



Adesão e aderência a um programa de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/AIDS

Adherence to a physical exercise program in people living with HIV/AIDS

AUTORES

João Batista de Oliveira Junior¹
Débora Alves Guariglia²
Mathias Roberto Loch³

1 Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

2 Universidade Estadual do Norte do Paraná, Paraná, Brasil.

3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil.

CONTATO

Mathias Roberto Loch
mathiasuel@hotmail.com

Departamento de Educação Física – Centro de Educação Física e Esporte
Universidade Estadual de Londrina
Rod. Celso Garcia Cid PR 445, Campus
Universitário, Londrina, Paraná, Brasil.
CEP: 86051-980.

DOI

10.12820/rbafs.v.22n6p568-75



Copyright: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License®, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar barreiras percebidas à prática de atividade física antes e após participarem de um programa de exercícios físicos (EF), bem como aspectos ligados à adesão e a aderência à este programa, em pessoas vivendo com HIV/aids, especificamente: motivos referidos para faltas as sessões, número de desistências ao longo do programa, continuidade de prática após seis meses ao término do programa e motivos para eventuais não continuidades. Dezenove sujeitos participaram de 14 semanas de um programa de EF. Foram coletadas informações sobre barreiras percebidas para a prática de atividade física, os motivos de faltas ou desistência e a continuidade após seis meses ao término do programa. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, o teste de McNemar para verificar as diferenças nas frequências de cada barreira, e de Wilcoxon para comparar o número médio de barreiras no momento pré e pós programa. A média de assiduidade às sessões foi de 58,5% e os principais motivos relatados para as faltas foram “problemas de saúde” e “compromissos pessoais”. Cerca de 40% das pessoas que iniciaram o programa não chegaram até o final do mesmo. A maior parte das desistências aconteceu entre a 11ª e a 20ª sessão. Não houve diferenças significativas nas barreiras referidas pré e pós programa, nem no número médio de barreiras. Somente 21% dos sujeitos referiram estar praticando EF após seis meses. Programas de EF devem considerar estes achados e buscar elaborar ações mais sustentáveis e de maior impacto a longo prazo na saúde dos sujeitos.

Palavras-chave: Atividade motora; Síndrome de imunodeficiência adquirida; Estilo de vida.

ABSTRACT

The objective of the study was to evaluate, in people living with HIV/AIDS, perceived barriers to physical activity practice before and after participating in a physical exercise (PE) program, as well as aspects related to adherence to the program, specifically: reasons given for absence from sessions, number of withdrawals during the program, continuity of practice six months after the end of the program, and reasons for eventual non-continuity. Nineteen subjects participated in a 14-week PE program. Information was collected on perceived barriers to physical activity, reasons for absences or withdrawal, and continuity six months after the end of the program. Descriptive statistics were used for analysis of the data, the Mc Nemar test to verify the differences in the frequencies of each barrier, and the Wilcoxon test to compare the mean number of barriers pre- and post-program. The average at tendance at the sessions was 58.5% and the main reasons reported for absences were “health problems” and “personal commitments”. About 40% of the people who started the program did not continue to the end of the program. The majority of dropouts occurred between the 11th and 20th sessions. There were no significant differences in the pre- and post- barriers reported, or in the mean number of barriers. Only 21% of the subjects reported practicing PE six months after the program. PE programs should consider these findings and seek to develop more sustainable actions with a greater long-term impact on the health of the subjects.

Keywords: Motor Activity; Acquired immunodeficiency syndrome; Life style.

Introdução

Desde 1980 até o final de 2016, foram notificados no país 842.710 casos de aids. O Brasil, anualmente apresenta uma média de 41,1 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos¹. Apesar da introdução da terapia antirretroviral (TARV) diminuir o risco de transmissão ter aumentado a expectativa de vida dessas pessoas²,

ela ocasiona efeitos indesejáveis, como redistribuição da gordura corporal e alterações no perfil lipídico^{3,4}. Nesse sentido, a partir da introdução da TARV, ocorreu uma redução da mortalidade e a aids passou a ser considerada uma doença crônica, necessitando de recursos coadjuvantes para melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com esse problema. Tem sido indicado

no protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para essa população uma alimentação saudável e a prática regular de exercício físico (EF)^{3,5,6}.

