global e na resposta terapêutica (Brandão et al., 2025; Solomon et al., 2023).

Na atenção primária, a atividade física deve ser tratada como componente regular do cuidado. Para adultos com condições crônicas, recomenda-se acumular entre 150 e 300 minutos semanais de atividade

aeróbica moderada, ou entre 75 e 150 minutos de atividade vigorosa, associando fortalecimento dos principais grupos musculares em pelo menos dois dias por semana. A prescrição precisa considerar pressão arterial, comorbidades, experiência prévia, segurança e progressão, conforme o princípio FITT-PRO, que organiza frequência, intensidade, tempo, tipo e progressão (Wattanapisit et al., 2022).

Apesar dos benefícios conhecidos, a insuficiência de atividade física permanece frequente entre usuários hipertensos. Em uma UBS de Guarapuava-PR, 60% dos 50 idosos avaliados não praticavam atividade física, e a adesão ao conjunto de medidas não farmacológicas foi baixa (Martins et al., 2024). Em Patos de Minas-MG, a caminhada foi a prática mais comum entre idosos com hipertensão e diabetes, mas parte relevante da amostra manteve nível insuficiente de atividade, com influência de baixa escolaridade e suporte cotidiano limitado (Nogueira; Faria, 2025).

A adesão também sofre influência de condições que ultrapassam a decisão individual. Problemas de saúde, dor ou desconforto, falta de energia, estresse, ausência de apoio social, trânsito, iluminação insuficiente e falta de espaços adequados foram barreiras relatadas por pessoas com hipertensão ou diabetes acompanhadas na atenção primária (Katanolli et al., 2022). Por isso, orientar genericamente que o usuário "faça exercícios" pode ser insuficiente quando não há avaliação das limitações e definição de metas possíveis.

A Fisioterapia pode contribuir nesse ponto ao identificar limitações funcionais e riscos, selecionar exercícios aeróbicos, resistidos, de equilíbrio e mobilidade e acompanhar a progressão segundo a resposta clínica. Essa atuação é especialmente pertinente entre pessoas idosas, com excesso de peso, comorbidades ou longo tempo de diagnóstico, para as quais a segurança percebida pode determinar a continuidade do programa.

Diante desse contexto, o estudo teve como objetivo analisar o perfil dos usuários hipertensos e o nível de atividade física em uma Unidade Básica de Saúde no município de Teixeira-PB, descrevendo características sociodemográficas e clínicas, hábitos de vida, adesão ao autocuidado e classificação de atividade física pelo IPAQ.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, realizada no município de Teixeira-PB, em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). Escolheu-se esse delineamento porque possibilitou a coleta direta de dados dos participantes em seu ambiente natural, o que facilitou uma análise objetiva e mensurável das variáveis em estudo. A pesquisa quantitativa visou quantificar dados e estabelecer conexões entre variáveis, empregando ferramentas estruturadas e padronizadas para a coleta de informações.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população foi formada por usuários hipertensos registrados na Atenção Básica de Teixeira – PB. Foram incluídos participantes de ambos os sexos, acima de 18 anos, que concordaram em participar voluntariamente do estudo. A amostra foi constituída por 20 voluntários que aceitaram fazer parte da pesquisa.

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão dos voluntários a pesquisa incluiu pessoas que foram diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), conforme registro na unidade de saúde, que estão cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade de Teixeira–PB, ter 18 anos ou mais e que concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Quanto aos critérios de exclusão pessoas sob investigação diagnóstica de HAS, que não fazem parte do mapeamento da unidade, Indivíduos com limitações cognitivas que os impedem de compreender as perguntas, pacientes que apresentam comorbidades graves (como AVC recente, demência ou insuficiência cardíaca avançada) que afetavam a coleta de dados aqueles que não recebiam acompanhamento contínuo na unidade básica de saúde.

2.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados deu-se por meio da aplicação de questionários estruturados, contendo perguntas fechadas e objetivas. Esse questionário foi desenvolvido com base em instrumentos validados e adaptado para a realidade da Atenção Primária à Saúde (APÊNDICE C), aplicado aos habitantes da cidade de Teixeira-PB, contendo perguntas fechadas direcionadas ao perfil sociodemográfico, como sexo, idade, estado civil, renda familiar, tempo de diagnóstico e tipo de medicação administrada.

