

ANÁLISE DAS BARREIRAS À PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS E OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS: ESTUDO TRANSVERSAL

Bruna Saldanha, Fisioterapia, Centro Universitário Integrado, Brasil

Eduarda Ferreira da Silva, Fisioterapia, Centro Universitário Integrado, Brasil

Elaine Cristina Costa Lopes, Docente do curso de Fisioterapia, Centro Universitário Integrado, elaine.costa@grupointegrado.br

Lucas França Garcia, Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade Cesumar (UNICESUMAR). Coordenador,

lucasfgarcia@gmail.com

Resumo: Este estudo transversal teve como objetivo analisar a associação entre barreiras à prática regular de atividades físicas e a ocorrência de quedas em idosos com doenças crônicas não transmissíveis no município de Campo Mourão-PR. Foram incluídos 210 idosos cadastrados nos grupos Hiperdia das Unidades Básicas de Saúde, avaliados por meio de questionários sociodemográficos, clínicos e de barreiras percebidas para a prática de atividades físicas. Os resultados indicaram que a maioria dos participantes era do sexo feminino, com baixa escolaridade, renda reduzida e prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus. A autopercepção de já ser suficientemente ativa, o medo de cair e a falta de tempo livre foram as barreiras mais relacionadas, sendo que seis barreiras tiveram associação significativa com a ocorrência de quedas, incluindo o medo de cair e a sensação de cansaço. Conclui-se que as barreiras à prática de atividades físicas em idosos com doenças crônicas estão relacionadas a fatores psicossociais e cognitivos que impactam diretamente o risco de quedas, reforçando a necessidade de intervenções interdisciplinares e programas de promoção da saúde na Atenção Primária para melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida desse grupo.

Palavras-chave: Atividade Física; Idosos; Barreiras

Abstract: This cross-sectional study aimed to analyze the association between barriers to regular physical activity and the occurrence of falls among older adults with chronic noncommunicable diseases in the municipality of Campo Mourão, Paraná. A total of 210 older adults enrolled in the Hiperdia groups at Basic Health Units were included and assessed using sociodemographic and clinical questionnaires, as well as questionnaires addressing perceived barriers to physical activity. The results indicated that most participants were female, with low levels of education, low income, and a prevalence of hypertension and diabetes mellitus. Self-perception of being sufficiently active, fear of falling, and lack of free time were the most frequently associated barriers, with six barriers significantly associated with falls, including fear of falling and fatigue. It is concluded that the barriers to the practice of physical activities in elderly individuals with chronic diseases are related to psychosocial and cognitive factors that directly impact the risk of falls, reinforcing the need for interdisciplinary interventions and health promotion programs in Primary Care to improve the functionality and quality of life of this group.

Keywords: Physical Activity; Elderly; Barriers

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um fenômeno global e irreversível, decorrente da transição demográfica e epidemiológica que reflete não apenas os avanços nas condições de vida, no acesso aos serviços de saúde e no controle das doenças infectocontagiosas, mas também o fortalecimento das políticas sociais e de saúde voltadas à ampliação da longevidade e à melhoria da qualidade de vida (Who, 2021). No Brasil, esse processo ocorre de forma acelerada e é acompanhado pelo aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e osteoarticulares, que configuram as principais causas de morbimortalidade entre pessoas idosas (Brasil, 2022).

Essas condições crônicas comprometem a funcionalidade e a autonomia, além de aumentarem o risco de quedas, entendidas como eventos não intencionais que resultam na mudança de posição do corpo para um nível inferior, gerando repercussões físicas, psicológicas e sociais significativas (Who, 2021). As quedas estão associadas a fraturas, hospitalizações prolongadas, perda de independência, síndrome pós-queda e declínio da qualidade de vida (Costa *et al.*, 2020). Estima-se que aproximadamente 30% dos idosos da comunidade sofram pelo menos uma queda por ano, índice que pode alcançar 50% entre aqueles com DCNT ou fragilidade (Brasil, 2021). Diante desse cenário, a prática regular de atividade física é amplamente reconhecida como uma estratégia essencial para a prevenção de quedas, pois contribui para o aprimoramento da força muscular, do equilíbrio, da mobilidade e da autoconfiança (Rech *et al.*, 2018; Sherrington *et al.*, 2019).

Entretanto, a adesão dos idosos à prática de atividade física ainda é limitada, influenciada por múltiplas barreiras de natureza intrapessoal, interpessoal e ambiental (Socoloski *et al.*, 2021; Silva, 2023). Entre as barreiras intrapessoais mais relatadas destacam-se dor, doenças crônicas e lesões, enquanto o medo de cair e a insegurança nos espaços públicos configuram barreiras ambientais relevantes. A ausência de companhia, a falta de apoio familiar e as restrições de

mobilidade também se apresentam como obstáculos importantes à adesão. Além disso, estudos indicam que mulheres e idosos com menor renda ou escolaridade tendem a perceber mais barreiras, possivelmente em decorrência de desigualdades estruturais e de menor acesso a ambientes adequados para a prática de atividades físicas (Silva, 2023).

Por outro lado, fatores como o apoio social, a orientação profissional e a oferta de espaços seguros e acessíveis atuam como facilitadores da prática, reforçando o papel das ações interdisciplinares e das políticas públicas de promoção da saúde (Ferreira *et al.*, 2021). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha função estratégica na organização do cuidado à pessoa idosa, sendo reconhecida como eixo ordenador da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado longitudinal. Sua estrutura territorial e o vínculo contínuo com a comunidade possibilitam a identificação precoce de agravos, o acompanhamento de condições crônicas e o desenvolvimento de ações integradas de promoção, prevenção e reabilitação (Brasil, 2013). Além disso, sua atuação fomenta a educação em saúde, o autocuidado apoiado e a corresponsabilização do usuário, elementos fundamentais para o enfrentamento das DCNT e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2008).