Com isso, o EF vem sendo recomendado como recurso auxiliar no tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids, principalmente para aquelas que fazem uso da TARV, por potencialmente trazer melhoras da capacidade cardiorrespiratória, na força muscular, composição corporal e do estado psicológico^{7,8}.

Apesar de bem estabelecido na literatura os benefícios do exercício físico e sua importância para saúde física, mental e social em pessoas vivendo com HIV/aids, diferentes investigações relatam a baixa adesão dos mesmos para a prática do exercício^{9,10}. Baixos níveis de atividade física (AF) têm sido identificados nessa população^{9,10}, além de taxas de abandono a estudos que oferecem programas de exercício acima de 30%^{11,12}.

Nesse sentido, trabalho recente, realizado na África do Sul, demonstrou informações importantes sobre barreiras para a prática da atividade física e verificou que fatores como falta de energia, queixas psicológicas, níveis de estresse, responsabilidade familiar, condições meteorológicas adversas, a violência doméstica, criminalidade e local de trabalho eram barreiras presentes naquele grupo¹³. No Brasil¹⁴ algumas barreiras já foram identificadas nessa população, sendo as principais: preguiça ou cansaço, falta de companhia, possuir lesão ou doença, falta de dinheiro e medo de se machucar. No entanto, informações sobre a adesão – ato de se dar início a uma prática de atividade física –, e aderência – manutenção/permanência da prática, a programas de exercício, bem como fatores relacionados a sua continuidade não foram localizados nessa população.

Nesse sentido, buscar uma melhor compreensão dos motivos relacionados à adesão e aderência à prática de EF em pessoas vivendo com HIV/aids pode ser tão importante quanto avaliar os efeitos de diferentes programas de exercício nos indicadores de saúde destas pessoas. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar, em pessoas vivendo com HIV/aids, barreiras percebidas à prática de atividade física antes e após participarem de um programa de exercícios físicos, bem como aspectos ligados à adesão e a aderência à este programa, especificamente: motivos referidos para faltas às sessões, número de desistências ao longo do programa, continuidade de prática de atividade física após seis meses do término do programa e motivos para eventuais não continuidades.

Métodos

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado

“Efeito de um programa de exercício físico na composição corporal, sistema imune e respostas hemodinâmicas de pessoas vivendo com HIV/aids: Um ensaio clínico aleatório” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 024561/2014). A pesquisa foi realizada no Centro de Educação Física e Esporte (CEFE), da Universidade Estadual de Londrina (UEL) localizada na cidade de Londrina – PR/Brasil.

O presente estudo foi do tipo descritivo, com delineamento longitudinal. Os participantes selecionados atendiam aos critérios de inclusão: 1) ser diagnosticado com HIV a pelo menos 1 ano; 2) ter entre 18 e 60 anos; 3) fazer uso regular da terapia antirretroviral; 4) ter condições motoras para realizar o treinamento. A divulgação do projeto foi realizada em hospitais e centros de saúde especializados para o atendimento de pessoas que vivem com HIV/aids através de panfletos, esclarecimento pelos funcionários, e pelos pesquisadores que visitavam esses locais e explicavam sobre o projeto diretamente às pessoas que se encontravam nas salas de espera.

Londrina, no período do projeto, apresentava mais de 2.000 casos de aids detectados. Para o presente estudo 200 pacientes se voluntariaram, dentre estes, 58 eram elegíveis para um projeto maior (que teve início em janeiro de 2014 e que envolvia outras análises). Em junho de 2014, 19 pessoas vivendo com HIV/aids (14 mulheres e 5 homens) com idade média de 45,7 (DP= 7,7 anos), tempo diagnóstico médio de 10,6 anos (DP= 3,1 anos), usuários da terapia (média de 10,2 anos de terapia, DP= 2,7) se voluntariaram a participar de uma nova etapa da pesquisa, que foi considerada no presente estudo. Não houve cálculo do tamanho da amostra, sendo o estudo limitado à quantidade de voluntários interessados e com possibilidade de comparecerem às sessões do programa.

Etapas da coleta de dados e instrumentos

Os dados foram coletados em quatro etapas:

- **Etapa 1: no início do programa de EF (agosto de 2014)**

Na primeira sessão, foi aplicado, por dois pesquisadores previamente treinados, o questionário que incluiu questões a respeito de características sociodemográficas, condições de saúde, prática de atividade física, autoeficácia para a prática de exercícios físicos, percepção sobre a prioridade que teria o programa na vida do sujeito naquele momento e barreiras percebidas para a prática de atividade física.