Quanto à entrevista, foram incluídas questões abertas contendo perguntas sobre modalidade de atividade física, frequência da prática e acompanhamento profissional. Para avaliar o nível de atividade física dos participantes, empregou-**se** a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Essa versão incluiu sete perguntas sobre a frequência e a duração de atividades vigorosas, moderadas e caminhadas realizadas nos últimos sete dias, além do tempo dedicado a permanecer sentado.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados**,** tabulados e apresentados em gráficos utilizando o software Microsoft Excel e o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.

2.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos - UNIFIP. Após a concessão de sua aprovação, sob o parecer de número 8.150.927 , todos sujeitos assinalaram ao TCLE aceitando participar da pesquisa para conseguir ter acesso ao questionário. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 20 usuários hipertensos, sendo 14 (70%) do sexo feminino, com maior frequência nas faixas etárias de 40-49 anos e 70 anos ou mais, ambas com 6 (30%), casados 10 (50%), com ensino fundamental incompleto 6 (30%) e renda de 1 salário mínimo 13 (65%), conforme apresentado na Tabela 1. A apresentação dos resultados foi organizada em quatro dimensões: perfil sociodemográfico, condições clínicas e hábitos de vida, autocuidado e práticas corporais, e classificação do nível de atividade física pelo IPAQ.

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico

Variáveis	N (%)
Sexo	
Masculino	6 (30%)
Feminino	14(70%)
Idade	
18-29	1 (5%)
40-49	6 (30%)
50-59	4 (20%)
60-69	3 (15%)
70 ou mais	6 (30%)
Estado Civil	
Casado	10(50%)
Solteiro	7 (35%)
Viúvo	3 (15%)
Escolaridade	
Não alfabetizado	5 (25%)
Ensino fundamental incompleto	6 (30%)
Ensino fundamental completo	3 (15%)
Ensino médio completo	4 (20%)
Ensino superior completo	2 (10%)
Renda	
Sem renda	5 (25%)
Até 1 salário mínimo	13 (65%)
De 1 a 2 salários mínimos	2 (10%)

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

A predominância feminina, de 70%, aproxima-se do perfil observado por Martins *et al.* (2024), cuja amostra de usuários hipertensos da atenção básica também foi majoritariamente composta por mulheres, e por Nogueira e Faria (2025), que encontraram 57,7% de mulheres entre idosos com hipertensão e diabetes. Esse padrão descreve quem respondeu à pesquisa e pode refletir maior utilização da atenção primária por mulheres; não permite concluir que a hipertensão seja mais frequente nelas na população de Teixeira.

Quase metade da amostra tinha 60 anos ou mais (45%), enquanto 30% estavam entre 40 e 49 anos. A presença simultânea de adultos de meia-idade e idosos reforça que as ações da UBS precisam combinar prevenção de declínio funcional, controle de risco cardiovascular e propostas adaptáveis a diferentes capacidades. A idade isoladamente não determina a aptidão para exercício, mas orienta a avaliação de equilíbrio, força, mobilidade, sintomas e comorbidades antes da progressão (Pereira; Santos, 2020).

A escolaridade foi baixa: 25% não eram alfabetizados e 30% não concluíram o ensino fundamental. Somados, esses grupos representam 55% da amostra. A renda também foi restrita, pois 90% não tinham renda ou recebiam até um salário mínimo. Martins *et al.* (2024) observaram que idosos analfabetos ou com ensino fundamental incompleto relataram maior dificuldade para realizar a monitorização residencial da pressão arterial. Nogueira e Faria (2025) também apontaram a baixa escolaridade como elemento relacionado à adesão ao exercício. Para este estudo, esses trabalhos ajudam a interpretar uma necessidade de comunicação acessível, mas não comprovam uma associação estatística entre escolaridade, renda e atividade física, pois os dados não foram cruzados.