Entre as estratégias implementadas nesse nível de atenção, o grupo Hiperdia destaca-se por promover o acompanhamento longitudinal de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, condições de alta prevalência na população idosa. Instituído pelo Ministério da Saúde no âmbito do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, o Hiperdia tem como objetivos cadastrar, monitorar e acompanhar os usuários, garantindo o acesso contínuo ao tratamento e às ações de promoção da saúde (Brasil, 2002). Além do acompanhamento clínico, o grupo assume papel educativo e social, estimulando o autocuidado, o controle das doenças e a adoção de hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada e prática regular de exercícios físicos, além de favorecer o convívio comunitário e o envelhecimento ativo.

Nesse cenário, no qual a Atenção Primária à Saúde se consolida como eixo central na organização do cuidado e o grupo Hiperdia representa uma importante estratégia de acompanhamento de pessoas com doenças crônicas, torna-se essencial compreender os fatores que interferem na adesão a práticas de vida saudáveis. Considerando esse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre barreiras à prática regular de atividades e a ocorrência de quedas em idosos com doenças crônicas não transmissíveis. A investigação justifica-se pela relevância de identificar os elementos que dificultam a adesão às práticas corporais e sua relação com as quedas, de modo a subsidiar ações educativas e interdisciplinares voltadas à prevenção de agravos, à preservação da funcionalidade e à melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Além disso, busca contribuir para o aprimoramento das estratégias de cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde, fortalecendo o papel do fisioterapeuta e dos demais profissionais na construção de intervenções efetivas, sustentáveis e alinhadas às políticas públicas de envelhecimento saudável.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, realizado com 210 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados e acompanhados pela Atenção Primária à Saúde e participantes de grupos Hiperdia em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Campo Mourão, localizado na região Centro-Oeste do estado do Paraná, Sul do Brasil. As unidades foram selecionadas por apresentarem grupos Hiperdia em atividade, considerando que, das dezessete existentes no município, apenas quatorze unidades mantinham reuniões regulares agendadas durante o período de coleta de dados. De acordo com o Censo Demográfico de 2022, o município possui 104.122 habitantes, dos quais 16.123 são idosos (IBGE, 2023). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 7.777.207, atendendo aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do CNS.

Foram incluídos idosos com diagnóstico clínico de pelo menos uma DCNT, cadastrados nas UBS participantes e com capacidade de comunicação verbal suficiente para responder aos instrumentos da pesquisa. Foram excluídos os indivíduos com diagnóstico de transtorno neuro cognitivo ou outras condições neurológicas que comprometiam a comunicação, aqueles em estado agudo de doença ou instabilidade clínica no momento da coleta, bem como os que não concordaram em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada entre 25 de agosto e 3 de outubro, em um único momento para cada participante, conduzida por duas alunas do curso de Fisioterapia responsáveis pelo Trabalho de Conclusão de Curso, devidamente aptas para a aplicação dos instrumentos. Foram aplicados três instrumentos principais: um questionário sociodemográfico e clínico, elaborado pelas autoras para obtenção de informações referentes à idade, sexo, escolaridade, renda, presença de doenças crônicas e uso de medicamentos; um questionário de barreiras à prática de atividades, adaptado de Reis *et al.* (2021), que investigou aspectos físicos, ambientais, psicológicos e sociais relacionados à adesão a atividades físicas. Todos os dados foram registrados em planilha eletrônica protegida por senha e identificados por código numérico, garantindo a confidencialidade das informações.

A análise estatística foi realizada no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0. Foram conduzidas análises descritivas das variáveis, expressas em frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. Para avaliar a associação entre as barreiras identificadas e a ocorrência de quedas, utilizou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2), adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 210 idosos com doenças crônicas não transmissíveis, de ambos os sexos (129 mulheres e 81 homens), com média de idade de 69,54

anos (DP = 6,99). Conforme os dados apresentados na Tabela 1, observa-se a predominância de idosos casados ou em união estável (52,4%), com ensino fundamental incompleto (53,3%), renda mensal de até um salário-mínimo (56,2%) e que residem com familiares (72,4%). A maioria nunca fumou (61,4%), não consome álcool (83,3%) e não pratica atividade física (57,6%).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e condições de saúde dos idosos com DCNT usuários do grupo Hiperdia.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Sexo		
Feminino	129	61,4
Masculino	81	38,6
Estado civil		
Solteiro	20	9,5
Casado/União estável	110	52,4
Viúvo	52	24,8
Divorciado	28	13,3
Escolaridade		
Analfabeto	29	13,8
Fundamental Incompleto	112	53,3
Fundamental Completo	26	12,4
Médio Completo	29	13,8
Superior Completo	14	6,7
Renda mensal		
Até 1 SM	118	56,2
1 a 3 SM	63	30,0
3 a 5 SM	11	5,2
Mais de 5 SM	8	3,8
Prefiro não informar	10	4,8
Mora com quem?		
Sozinho	58	27,6
Família	152	72,4

Fonte: elaborado pelas autoras (2025)

Estudos recentes vêm constatando que a população idosa brasileira e global já se caracteriza por uma preponderância feminina, o que reforça o fenômeno da “feminilização do envelhecimento” no contexto da vulnerabilidade social. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou que a população de 65 anos ou mais cresceu 57,4 % em doze anos, havendo cerca de 94,2 homens para cada 100 mulheres nessa faixa etária, o que evidencia o superávit feminino entre os idosos (O GLOBO, 2023). Em termos de perfil sociodemográfico específico de idosos hipertensos, encontrou-se predominância do sexo feminino; em estudo realizado com 327 idosos hipertensos de Diamantina (MG), 62,1 % eram mulheres, e mais da metade possuía renda de até um salário-mínimo (Silva; Oliveira; Almeida, 2023).

Além disso, a literatura aponta que baixa escolaridade, renda reduzida e vulnerabilidades sociais ampliam o risco de pior controle e maiores agravos entre esses idosos. Em consonância, o fenômeno da feminilização do envelhecimento implica que as mulheres idosas, embora vivam por mais tempo, estão mais expostas a condições de vulnerabilidade, como menor escolaridade, renda acumulada e maiores demandas de cuidado, exigindo atenção diferenciada nas políticas públicas de saúde e de cuidado ao idoso (Fernandes; Costa, 2023).