Especificamente com relação as barreiras, utilizou-se o instrumento desenvolvido por Reichert¹⁵ composto por 11 questões as quais são respondidas sim ou não a cada uma das barreiras apresentadas, como por exemplo: “O(a) Sr(a) se sente velho(a) demais para fazer atividade física?”. As perguntas envolviam barreiras como a apresentada, além de fatores como lesão ou doença, gostar de praticar atividades físicas, sentir preguiça ou cansaço, falta de dinheiro, medo de se machucar, falta de companhia, tempo livre, preocupação com aparência, falta de incentivo da família, jornada de trabalho extensa e compromissos familiares. Também foi incluída uma questão sobre preconceito como barreira, conforme adaptação realizada por Ribeiro et al¹⁴, aplicado no início e no final do programa de exercícios.

A autoeficácia, entendida como a capacidade percebida de uma pessoa adotar ou alterar um comportamento, no caso participar do programa de treinamento, foi avaliada pela seguinte questão, elaborada pelos próprios pesquisadores: “O quanto o(a) Sr(a) se sente capaz de participar frequentemente do treinamento?” Sendo possíveis as seguintes respostas: Muito capaz, capaz, moderadamente capaz, pouco capaz e muito pouco capaz. A prioridade dada à participação no programa foi avaliada pela pergunta: “O quão prioritário vai ser a participação no programa de exercício físico na sua vida durante o semestre?” Cada participante deveria escolher um ponto em uma escala de 0 (nenhuma prioridade) a 10 (muita prioridade).

- **Etapa 2: durante o programa de EF (agosto a novembro de 2014)**

Em todas as sessões foi controlada a assiduidade dos participantes por um dos profissionais responsáveis pela orientação do programa, por meio de uma ficha de presença que o mesmo preenchia diariamente. Quando ocorria uma falta, era perguntado na sessão seguinte, ao participante que havia faltado, o motivo da falta da sessão anterior. Caso houvessem duas faltas consecutivas, entrava-se em contato com o participante faltoso para perguntar o motivo das faltas. Os motivos relatados foram transcritos e posteriormente categorizados, conforme proximidade de significado. Assim, por exemplo, motivos como dores de cabeça, dente, joelho e costas e mal-estar foram considerados “Problemas de Saúde”. “Compromissos Pessoais” incluiu aspectos como: necessidade de participação de reuniões, viagens, necessidade de cuidar dos filhos/netos. Outras categorias criadas foram: “Preguiça ou Cansaço”, “Imprevistos” (perder horário de ônibus; chuva), “Distância” e “Falta de Tempo”.

- **Etapa 3: ao final do programa de EF (novembro de 2014)**

Ao final das 40 sessões foi aplicado novamente o questionário de barreiras pessoais percebidas para atividade física.

- **Etapa 4: seis meses após o final do programa de EF (maio de 2015)**

Após seis meses do término do programa de EF, entrou-se em contato com os participantes por telefone, e foi realizado o questionamento sobre a continuidade ou não da prática de exercícios físicos e/ou atividades físicas, a partir da seguinte pergunta: “Após o término do programa, o(a) Sr(a) continuou fazendo algum tipo de exercício físico? Quando o sujeito respondia de maneira positiva, foram levantadas informações sobre qual atividade estava sendo praticada, sua frequência semanal e o volume da atividade. Quando a resposta era negativa, eram questionados os motivos para a não continuidade. As respostas foram transcritas e também foram categorizadas, conforme proximidade de significado.

Programa de exercício físico

O programa aconteceu durante três meses e era composto por três sessões semanais de exercícios combinados (aeróbico e treinamento de força), totalizando 40 sessões. Os treinamentos ocorreram em dois períodos (matutino e noturno), tendo os participantes livre escolha sobre qual horário iriam participar. Para o treinamento aeróbico os participantes realizavam 20 minutos de esteira em uma intensidade percebida como moderada, avaliada pela escala de Borg. Para o treinamento com pesos os indivíduos realizaram 8 exercícios envolvendo todos os grupos musculares. A intensidade era determinada por faixas máximas de 8-12 repetições. As sessões de treinamento aeróbico e resistido eram realizadas sequencialmente e duravam em torno de 1h.