Participaram da análise indivíduos com maior frequência de diagnóstico de hipertensão arterial há mais de 10 anos 9 (45%), com uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos 19 (95%), presença de diabetes mellitus 4 (20%), predominância de sobrepeso 10 (50%), baixo consumo de sal 17 (85%), consumo raro de alimentos ultraprocessados 19 (95%), indivíduos que nunca fumaram 13 (65%) e ausência de consumo de bebidas alcoólicas 20 (100%), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Características Clínicas e hábitos de vida

Variáveis	n (%)
Tempo de diagnóstico de hipertensão arterial	
Menos de 1 ano	2 (10%)
1 a 5 anos	5 (25%)
6 a 10 anos	4 (20%)
Mais de 10 anos	9 (45%)
Uso de medicamentos anti-hipertensivos	
Não faz uso	1 (5%)
Uso contínuo	19 (95%)
Presença de comorbidades	
Diabetes mellitus	4 (20%)
Obesidade	1 (5%)
Não apresenta	15 (75%)
Classificação do IMC	
Peso adequado	6 (30%)
Sobrepeso	10 (50%)
Obesidade	4 (20%)
Hábitos de vida	
Alimentação – consumo de sal	
Baixo	17(85%)
Moderado	3 (15%)
Consumo de alimentos ultraprocessados	
Raramente	19 (95%)
Às vezes	1 (5%)
Tabagismo	
Nunca fumou	13 (65%)
Ex – fumante	7 (35%)
Etilismo	
Não consome	20 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

O diagnóstico havia sido estabelecido há mais de dez anos em 45% dos participantes, e 95% relataram uso contínuo de anti-hipertensivos. Em contraste, somente 20% apresentaram autocuidado classificado como adequado na Tabela 3. O resultado demonstra que a tomada de medicamentos é uma parte consolidada do tratamento para a maioria, mas outras condutas permanecem incompletas. Uso contínuo também não deve ser interpretado automaticamente como adesão correta ou controle pressórico, pois o estudo não apresentou horários, doses, esquecimento de comprimidos nem medidas de pressão arterial (Sousa et al., 2026).

Essa distinção é clinicamente relevante. Solomon *et al.* (2023) encontraram pressão arterial não controlada em 58,8% de 398 pacientes em acompanhamento e identificaram falta de atividade física, maior índice de massa corporal, consumo de sal e não adesão medicamentosa como preditores independentes. O estudo etíope não pode ser usado para estimar controle pressórico na amostra do presente estudo, mas mostra por que o seguimento não deve se limitar à prescrição farmacológica.

O excesso de peso foi expressivo: 50% apresentaram sobrepeso e 20% obesidade segundo a classificação do IMC. Portanto, sete em cada dez participantes estavam acima da faixa considerada adequada. Há uma diferença entre esse resultado e a pergunta sobre comorbidades, na qual somente um

participante informou obesidade. A divergência sugere que obesidade reconhecida como diagnóstico e classificação antropométrica não foram compreendidas da mesma forma. Na prática clínica, o dado sustenta a necessidade de avaliação corporal e funcional comunicada de modo claro, evitando depender apenas da percepção do usuário.

O conjunto formado por excesso de peso, baixa atividade física e hipertensão merece atenção porque esses fatores podem dificultar o controle pressórico. Solomon *et al.* (2023) verificaram maior chance de pressão não controlada entre participantes com IMC elevado. Santos *et al.* (2023), em pesquisa brasileira com 306 pacientes cardiovasculares, observaram que hipertensos aderentes ao tratamento, mas insuficientemente ativos, apresentaram maiores custos de consultas, medicamentos e atenção primária; já os aderentes e fisicamente ativos não diferiram dos normotensos ativos quanto aos custos analisados. Assim, promover movimento pode beneficiar o usuário e a organização do cuidado.

Os hábitos alimentares e de consumo apresentaram respostas favoráveis: 85% declararam baixo consumo de sal, 95% relataram consumo raro de ultraprocessados, 65% nunca fumaram e nenhum participante informou consumo de álcool. Esses achados devem ser apresentados como autorrelato. Sem recordatório alimentar, medida de sódio urinário ou instrumento validado para consumo, não é possível afirmar que a ingestão real estava adequada. Martins *et al.* (2024) encontraram menores valores médios de pressão entre participantes que combinavam atividade física, dieta hipossódica e cessação do tabagismo, o que reforça a importância de avaliar as condutas em conjunto.