Resultados semelhantes foram identificados em uma pesquisa de idosos acompanhados ao longo de oito anos, na qual mulheres apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus, especialmente entre aquelas com menor escolaridade (Fernandes; Oliveira; Lima; Gomes, 2022). Além disso, revisões recentes sobre barreiras à prática de atividade física demonstram que as mulheres idosas percebem mais obstáculos para se manterem ativas, como insegurança nos espaços públicos, medo de cair e menor acesso a ambientes adequados para o exercício (Oliveira; Costa; Reis, 2021; Pereira; Almeida; Castro; Reis, 2022). Esses achados reforçam a influência de determinantes sociais, como renda, escolaridade e sobrecarga com

responsabilidades familiares, na construção de um cenário que limita a autonomia e a prática de autocuidado entre mulheres idosas.

A Tabela 2 apresenta as condições de saúde dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis. Percebe-se que a maioria dos idosos se percebe com saúde boa ou regular (82,9%), nunca fumou (61,4%), que não consome álcool (83,3%) e que não pratica atividade física (57,6%).

Tabela 2 – Condições de saúde dos idosos usuários do Hiperdia

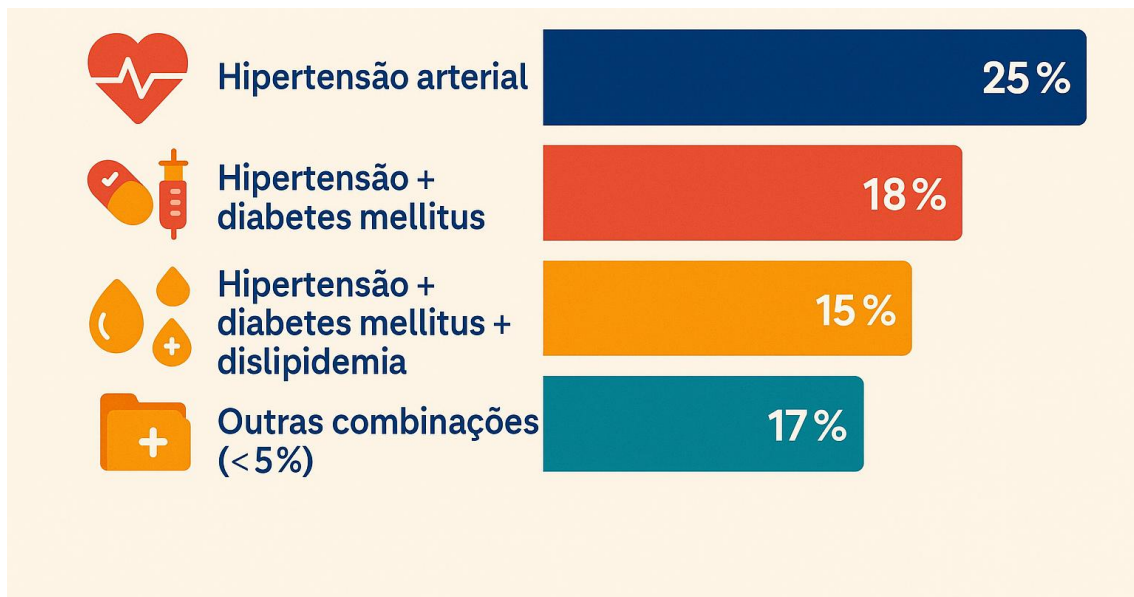
VARIÁVEIS	f	%
Percepção de saúde		
Muito bom	21	10,0
Bom	76	36,2
Regular	98	46,7
Ruim	14	6,7
Muito ruim	1	0,4
Tabagismo		
Nunca fumou	129	61,4
Ex-fumante	63	30,0
Fumante	18	8,6
Consumo de álcool		
Não	175	83,3
Ocasional	30	14,3
Semanal	4	1,9
Diário	1	0,5
Prática de atividade física		
Sim	89	42,4
Não	121	57,6

Fonte: elaborado pelas autoras (2025)

A Figura 1 apresenta a prevalência de comorbidades autorreferidas pelos idosos com doenças crônicas não transmissíveis acompanhados pelos grupos Hiperdia. Observa-se que 25,7% relataram possuir apenas hipertensão arterial, 18,1% declararam ter hipertensão associada ao diabetes mellitus e 15,5% referiram a

coexistência de hipertensão, diabetes e dislipidemia e por fim aproximadamente 17% relataram outras comorbidades como depressão, osteoporose, osteoartrose entre outras condições.

Figura 1- Prevalência de Comorbidades reportada pelos idosos acompanhados pelo grupo Hipertensão



Fonte: elaborado pelas autoras (2025)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sobretudo doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e neoplasias apresentam alta prevalência entre idosos e frequentemente ocorrem em arranjos de multimorbidade, configurando perfis clínicos complexos que afetam majoritariamente pessoas envelhecidas e com menor condição socioeconômica. Estudos populacionais brasileiros e análises multicêntricas recentes mostram associação consistente entre multimorbidade e maior limitação funcional.

Idosos com duas ou mais doenças crônicas apresentam probabilidade significativamente maior de dependência para atividades básicas e instrumentais da vida diária, e são mais frequentemente submetidos a uso contínuo de múltiplos medicamentos (polifarmácia) (Vieira; Borges; Oliveira; Andrade, 2023; Reis; Ferreira; Molina, 2024; Silva; Lima; Miranda; Pereira, 2021).

O impacto das DCNT na vida do idoso se dá em várias dimensões: aumento da morbimortalidade uma vez que essas doenças permanecem como as principais causas de óbito e de anos de vida perdidos nas Américas maior risco de internações e reingressos hospitalares, comprometimento da qualidade de vida e elevação da dependência por cuidados formais e informais (familiares ou serviços de saúde). Esse quadro amplifica as demandas sobre a atenção primária e sobre as redes de cuidado prolongado, exigindo intervenções integradas que envolvam prevenção, manejo clínico, reabilitação e suporte social, a fim de reduzir complicações, melhorar a funcionalidade e controlar custos tanto individuais quanto sistêmicos (Vieira; Borges; Oliveira; Andrade, 2023; Reis; Ferreira; Molina, 2024).