Análise de dados

Os dados foram apresentados de forma descritiva em frequência absoluta e relativa e média e desvio padrão. Para verificar eventuais diferenças nas frequências de cada barreira, bem como no número médio de barreiras pré e pós programa de exercícios físicos, utilizou-se o teste de Wilcoxon adotando-se nível de confiança de 95%.

Resultados

Na tabela 1 são apresentadas as principais características descritivas dos sujeitos investigados. Participaram do estudo 19 pessoas (14 mulheres) com HIV/aids (idade média igual a 45,7; DP= 7,7 anos). A maioria

dos participantes eram casada (52,6%), não tinha ensino médio completo (63,2%), usava ônibus para chegar até o programa (89,5%), levava no mínimo 45 minutos para chegar (68,5%), referiu seu estado de saúde como ótimo ou bom (89,5%). A doença autorreferida mais prevalente foi a hipertensão (21,1%), a maior parte se sentia muito capaz para a realização do programa de treinamento (58%) e mencionou que daria maior prioridade (valor 10) ao programa naquele semestre (63%).

A tabela 2 mostra as barreiras percebidas para a prática de atividade física antes e após o programa de exercícios. Não se observaram diferenças significativas na frequência de nenhuma barreira comparando-se o antes e o após o programa.

Comparando-se o número de barreiras percebidas antes e após, observou-se que antes do programa a média foi de 2,16 barreiras por pessoa (DP= 1,26) e após foi de 1,47 barreiras por pessoa (DP= 1,31), sendo esta diferença não significativa ($p= 0,088$). (Figura 1). Em relação à mudança no número de barreiras antes e após o programa em cada pessoa, observou-se que 21,1% dos sujeitos aumentaram o número de barreiras percebidas, 36,8% permaneceram com o mesmo número, enquanto 42,1% diminuíram (dados não apresentados em tabela ou figura).

Na figura 2, são apresentadas em termos percentuais a quantidade de pessoas envolvidas no programa ao longo das sessões, e suas desistências. Observa-se que a maior parte das desistências ocorreram na primeira metade do projeto (até a 20ª sessão).

A tabela 3 mostra os motivos referidos para as faltas durante o programa. Os motivos foram categorizados para facilitar a apresentação dos dados e a maior prevalência foi entre os “problemas de saúde” (84,2%), “compromissos pessoais” (73,7%) e “preguiça ou cansaço” (42,1%).

A assiduidade média das pessoas investigadas às sessões de treinamento foi de 58,5% (DP= 29,7). Apenas 36,8% das pessoas apresentaram mais de 75% de frequência às sessões (dados não apresentados em tabelas). Além disso, o programa terminou com 62% dos ingressantes iniciais. A maior parte das desistências aconteceu entre a 11ª e 20ª sessão de treinamento (figura 3).

Em relação a continuidade, seis meses após o término do programa, apenas 21% dos sujeitos referiram continuar praticando (dados não apresentados em tabelas), dentre as justificativas as mais prevalentes foram “falta de tempo” (43%), seguida por “falta de incentivo” (25%) e “preguiça” ou “falta de companhia” (18%).

Das pessoas que referiram o mais alto nível de autoeficácia no início do programa, 72,7% (n= 8) partici-

Tabela 1 – Características Descritivas, de saúde, autoeficácia e prioridade atribuída ao programa de exercícios físicos, em Londrina/Paraná, ano 2014 e n= 29.

Variáveis	n	%
Sexo		
Mulheres	14	73,7
Homens	5	26,3
Faixa etária		
29 – 39	4	21,1
40 – 49	8	42,1
50 – 60	7	36,8
Estado Civil		
Solteiro	4	21,1
Casado	10	52,6
Separado	1	5,3
Viúvo	4	21,1
Escolaridade		
Analfabeto	1	5,3
Fundamental incompleto	6	31,6
Fundamental completo	3	15,8
Médio incompleto	2	10,5
Médio completo	5	26,3
Ensino superior completo	2	10,5
Forma de deslocamento até o programa		
Carro	1	5,3
Moto	1	5,3
Ônibus	17	89,5
Tempo de deslocamento (minutos)		
4 – 40	6	31,5
45 – 100	13	68,5
Autopercepção de saúde		
Ótimo	9	47,4
Bom	8	42,1
Regular	2	10,5
Ruim/muito ruim	0	0
Outras doenças autorreferidas		
Hipertensão	4	21,1
Tuberculose	3	15,8
Insuficiência cardíaca	1	5,3
Diabetes mellitus	2	10,5
Hepatite	1	5,3
Autoeficácia para prática de exercício físico		
Muito capaz	11	58
Capaz	7	37
Regularmente capaz	1	5
Pouco capaz ou muito incapaz	0	0
Nível de prioridade ao programa*		
10 (máxima prioridade)	12	63
9	2	10,5
8	5	26,5