A educação alimentar pode transformar respostas gerais em habilidades concretas. Pugen *et al.* (2025) relataram interesse dos usuários de uma UBS em aprender a identificar o sódio oculto e interpretar rótulos de alimentos. Para a população deste estudo, materiais visuais, exemplos de produtos consumidos localmente e demonstrações práticas tendem a ser mais adequados do que orientações abstratas, sobretudo diante da baixa escolaridade observada.

Participaram da análise indivíduos com maior frequência de adesão parcial ao autocuidado 13 (65%), predominância de caminhada como modalidade de atividade física 9 (45%), nível geral de atividade física classificado como sedentário ou leve 12 (60%), não realização de caminhadas regulares 11 (55%) e ausência de prática de atividades físicas intensas 16 (80%), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Adesão ao autocuidado (uso correto dos medicamentos, aferição da PA, alimentação, atividade física). Modalidade e nível geral de atividade física

Variáveis	n (%)
Adesão ao autocuidado	
Adequada	4 (20%)
Parcial	13 (65%)
Inadequada	3 (15%)
Modalidade no nível geral de atividade física	
Caminhada	9 (45%)
Musculação	2 (10%)
Não pratica	9 (55%)
Nível geral de atividade física	
Sedentário e atividade física leve	14 (70%)
Atividade física moderada	3 (15%)
Atividade física intensa	3 (15%)
Prática de caminhada regulares	
Não realiza	11 (55%)
Sim, mas menos de 150min/semana	5 (25%)
Sim, 150min/semana ou mais	4 (20%)
Prática de atividades físicas intensas	
Não prática	16 (80%)
3 vezes por semana	4 (20%)

Fontes: Dados da pesquisa (2026)

A adesão ao autocuidado foi parcial em 65% e inadequada em 15%. A caminhada apareceu como principal modalidade, referida por 45%, enquanto 45% declararam não praticar atividade física e 10% citaram musculação. A correção do percentual é importante: nove pessoas em uma amostra de vinte correspondem a 45%, e não a 55%. O padrão é semelhante ao descrito por Nogueira e Faria (2025), que identificaram a caminhada como prática predominante e níveis insuficientes de atividade em parte relevante dos idosos avaliados.

A frequência e a duração das atividades demonstram que a simples menção à prática de determinada modalidade não significa que o participante tenha alcançado o volume semanal recomendado. Entre os entrevistados, 11 (55%) não realizavam caminhada regularmente, cinco (25%) caminhavam menos de 150 minutos por semana e somente quatro (20%) atingiam 150 minutos ou mais. Esses resultados evidenciam que, embora a caminhada tenha sido mencionada como a principal atividade física praticada, sua frequência e duração foram insuficientes para a maioria da amostra. De acordo com Wattanapisit et al. (2022), adultos com hipertensão devem ser incentivados a realizar, conforme suas condições clínicas e funcionais, pelo menos 150 minutos semanais de atividade física aeróbica de intensidade moderada, distribuídos ao longo da semana. A mesma recomendação é apresentada pela Organização Mundial da Saúde (2020), que destaca a necessidade de considerar conjuntamente frequência, duração e intensidade da atividade, e não apenas sua realização ocasional.

A ausência de atividades intensas em 80% dos participantes também reforça o baixo nível de atividade física encontrado. Esse dado, entretanto, não significa que exercícios de alta intensidade devam

ser indicados indistintamente a todos os usuários hipertensos, sobretudo diante da presença de pessoas idosas, excesso de peso, comorbidades e possíveis limitações funcionais. Wattanapisit et al. (2022) esclarecem que os benefícios à saúde podem ser obtidos com atividades de intensidade moderada, desde que praticadas regularmente e em volume adequado. Nessa perspectiva, a progressão da intensidade deve ocorrer de maneira individualizada, considerando o estado clínico, a capacidade funcional, a tolerância ao esforço e a experiência prévia de cada pessoa.

Na classificação geral, 14 participantes (70%) encontravam-se no grupo sedentário ou realizavam somente atividades leves. O predomínio de níveis insuficientes de atividade física aproxima-se da problemática discutida por Nogueira e Faria (2025), ao analisarem o nível de atividade física de idosos com diabetes e hipertensão acompanhados na atenção primária. Os autores destacam a necessidade de fortalecer estratégias que ultrapassem a orientação verbal e favoreçam a participação regular dos usuários em práticas corporais adaptadas às suas condições. De modo semelhante, Martins et al. (2024) apontam que o acompanhamento da hipertensão deve abranger os diferentes comportamentos relacionados à saúde, pois o controle da doença não depende exclusivamente do tratamento medicamentoso.