Diante desse contexto, torna-se essencial adotar políticas públicas que priorizem o controle das DCNT, a prescrição racional de medicamentos e a implementação de programas preventivos que incentivem a prática de atividade física e o autocuidado. Essas doenças não afetam apenas o estado físico, mas repercutem na saúde emocional, na autonomia e na participação social dos idosos. Compreender essa dinâmica é fundamental para subsidiar intervenções interdisciplinares na Atenção Primária à Saúde, fortalecendo a funcionalidade e a qualidade de vida na velhice.

A Tabela 3 apresenta o perfil de ocorrência de quedas dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis vinculados ao grupo Hipertensão. Nota-se que a maioria dos idosos não teve ocorrência de quedas nos últimos 12 meses (61,9%), não teve atendimento de saúde (88,6%) ou lesão (79,5%) devido a uma queda, não utiliza dispositivo de auxílio a marcha (94,8%), não faz uso de medicamentos que causem sonolência ou tontura (78,6%) e que não tem medo ou tem pouco medo de cair (52,0%). Além disso, observa-se que o local com maior ocorrência de quedas é dentro da própria casa (26,2%) e que geralmente ocorre durante alguma caminhada (18,5%).

Tabela 3 – Perfil de ocorrência de quedas dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis

VARIÁVEIS	f	%
-----------	---	---

Ocorrência de quedas nos últimos 12 meses

Sim	80	38,1
Não	130	61,9

Alguma queda resultou em atendimento de saúde?

Sim	24	11,4
Não	186	88,6

Houve lesão?

Não	167	79,5
Corte/escoriação	21	10,0
Contusão	9	4,3
Fratura	11	5,2
TCE	1	0,5
Hematoma	1	0,5

Local mais frequente da queda

Dentro de casa	55	26,2
Via pública	24	11,4
Não houve queda	130	61,9
Academia	1	0,5

Circunstância mais comum

Caminhando	39	18,5
Levantando-se	8	3,8
Escorregão	31	14,8
Tontura/mal-estar	2	1,0
Não houve queda	130	61,9

Usa dispositivo de auxílio à marcha?

Não	199	94,8
Bengala	9	4,2
Andador	2	1,0

Faz uso de medicamentos que causem sonolência ou tontura?

Sim	45	21,4
Não	165	78,6

Medo de cair

SIMPAR

Simpósio de Pesquisa, Extensão e Inovação do Paraná

Realização



Núcleo de
Empreendedorismo,
Pesquisa e Extensão
Integrado

Apoio



FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA
Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

Nenhum	95	45,2
Pouco	14	6,8
Moderado	19	9,0
Muito	82	39,0

Fonte: elaborado pelas autoras (2025)

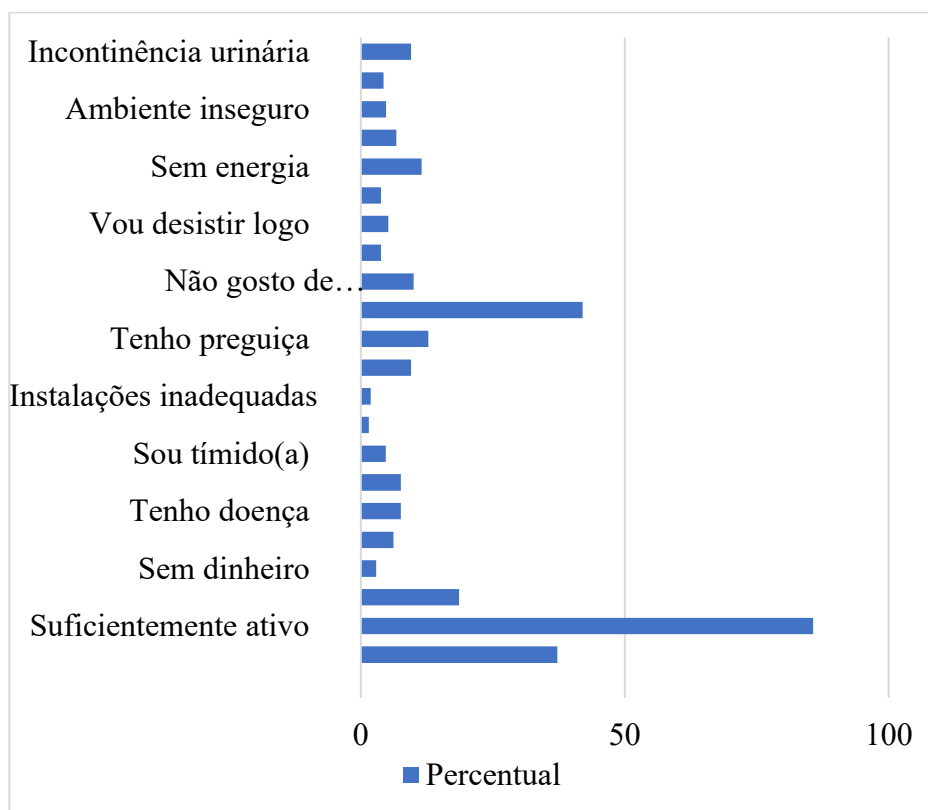
As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão e o diabetes, são bastante comuns entre os idosos e estão intimamente ligadas ao aumento do risco de quedas, devido às limitações em suas funções e ao uso simultâneo de diversos medicamentos. A pesquisa realizada por (Fonseca; Lima; Lavôr; Sousa; Mascarenhas; Rodrigues; Frota, 2025), ressalta que o aumento da população idosa tem elevado a incidência dessas condições, ocasionando um maior uso de medicamentos e um declínio nas habilidades físicas e cognitivas. A polifarmácia, definida pelo uso de cinco ou mais fármacos, tem sido relacionada a uma redução significativa na velocidade de caminhada e a um risco maior de quedas, como evidenciado pelo desempenho inferior de idosos hipertensos que utilizam múltiplos medicamentos no teste Timed Up and Go (TUG) (Fonseca; Lima; Lavôr; Sousa; Mascarenhas; Rodrigues; Frota, 2025).