*Não foram registradas respostas de 0 (nenhuma prioridade) a 7.

param de todo o programa. Entre os com menor nível de autoeficácia, este percentual foi de 50%. Observou-se

Tabela 2 – Barreiras percebidas para a prática de atividade física antes e após o programa de exercícios físicos, em Londrina, Paraná, ano 2014 e n= 29.

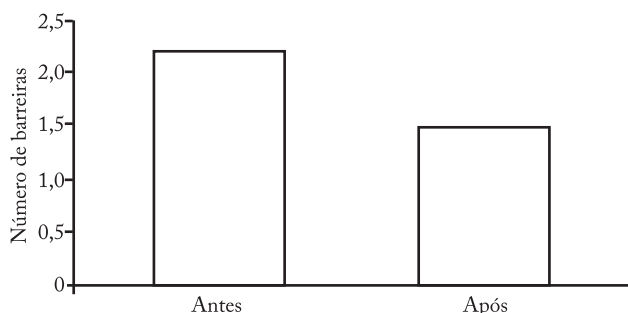
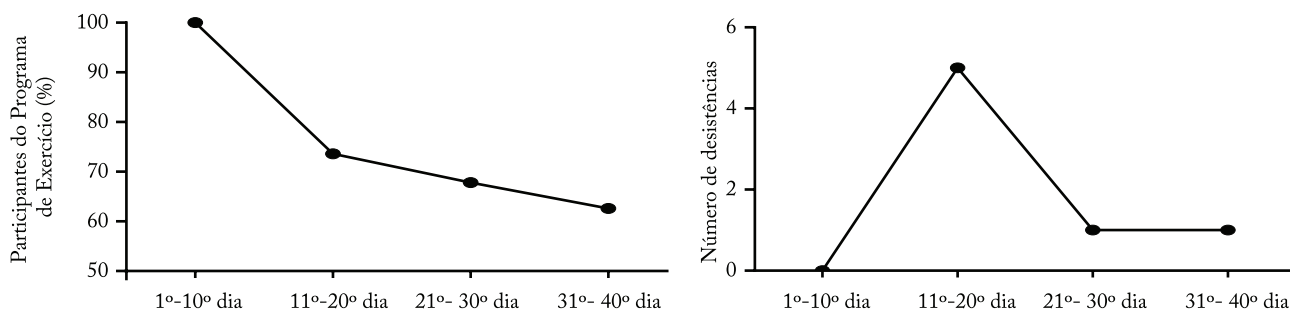
Barreiras	Antes (%)	Após (%)	Valor de p*
Falta de Dinheiro	57,9	42,1	0,250
Falta de Companhia	31,6	10,5	0,219
Medo de se machucar	26,3	15,8	0,625
Preguiça ou Cansaço	21,1	15,8	1,00
Incentivo da Família	21,1	5,3	0,250
Preconceito	15,8	10,5	1,00
Sentir Velho	15,8	0	-
Falta de Tempo	10,5	26,3	0,375
Possuir Lesão ou Doença	10,5	26,3	0,375
Não gostar de praticar atividade física	10,5	0	-

*Teste de McNemar.

Tabela 3 – Motivos referidos para as faltas as sessões do programa de exercícios físicos, em Londrina, Paraná, ano 2014 e n= 29.

Motivos	n	%
Problemas de saúde*	16	84,2
Compromissos pessoais**	14	73,7
Preguiça ou cansaço	8	42,1
Imprevistos***	5	26,3
Distância	3	15,8
Falta de tempo	1	5,3

*Dores de cabeça, dente, joelho e costas; mal-estar; cirurgias, **Reuniões; viagens, cuidar dos filhos, ***Perder horário do transporte e condições climáticas ruins.