A reduzida participação em atividades regulares pode estar associada a fatores individuais, clínicos, sociais e ambientais. Katanolli et al. (2022) identificaram, entre pacientes com hipertensão e diabetes, barreiras como desconforto físico, falta de energia, estresse, medo de lesões, ausência de apoio social e inadequações dos espaços destinados à prática de atividade física. Tais aspectos ajudam a compreender por que o conhecimento sobre a importância do exercício ou a menção à caminhada não asseguram, isoladamente, uma prática suficiente. Portanto, os resultados encontrados não devem ser interpretados apenas como falta de interesse ou de responsabilidade individual, mas como expressão de dificuldades que precisam ser investigadas e enfrentadas pela equipe multiprofissional.

Nesse contexto, a Fisioterapia pode contribuir para transformar uma recomendação genérica de atividade física em uma intervenção segura, gradual e compatível com a realidade dos usuários. A avaliação da mobilidade, força muscular, equilíbrio, dor, capacidade funcional e tolerância ao esforço permite estabelecer metas individualizadas e acompanhar a progressão dos exercícios. A criação de grupos de caminhada, programas de exercícios aeróbicos e resistidos supervisionados e ações educativas voltadas à redução do comportamento sedentário pode favorecer maior adesão. Essa atuação mostra-se relevante porque Santos et al. (2023) relacionam a prática de atividade física ao tratamento da hipertensão e à utilização dos serviços de saúde, reforçando sua importância clínica e assistencial. Assim, o elevado percentual de participantes sedentários ou restritos a atividades leves sinaliza a necessidade de acompanhamento contínuo, e não apenas de orientações pontuais, no âmbito da atenção primária.

Em Guarapuava, Martins *et al.* (2024) encontraram 60% de não praticantes de atividade física entre idosos hipertensos. Embora as amostras e os instrumentos sejam diferentes, ambos os estudos apontam uma

lacuna entre o reconhecimento da atividade física como terapia não farmacológica e sua incorporação regular ao cotidiano. A convergência é útil para a discussão, mas não autoriza comparação direta de prevalências.

A Tabela 4 apresenta a classificação do nível de atividade física dos participantes, segundo o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Observa-se predominância da classificação sedentária, correspondendo a 9 participantes (45%) da amostra. Em seguida, 4 participantes (20%) foram classificados como irregularmente ativos B, enquanto 3 (15%) apresentaram nível muito ativo. As classificações ativo e irregularmente ativo A corresponderam, respectivamente, a 2 participantes (10%) cada.

Tabela 4 – Classificação IPAQ

Classificação IPAQ	N (%)
Muito ativo	3 (15%)
Ativo	2 (10%)
Irregularmente ativo A	2 (10%)
Irregularmente ativo B	4 (20%)
Sedentário	9 (45%)

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

O IPAQ confirmou o baixo nível de atividade: 45% foram sedentários, 10% irregularmente ativos A e 20% irregularmente ativos B. Desse modo, 75% estavam entre sedentarismo e prática irregular, enquanto somente 10% foram classificados como ativos e 15% como muito ativos. Esse é o resultado central da pesquisa, pois demonstra que o tratamento farmacológico amplamente utilizado não foi acompanhado por um nível satisfatório de atividade física na maior parte da amostra (Nogueira; Faria, 2025).

A diferença entre a classificação geral da Tabela 3 e o IPAQ não representa necessariamente erro. A primeira sintetiza a modalidade e a intensidade informadas, enquanto o IPAQ combina frequência e duração de atividades realizadas nos últimos sete dias. Por isso, o IPAQ deve ser usado como referência principal para classificar o nível de atividade, e as demais perguntas devem ajudar a explicar como esse comportamento se apresenta.

As recomendações sintetizadas por Wattanapisit *et al.* (2022) permitem traduzir esse achado para a assistência: pessoas hipertensas devem avançar gradualmente em direção a 150 a 300 minutos de atividade aeróbica moderada por semana, ou volume equivalente de atividade vigorosa, e realizar fortalecimento muscular em pelo menos dois dias. Apenas 20% da amostra relataram 150 minutos semanais ou mais de caminhada, e somente 10% citaram musculação. Como a frequência do fortalecimento não foi informada, não se pode afirmar que esse componente da recomendação foi cumprido.