A relação entre as doenças crônicas não transmissíveis e o uso excessivo de medicamentos decorre do fato de que o tratamento dessas condições frequentemente exige a utilização concomitante de diferentes classes farmacológicas, como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e ansiolíticos. Essa combinação amplia o risco de interações medicamentosas e de efeitos adversos. Conforme apontam (Fonseca; Lima; Lavôr; Sousa; Mascarenhas; Rodrigues; Frota, 2025), fármacos que atuam sobre o sistema nervoso central e o sistema cardiovascular podem provocar sonolência, vertigem, hipotensão postural e alterações cognitivas, comprometendo a estabilidade postural e a locomoção, o que aumenta o risco de quedas. Corroborando essas evidências, estudos de Guimarães e Farinatti (2005) e (Ziere; Wiser; Tienen; Ginkel; Tramper; Hofman; Cammen, 2006) demonstram que o uso de seis ou mais medicamentos eleva significativamente a incidência de quedas em pessoas idosas, evidenciando a

influência direta da polifarmácia sobre a funcionalidade e a segurança do equilíbrio. (Fonseca; Lima; Lavôr; Sousa; Mascarenhas; Rodrigues; Frota, 2025). De tal maneira, nota-se que as doenças crônicas não transmissíveis, principalmente quando ligadas ao uso excessivo de medicamentos, agravam a fragilidade funcional dos idosos, elevando a probabilidade de ocorrências incapacitantes, como quedas. A pesquisa realizada por (Fonseca; Lima; Lavôr; Sousa; Mascarenhas; Rodrigues; Frota, 2025), aponta que a supervisão da polifarmácia é essencial na prática médica, uma vez que a vigilância constante e a revisão regular das prescrições podem reduzir interações prejudiciais, evitar complicações e manter a autonomia funcional dos pacientes. Portanto, o gerenciamento das doenças crônicas não transmissíveis deve ser acompanhado por uma administração racional do uso de fármacos, com ênfase na colaboração interdisciplinar para promover a segurança e a qualidade de vida na terceira idade.

A Tabela 4 apresenta as barreiras percebidas à prática de atividade física entre idosos com doenças crônicas não transmissíveis participantes dos grupos Hiperdia. Observa-se predominância de respostas nas categorias “nunca” ou “poucas vezes” para a maioria dos itens da escala, sugerindo menor frequência de obstáculos na amostra. Ainda assim, destacaram-se como barreiras mais referidas a autopercepção de já ser suficientemente ativo (81,9%), o medo de cair (38,2%) e a falta de tempo livre (32,4%).

Figura 2 – Barreiras para a prática de atividade física reportadas pelos idosos com DCNT usuários dos grupos Hiperdia



Fonte: elaborado pelas autoras (2025)

A análise das barreiras autorreferidas à prática de atividade física revelou um achado expressivo: a maioria dos participantes declarou considerar-se “suficientemente ativa”, não percebendo necessidade de ampliar sua participação em exercícios estruturados. Esse resultado, ilustrado na Figura 2, reflete uma tendência à autossatisfação com o nível de movimento cotidiano, possivelmente decorrente de uma interpretação subjetiva do que significa “ser ativo” e de limitações na compreensão das recomendações formais de saúde.

Tal percepção demonstra que a principal barreira à adesão não é de ordem física ou ambiental, mas perceptiva e cognitiva, relacionada à forma como os indivíduos avaliam o próprio comportamento em relação às diretrizes internacionais de atividade física (Bull *et al.*, 2020). Essa autopercepção pode perpetuar um estilo de vida predominantemente sedentário, especialmente entre

pessoas idosas, que frequentemente associam tarefas domésticas e deslocamentos curtos à prática suficiente de exercício físico.

As recomendações globais indicam que adultos e idosos devem realizar entre 150 e 300 minutos semanais de atividade aeróbica de intensidade moderada, ou 75 a 150 minutos de vigorosa, além de exercícios de força e equilíbrio regulares (Bull *et al.*, 2020). Contudo, estudos mostram que muitos indivíduos superestimam seu nível de atividade quando avaliado por autorrelato, em comparação a medidas objetivas obtidas por acelerômetros (Domingos; Santos; Pêgo, 2021). Tal discrepância sugere que parte dos participantes que se percebem ativos, na realidade, não atinge o limiar mínimo recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

Fatores psicossociais e culturais também influenciam fortemente essa autopercepção. Crenças de que não é necessário aumentar o nível de atividade, o medo de lesões e a interpretação equivocada de sinais corporais como contraindicações configuram barreiras relevantes à continuidade da prática física. Essas limitações reforçam a importância de estratégias educativas em saúde, com linguagem acessível e ações demonstrativas que promovam segurança, autoconfiança e progressão gradual (da Silva *et al.*, 2023).

No contexto brasileiro, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 indicam que 59,7% das pessoas idosas não atingem o mínimo de 150 minutos semanais de atividade física, com marcadas desigualdades regionais e de gênero (da Silva *et al.*, 2023). Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas e intervenções locais voltadas à promoção de estilos de vida ativos, especialmente na Atenção Primária à Saúde, em que o aconselhamento breve e o acompanhamento continuado podem reduzir a lacuna entre percepção e comportamento. Assim, a autopercepção de “ser suficientemente ativo” deve ser interpretada criticamente e complementada por avaliações objetivas, como o monitoramento do tempo semanal em caminhadas rápidas, exercícios de fortalecimento e equilíbrio, parâmetros mais fidedignos da adesão às

recomendações internacionais (Bull *et al.*, 2020; Domingos; Santos; Pêgo, 2021).

Considerando essas evidências sobre a autopercepção e os fatores psicossociais que influenciam a prática de atividade física, procedeu-se à análise estatística das barreiras autorreferidas e sua possível relação com desfechos clínicos relevantes, como a ocorrência de quedas entre os idosos com doenças crônicas não transmissíveis.