A prescrição precisa considerar o ponto de partida. Para sedentários, metas iniciais menores, caminhadas fracionadas, exercícios de mobilidade e fortalecimento de baixa complexidade podem facilitar a adesão. Para usuários com excesso de peso, idade avançada, diabetes ou insegurança, o fisioterapeuta pode avaliar sintomas, capacidade funcional, equilíbrio e resposta ao esforço, além de ajustar frequência, intensidade, tempo, tipo e progressão. A avaliação clínica é indispensável quando há pressão muito elevada, sintomas ou comorbidades descompensadas (Wattanapisit *et al*., 2022).

O estudo não apresentou frequências próprias sobre os motivos para evitar o exercício. Portanto, as barreiras encontradas por Katanolli *et al.* (2022), como desconforto físico, falta de energia, estresse, apoio social insuficiente e ambiente pouco favorável, devem ser entendidas como hipóteses para investigação local, e não como resultados dos participantes de Teixeira. Essa delimitação protege a validade da pesquisa e indica uma agenda para entrevistas futuras.

Ações educativas podem apoiar a mudança quando são participativas e ligadas à rotina. Lourenço *et al*. (2022) descreveram a dinâmica de verdadeiro ou falso sobre alimentação, hábitos e atividade física em grupo de hipertensão e diabetes, com interação entre usuários e equipe. Santos *et al.* (2026) relataram uma intervenção que reuniu atividades presenciais, materiais informativos e apoio digital, mantendo a equipe como referência do cuidado. Essas experiências sugerem caminhos aplicáveis à UBS estudada: grupos de caminhada, oficinas de leitura de rótulos, demonstração de exercícios e acompanhamento periódico de metas.

Os resultados precisam ser interpretados à luz das limitações, visto que a amostra foi pequena, de conveniência e proveniente de uma única unidade, o que impede a generalização para todos os hipertensos de Teixeira. O delineamento transversal não estabelece causalidade. Parte das informações foi autorreferida e pode sofrer viés de memória ou desejabilidade social. Não foram apresentados níveis pressóricos, cruzamentos entre IPAQ e variáveis sociodemográficas ou clínicas, nem frequências das barreiras abertas. Ainda assim, o estudo descreve um grupo concreto da atenção primária e identifica uma prioridade assistencial clara: ampliar atividade física regular e autocuidado para além do medicamento.

No que diz respeito aos motivos pelos quais os pacientes hipertensos evitam ou apresentam dificuldades para realizar exercícios físicos, foram obtidas respostas relacionadas ao medo de elevação da pressão arterial, à presença de limitações osteoarticulares, à percepção de que a idade reduz a necessidade de permanecer fisicamente ativo e à falta de informações sobre os benefícios da atividade física para o controle da hipertensão. Esses relatos demonstram que a baixa adesão não decorre de um único fator, mas envolve crenças sobre a doença, insegurança, condições clínicas e lacunas nas orientações recebidas pelos usuários.

O medo de que o exercício provoque aumento perigoso da pressão arterial aparece no relato do participante 2: "*A minha pressão é alta, com isso tenho medo de fazer o exercício e ela aumentar*" (código

2). Embora a pressão arterial possa elevar-se fisiologicamente durante o esforço, a atividade física regularmente prescrita e acompanhada contribui para sua redução em repouso e para a prevenção de complicações cardiovasculares. Wattanapisit et al. (2022) ressaltam que pacientes com hipertensão podem e devem ser incentivados a permanecer fisicamente ativos, desde que o exercício seja adequado às suas condições clínicas e realizado com progressão segura. Barroso et al. (2025) também reconhecem a prática regular de exercícios como componente do tratamento não medicamentoso da hipertensão. O depoimento revela, portanto, que a ausência de esclarecimento sobre as respostas fisiológicas ao esforço pode transformar a própria hipertensão em motivo para evitar uma conduta que contribuiria para seu controle.

A insegurança relatada pode ser reduzida mediante avaliação prévia, monitoramento da pressão arterial e orientação sobre sinais que exigem interrupção ou adaptação do exercício. Nesse aspecto, a Fisioterapia possui papel relevante, pois o fisioterapeuta pode avaliar a capacidade funcional e a tolerância ao esforço, selecionar exercícios compatíveis com as condições clínicas e acompanhar a evolução do usuário. A prescrição individualizada contribui para que o paciente compreenda seus limites sem associar automaticamente o movimento ao risco. Dessa maneira, o acompanhamento profissional pode ampliar a confiança e favorecer a passagem de uma condição sedentária para níveis progressivamente maiores de atividade física.

A presença de artrose foi indicada como outra barreira: "*Por conta da artrose tenho medo de se exercitar*" (código 6). Esse relato demonstra que a dor e o receio de agravamento de doenças osteoarticulares podem limitar a adesão, mesmo quando a prática física é recomendada. Katanolli et al. (2022) identificaram resultados semelhantes entre pessoas com hipertensão e diabetes, destacando o desconforto físico, a falta de energia e o medo de sofrer lesões como obstáculos à atividade física. Contudo, a existência de artrose não significa que todos os exercícios devam ser evitados. Ela exige avaliação e adaptação da modalidade, da intensidade, da amplitude dos movimentos e do volume da atividade. Exercícios de baixo impacto, fortalecimento muscular progressivo, treinamento de equilíbrio e atividades aeróbicas ajustadas à tolerância podem ser utilizados para preservar a mobilidade e reduzir limitações funcionais.

A idade também apareceu como justificativa para a inatividade: "D*evido à minha idade, não vejo necessidade de realizar atividade física*" (código 13). Essa percepção contraria as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2020), segundo as quais pessoas idosas devem permanecer fisicamente ativas de acordo com sua capacidade funcional, incluindo atividades aeróbicas, fortalecimento muscular e exercícios de equilíbrio. Nogueira e Faria (2025), ao investigarem idosos com diabetes e hipertensão acompanhados na atenção primária, reforçam a importância da atividade física nesse grupo, sobretudo em razão de seus efeitos sobre a autonomia e a prevenção de perdas funcionais. O relato do participante sugere uma compreensão da velhice como período no qual o exercício se torna dispensável, quando, na realidade,

sua prática adaptada pode contribuir para a independência, a mobilidade, a prevenção de quedas e o controle das doenças crônicas.

A falta de conhecimento sobre os benefícios da atividade física foi expressa pelo participante 19: "*Não tenho informações a respeito de como a atividade física poderia contribuir para a hipertensão*" (código 19). Esse depoimento evidencia uma fragilidade das ações educativas, pois o acesso ao diagnóstico e ao medicamento não assegura que o usuário compreenda a importância das medidas não farmacológicas. Martins et al. (2024) destacam que o controle da hipertensão está relacionado a diferentes comportamentos de saúde, enquanto Santos et al. (2023) ressaltam a inter-relação entre tratamento, atividade física e utilização dos serviços de saúde. Assim, recomendações breves ou genéricas podem ser insuficientes para modificar hábitos, principalmente quando o paciente não compreende de que forma o exercício atua no controle pressórico e na redução do risco cardiovascular.

Os relatos indicam que as estratégias de promoção da atividade física na Unidade Básica de Saúde devem abordar diretamente as dúvidas e os receios apresentados pelos usuários. As ações educativas precisam explicar, em linguagem acessível, que a hipertensão controlada não impede necessariamente a prática de exercícios, que doenças como artrose exigem adaptação em vez de imobilidade e que o envelhecimento aumenta a importância da preservação da capacidade funcional. Também é necessário orientar sobre tipos de atividade, intensidade, frequência, duração e sinais de alerta, evitando que a recomendação se limite à expressão "*faça exercícios*".

Nesse sentido, a atuação integrada da Fisioterapia com os demais profissionais da atenção primária pode favorecer intervenções mais seguras e efetivas. Avaliações funcionais, atendimentos individuais para usuários com limitações, grupos de exercícios supervisionados, monitoramento da pressão arterial e definição de metas graduais podem reduzir o medo e melhorar a adesão. Portanto, as respostas mostram que a dificuldade de se exercitar não deve ser atribuída somente à falta de vontade dos participantes. Ela resulta da interação entre medo, dor, crenças relacionadas ao envelhecimento e insuficiência de informações, exigindo acompanhamento individualizado e educação em saúde contínua.