Um dos objetivos deste estudo foi analisar a associação entre as barreiras identificadas e a ocorrência de quedas dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis. Na Tabela 5 são apresentadas somente as barreiras que apresentaram associação significativa ($p < 0,05$) com a ocorrência de quedas. Das 22 barreiras, somente as barreiras sou velho ($p = 0,018$), tenho saúde ruim ($p = 0,044$), má experiência ($p = 0,014$), preciso relaxar ($p = 0,021$), medo de cair ($p = 0,006$) e sem energia se associaram significativamente com a ocorrência de quedas nos idosos. Destaca-se maior proporção de idosos sem histórico de quedas nos últimos 12 meses e que reportaram que ser velho, ter saúde ruim, má experiência, precisar relaxar, medo de cair e não ter energia nunca são barreiras para a prática de atividade física.

Diversas pesquisas, tanto nacionais quanto internacionais, têm se dedicado a entender os obstáculos que impedem os idosos de se engajar regularmente em atividades físicas. No contexto brasileiro, Silva (2023), em sua dissertação de mestrado pela Universidade Federal de Santa Catarina, revelou que as barreiras mais citadas pelos idosos em Florianópolis estavam ligadas à falta de parceiros para a atividade, problemas de saúde, receio de sofrer quedas, carência de locais apropriados e seguros, além de influências climáticas. O autor enfatizou que quanto maior a percepção de obstáculos, menor é o tempo semanal destinado à atividade física, mostrando uma diminuição média de 29 minutos por semana entre os idosos que identificaram mais barreiras. Ademais, notou-se que as mulheres e os idosos com menor nível educacional relataram ter mais dificuldades em manter um estilo de vida ativo, evidenciando a influência de

aspectos sociodemográficos e ambientais no comportamento relacionado à atividade física (Silva, 2023).

Em uma análise nacional, (Christofoletti; Streit; Garcia; Mendonça; Benedetti; Papini,2022), em uma revisão sistemática divulgada na Ciência & Saúde Coletiva, investigou 78 estudos realizados no Brasil. Eles identificaram que as principais dificuldades para a realização de atividades físicas em diversas áreas (lazer, transporte, trabalho e atividades domésticas) estão ligadas à falta de tempo, questões de saúde, condições climáticas desfavoráveis, carência de infraestrutura apropriada e ausência de suporte social. Os autores destacam que o setor do lazer é o mais impactado, especialmente entre mulheres e idosos, devido a uma combinação de desafios pessoais, sociais e ambientais. O estudo enfatiza a importância de políticas públicas que levem em consideração os contextos culturais e regionais do Brasil, incentivando a criação de ambientes que favoreçam a prática de exercícios físicos (Christofoletti; Streit; Garcia; Mendonça; Benedetti; Papini,2022).

No contexto global, as Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) identificam que os obstáculos à prática de atividade física entre idosos diferem de acordo com os países e as condições socioeconômicas, enfatizando elementos como a falta de infraestrutura urbana adequada, a insegurança, restrições funcionais e a carência de apoio comunitário. O relatório indica que aproximadamente 27,5% dos adultos e mais de 80% dos jovens ao redor do mundo não alcançam os níveis mínimos recomendados de atividade física, evidenciando desigualdades significativas relacionadas à idade, gênero e situação socioeconômica (Bull; Al-Ansari; Biddle; Borodulin; Buman; Cardon; Carty; Chaput; Chastin; Chou; Dempsey; Dipietro; Ekelund; Firth; Friedenreich; Garcia; Gichu; Jago; Katzmarzyk; Lambert; Leitzmann; Milton; Ortega; Ranasinghe; Stamatakis; Tiedemann; Troiano; Van der Ploeg; Wari; Willumsen, 2020).

Como parte dessa investigação, (Silva; Oliveira; Santos; Pereira, 2023), ao analisarem dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2019), notaram que os idosos que apresentavam um nível educacional superior, maior renda e que viviam nas proximidades de áreas públicas adequadas para caminhar ou se exercitar eram consideravelmente mais ativos. Por outro lado, circunstâncias como renda baixa, nível educacional inferior, uma percepção negativa sobre sua própria saúde e a falta de espaços públicos acessíveis foram identificadas como barreiras significativas para a realização de atividades físicas de forma regular (Silva; Oliveira; Santos; Pereira, 2023).

Tabela 5 – Associação entre as barreiras identificadas e a ocorrência de quedas dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis ($n = 210$).

Barreiras	Ocorrência de quedas		χ^2	p-valor
	Sim ($n = 80$)	Não ($n = 130$)		
	n (%)	n (%)		
Sou velho				
Sempre	6 (7,5)	3 (2,3)		
Muitas vezes	2 (2,5)	2 (1,5)		
Algumas vezes	6 (7,5)	7 (5,5)	5,633	0,018*
Poucas vezes	14 (17,5)	15 (11,5)		
Nunca	52 (65,0)	103 (79,2)		
Tenho saúde ruim				
Sempre	7 (8,7)	5 (3,9)		
Muitas vezes	2 (2,5)	2 (1,5)		
Algumas vezes	8 (10,0)	10 (7,7)	4,050	0,044*
Poucas vezes	14 (17,5)	17 (13,1)		
Nunca	49 (61,3)	96 (73,8)		
Má experiência				
Sempre	2 (2,5)	0 (0,0)		
Muitas vezes	1 (1,3)	0 (0,0)		
Algumas vezes	3 (3,8)	4 (3,1)	6,086	0,014*

Poucas vezes	10 (12,5)	8 (6,2)		
Nunca	64 (80,0)	118 (90,7)		
Preciso relaxar				
Sempre	8 (10,0)	4 (3,1)		
Muitas vezes	4 (5,0)	4 (3,1)		
Algumas vezes	10 (12,5)	11 (8,5)	5,366	0,021*
Poucas vezes	6 (7,5)	14 (10,8)		
Nunca	52 (65,0)	97 (74,5)		
Medo de cair				
Sempre	40 (50,0)	40 (30,8)		
Muitas vezes	3 (3,8)	5 (3,8)		
Algumas vezes	3 (3,8)	4 (3,1)	7,541	0,006*
Poucas vezes	2 (2,4)	9 (6,9)		
Nunca	32 (40,0)	72 (55,4)		
Sem energia				
Sempre	12 (15,0)	6 (4,6)		
Muitas vezes	3 (3,8)	3 (2,3)		
Algumas vezes	5 (6,3)	9 (6,9)	4,673	0,031*
Poucas vezes	2 (2,5)	11 (8,5)		
Nunca	58 (72,4)	101 (77,7)		