4 CONCLUSÃO

A pesquisa identificou predominância de mulheres, baixa escolaridade e renda limitada entre os usuários hipertensos, além de longo tempo de diagnóstico, uso contínuo de medicamentos e presença de excesso de peso. Observou-se também baixo nível de atividade física, com 45% sedentários e apenas 20% realizando caminhada por 150 minutos semanais ou mais. Os resultados reforçam a necessidade de estratégias de promoção da atividade física, autocuidado e acompanhamento multiprofissional, incluindo a atuação fisioterapêutica na atenção primária.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Andréa Araújo et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 122, n. 9, e20250624, 2025. DOI: 10.36660/abc.20250624.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

CRAIG, Cora L. et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 35, n. 8, p. 1381-1395, 2003. DOI: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB

CARVALHO, Nyna Carolyne de Sousa et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento antihipertensivo e ao controle pressórico inadequado em adultos acompanhados na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. **Revista Tópicos**, v. 4, n. 35, p. 1-36, 2026.

KATANOLLI, Ariana Bytyci et al. Perceived barriers to physical activity behaviour among patients with diabetes and hypertension in Kosovo: a qualitative study. **BMC Primary Care**, v. 23, art. 257, 2022. DOI: 10.1186/s12875-022-01866-w.

LOURENÇO, Bernardo Rodrigues et al. Ações de educação em saúde: abordagem de pacientes adultos diagnosticados com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde da Família Gothardo Firmino Neto - Volta Grande III. In: **TUDO É CIÊNCIA: Congresso Brasileiro de Ciências e Saberes Multidisciplinares**, 2022. Anais [...]. Volta Redonda: UniFOA, 2022. p. 1-8.

MARTINS, Fernando José et al. Comportamentos de saúde relacionados à hipertensão arterial em idosos de uma unidade básica de saúde da cidade de Guarapuava-PR, Brasil. **Retos**, n. 56, p. 289-295, 2024.

MATSUDO, Sandra et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

NOGUEIRA, Júlia Fernandes; FARIA, Mateus Lopes de. Nível de atividade física em idosos com diabetes e hipertensão cadastrados na UBSF: análise quantitativa em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Perquirere**, v. 22, n. 1, p. 406-415, 2025.

NOGUEIRA, Júlia Fernandes; FARIA, Mateus Lopes de. Nível de atividade física em idosos com diabetes e hipertensão cadastrados na UBSF: análise quantitativa em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Perquirere**, v. 22, n. 1, p. 406-415, 2025.

PUGEN, Laura Monguilhott et al. Educação alimentar e nutricional na sala de espera de uma unidade básica de saúde sobre hipertensão e sódio oculto nos alimentos. **Clinical and Biomedical Research**, v. 45, p. 36, 2025.

PEREIRA, Mayane Carneiro Alves; SANTOS, Lúcia de Fátima da Silva. Caminhos para o envelhecimento saudável: relação entre hipertensão arterial sistêmica e principais fatores de riscos modificáveis. **Revista Ciência Plural**, p. 74-91, 2020.

SANTOS, Lionai Lima dos et al. Interrelationship between arterial hypertension, health service costs, therapeutic treatment and physical activity. **BMC Primary Care**, v. 24, art. 164, 2023. DOI: 10.1186/s12875-023-02120-7.

SANTOS, Rodrigo Augusto Alfredo Gonzaga dos et al. Ações integradas sobre hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde em Belém do Pará: relato de experiência. **Revista Tópicos**, v. 4, n. 33, p. 1-18, 2026. DOI: 10.70773/revistatopicos/780018617.

SOLOMON, Menawork et al. Uncontrolled blood pressure and associated factors in adult hypertensive patients undergoing follow-up at public health facility ambulatory clinics in Bishoftu town, Ethiopia: a multi-center study. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 23, art. 258, 2023. DOI: 10.1186/s12872-023-03290-z.

WATTANAPISIT, Apichai et al. Summary and application of the WHO 2020 physical activity guidelines for patients with essential hypertension in primary care. **Heliyon**, v. 8, n. 10, e11259, 2022. DOI: 10.1016/j.heliyon.2022.e11259.

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