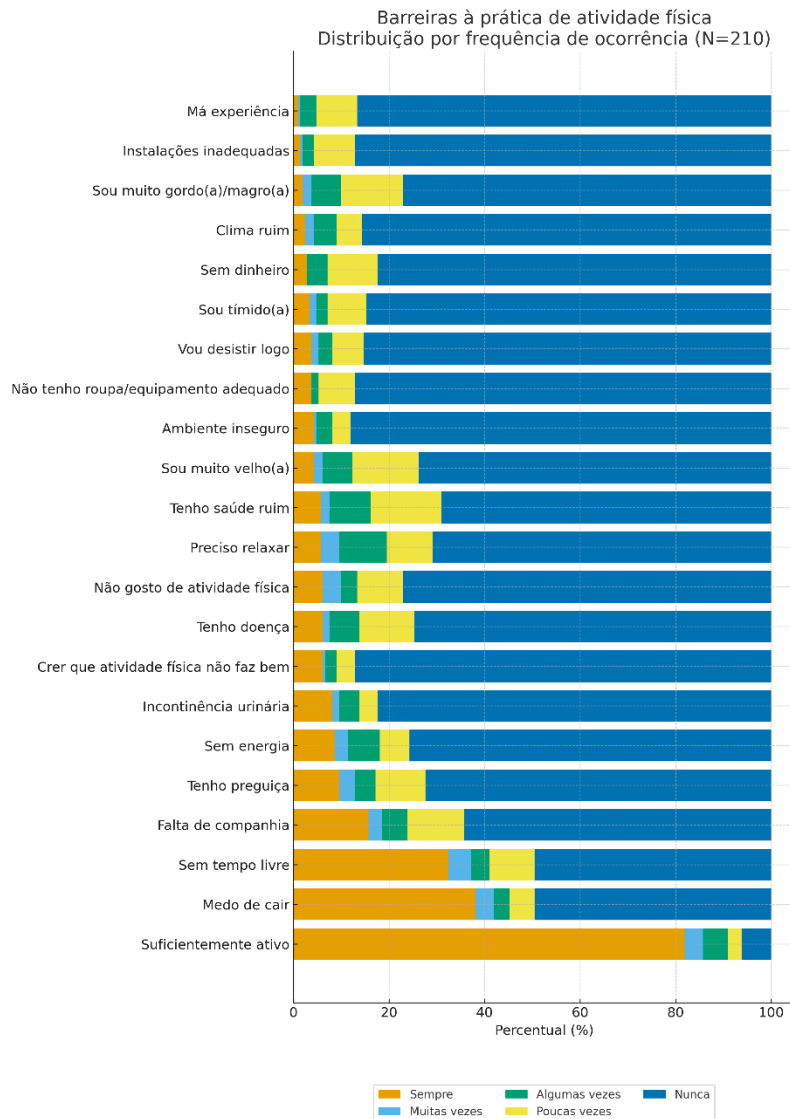
*Associação significativa – $p < 0,05$: Teste de Qui-quadrado.

Fonte: elaborado pelas autoras (2025)

A Figura 3 apresenta um gráfico de barras empilhadas que, para cada barreira investigada, exibe a distribuição percentual das respostas “sempre”, “muitas vezes”, “algumas vezes”, “poucas vezes” e “nunca”. Observa-se predomínio da categoria “nunca” na maioria dos itens, o que indica baixa frequência global de obstáculos. Ainda assim, destacaram-se como barreiras mais incidentes a autopercepção de já ser suficientemente ativo (81,9% em “sempre”), o medo de cair (38,2% em “sempre”) e a falta de tempo livre (32,4% em “sempre”). Em contraste, barreiras de natureza

ambiental e estrutural, como ambiente inseguro, instalações inadequadas e a crença de que a atividade física não faz bem, concentram altas proporções em “nunca”, sugerindo menor relevância no contexto estudado. O ordenamento das barras pela frequência de “sempre” facilita a identificação imediata das barreiras mais prevalentes.

Figura 3- Barreiras à atividade física entre idosos



Fonte: elaborado pelas autoras (2025)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados indicam que, embora a frequência autorreferida de quedas nesta amostra não tenha sido elevada, trata-se de um evento com reconhecido impacto na morbidade, nos custos e na qualidade de vida de pessoas idosas, o que mantém sua relevância como problema de saúde pública e demanda vigilância contínua no território (Who, 2007; Costa *et al.*, 2020; Who, 2021).

O perfil encontrado, com multimorbidade cardiometabólica e barreiras predominantemente psicossociais e organizacionais, reforça a necessidade de integrar manejo clínico, educação em saúde e estratégias de reabilitação e promoção da atividade física na Atenção Primária à Saúde, de forma articulada às diretrizes nacionais e às linhas de cuidado para condições crônicas (Brasil, 2008; Brasil, 2013).

Contudo, é importante reconhecer as limitações deste estudo, as quais impõem cautela à generalização: delineamento transversal que não permite inferir causalidade, informações de autorrelato sujeitas a vieses de memória e percepção, amostra local recrutada em grupos Hiperdia e período curto de coleta, além da ausência de medidas objetivas complementares de desempenho físico. Ainda assim, os resultados dialogam com a literatura que demonstra a efetividade de exercícios multicomponentes na redução do risco de quedas e na melhora de força, equilíbrio e mobilidade, bem como com evidências nacionais e internacionais acerca de barreiras e facilitadores da adoção de atividade física em idosos (Rech *et al.*, 2018; Sherrington *et al.*, 2019; Socoloski *et al.*, 2021; Dourado Júnior *et al.*, 2022; Silva, 2023).

Do ponto de vista programático, compreender barreiras como dor, preferência por não praticar atividade física sem companhia, desmotivação e falta de tempo permite à APS planejar ações factíveis e custo-efetivas, incluindo educação em saúde contínua, aconselhamento breve e apoio ao autocuidado, oferta de práticas coletivas supervisionadas com foco em força e equilíbrio, organização de horários compatíveis com a rotina dos usuários, estímulo a pares de caminhada e atividades em grupo, engajamento familiar e avaliação do ambiente domiciliar, articuladas à revisão medicamentosa e ao acompanhamento

multiprofissional (Brasil, 2002; Brasil, 2008; Brasil, 2013; Who, 2021). Em síntese, a integração entre cuidado clínico, estratégias educativas e programas coletivos de exercícios, ancorada na realidade territorial e nas redes de atenção, tende a reduzir barreiras, ampliar a participação de idosos em atividade física e contribuir para a prevenção de quedas e a preservação da funcionalidade, em consonância com as melhores evidências disponíveis e com as políticas públicas vigentes (Rech *et al.*, 2018; Sherrington *et al.*, 2019; Socoloski *et al.*, 2021; Dourado Júnior *et al.*, 2022; Silva, 2023).

Investir em promoção da saúde na APS não é apenas desejável, é uma estratégia de alto valor para o cuidado do idoso. Ao priorizar ações continuadas e de baixo custo, como educação em saúde, programas coletivos e supervisionados de exercícios multicomponentes, manejo do medo de cair, revisão medicamentosa, visitas domiciliares e pequenas adaptações ambientais, a rede previne eventos evitáveis, reduz internações, encurta tempos de permanência, preserva a funcionalidade e mantém as pessoas ativas no território. O retorno é clínico, social e econômico, traduzindo-se em menos fraturas e internações, maior autonomia e participação comunitária, uso mais racional de recursos e alívio para famílias e serviços. Em vez de responder apenas às consequências, a Atenção Primária antecipa riscos e transforma trajetórias, convertendo cuidados cotidianos em resultados duradouros. Cada ação preventiva custa pouco e evita muito e, quando alinhada a práticas integradoras e multiprofissionais, torna-se um investimento seguro, sustentável e insubstituível para um envelhecimento com qualidade e para a sustentabilidade do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BULL, Fiona C.; AL-ANSARI, Salih S.; BIDDLE, Stuart; BORODULIN, Katja; BUMAN, Matthew P.; CARDON, Greet; CARTY, Catherine; CHAPUT, Jean-Philippe; CHASTIN, Sebastien; CHOU, Roger; DEMPSEY, Paddy C.; DIPIETRO, Loretta; EKELUND, Ulf; FIRTH, Joseph; FRIEDENREICH, Christine M.; GARCIA, Leandro; GICHU, Muthoni; JAGO, Russell; KATZMARZYK, Peter T.; LAMBERT, Estelle; LEITZMANN, Michael; MILTON, Karen; ORTEGA, Francisco B.; RANASINGHE, Chathuranga; STAMATAKIS, Emmanuel; TIEDEMANN, Anne; TROIANO, Richard P.; VAN DER PLOEG, Hidde P.; WARI, Vicky; WILLUMSEN, Juana F. Diretrizes da Organização Mundial da Saúde de 2020 sobre atividade física e comportamento sedentário. *British Journal of Sports Medicine*, v. 54, n. 24, p. 1451–1462, 2020.

CHRISTOFOLETTI, Marina; STREIT, Inês Amanda; GARCIA, Leandro Martin Totaro; MENDONÇA, Gerefson; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; PAPINI, Camila Bosquiero; BORGES, Lucélia Justino; BINOTTO, Maria Angélica; SILVA-JÚNIOR, Fernando Lopes e. *Barreiras e facilitadores para a prática de atividade física em diferentes domínios no Brasil: uma revisão sistemática*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 9, p. 3487–3502, 2022.

DA SILVA, Amanda Santos; MELO, João Carlos do Nascimento; PEREIRA, Zainovan Serrão; SANTOS, Jullyane Caldas dos; SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos; ARAÚJO, Raphael Henrique de Oliveira; SAMPAIO, Ricardo Aurélio Carvalho. *Correlates of Physical Activity in Brazilian Older Adults: The National Health Survey 2019*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 3, p. 2463, 2023.

FERNANDES, M. E.; COSTA, R. A feminilização do envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *EcoDebate: Cidadania & Meio Ambiente*, 14 jun. 2023.

FERREIRA, AHG; BARROSO, SM; ANDRADE, VS; MIDGETT, AH; CARVALHO, RGN Suporte social e adesão de idosos a práticas corporais. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, 2021.

FONSECA, Gabriela de Souza; SILVA, Hugo Augusto Gonsalves da; SANTOS, Mariana de Oliveira; PEREIRA, Pedro Fiche; SOARES, Betânia Maria; SAMPAIO, Walkyria Neyde de Oliveira; ALVES, Luisa Carvalho; DORNELAS, Adriana Suellen Pereira. O perfil funcional e risco de quedas em idosos hipertensos associados à polifarmácia. *Revista Conexão Ciência*, Itaúna, v. 20, n. 3, p. 87–103, 2025.

O GLOBO. Censo 2022 mostra um Brasil mais envelhecido e feminino: população com 65 anos ou mais cresceu 57,4%. Rio de Janeiro, 27 out. 2023.

Sherrington, C.; Fairhall, N.; Wallbank, G. K.; Tiedemann, A.; Michaleff, Z. A.; Howard, K.; Clemson, L. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019.

SILVA, Kalil Janvion Bezerra. Barreiras percebidas à prática de atividade física e sua relação com fatores sociodemográficos, ambientais e comportamentais em idosos. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

SIMPAP

Simpósio de Pesquisa, Extensão e Inovação do Paraná

Realização



Núcleo de
Empreendedorismo,
Pesquisa e Extensão
Integrado

Apoio



FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA
Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

SILVA, T. M.; OLIVEIRA, F. C.; ALMEIDA, R. S. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos hipertensos atendidos na atenção primária à saúde de Diamantina (MG). *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2023.

SOCOLÓSKI, Thiago da Silva; RECH, Cassiano Ricardo; CORRÊA JÚNIOR, Jaime Alves; LOPES, Rodrigo Meireles; HINO, Adriano Akira Ferreira; GUERRA, Paulo Henrique. Barreiras para a prática de atividade física em idosos: revisão de escopo de estudos brasileiros. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 26, e0208, 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life course***. Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***WHO global report on falls prevention in older age***. Geneva: World Health Organization, 2007.