**Figura 1** – Número médio de barreiras por pessoa antes e após o programa de exercício físico. Valor de p pelo teste de Wilcoxon= 0,088. Londrina, Paraná, ano 2014, n= 29.**Figura 2** – Dados sobre o % de pessoas envolvidas no programa e número de desistências ao longo das sessões, Londrina, Paraná, ano 2014, n= 29.

também que as pessoas que tinham maior prioridade ao programa deram maior continuidade ao mesmo. Dentre as que referiram prioridade máxima (10 em uma escala de 0 a 10) 66,7% (n= 8) participaram até o final do programa. Os dois sujeitos que atribuíram prioridade 9, foram até o final do programa e entre aqueles que atribuíram 8, esta proporção foi de 40%(n= 3).

Os motivos mais mencionados para o abandono da prática de exercícios físicos após seis meses do término do programa foram: “falta de tempo” (36,8%), “sentir cansaço e/ou preguiça” (26,3%), “falta de incentivo” (15,8%), “falta de companhia” (15,8%) e “possuir alguma doença ou lesão” (15,8%) (dados não apresentados em tabelas).

Discussão

Foi identificada uma alta frequência de barreiras percebidas para a prática de atividade física nas pessoas vivendo com HIV/aids investigadas. As barreiras mais citadas foram “falta de dinheiro” “falta de companhia” e “medo de se machucar”, fatores esses encontrados de forma semelhante na população em geral, como os dados observados em adultos acima de 20 anos de idade por Reichert et al.¹⁶ e Sebastiao¹⁷. Parece que os sujeitos investigados referem barreiras semelhantes para a prática de atividade física com a população em geral. Entretanto, há de se considerar que a amostra deste estudo não é representativa da população de pessoas vivendo com HIV/aids, uma vez que é uma amostra constituída por pessoas voluntárias que tinham algum interesse e disponibilidade para começarem um programa de exercícios físicos.

Por outro lado, os resultados com relação as barreiras percebidas são semelhantes ao trabalho de Ribeiro et al.¹⁴ que entrevistou 35 sujeitos com HIV/aids que apresentavam baixa prevalência de prática de atividade física no lazer e percebiam barreiras como “preguiça ou cansaço”, “falta de companhia”, “possuir lesão ou doença”, “falta de dinheiro” e “medo de se machucar”. Observa-se diferenças na frequência das barreiras “preguiça ou cansaço e possuir lesão ou doença” do estudo

de Ribeiro et al.¹⁴. Vale destacar que o estudo citado incluiu pessoas que não necessariamente estavam entrando em um programa de exercícios físicos.

Consideráveis índices de desistência nos estudos são observados na literatura com a população de pessoas vivendo com HIV em estudos com programas de exercício físico^{11,12}. Em geral os trabalhos consideram abandono quando os sujeitos que não completarem pelo menos 75% das sessões. No presente estudo a taxa de abandono foi de 36,8%, valor esse que se encontra próximo as taxas dos estudos conduzidos por Pedro et al.¹² (33%) e Driscoll et al.¹¹, (32%). No entanto informações sobre assiduidade não foram localizadas, pois em geral os trabalhos excluem os sujeitos com baixa assiduidade, sem mencionar maiores informações sobre esta questão. O presente estudo mostrou uma baixa assiduidade ao programa pelos participantes, tendo em vista que a média de frequência foi de 58,5% e que apenas 36,8% dos participantes apresentaram mais de 75% de frequência às sessões.

Os motivos comumente relatados para as faltas ou desistências foram “problemas de saúde”, “compromissos pessoais”, “preguiça ou cansaço” e “falta de tempo” que se aproximam dos resultados de uma pesquisa realizada na África do Sul¹³. Acredita-se também que a baixa adesão a esse programa pode ser associada ao fato da maioria dos participantes (68,5%) demorarem de 45 a 100 minutos para chegarem ao local do programa, deslocando-se de ônibus.

Um achado interessante é que a barreira “preguiça ou cansaço” não esteve entre as mais prevalentes em nenhum dos momentos do estudo (inicial ou final), porém foi um dos motivos mais relatados para justificar as faltas as sessões. Essa barreira já era esperada, visto que em alguns estudos populacionais apresenta-se como uma das mais prevalentes na população¹⁶ e fatores ligados ao HIV/aids podem agravar essa barreira, inclusive em função dos efeitos colaterais da TARV, que muitas vezes levam a toxicidade mitocondrial, tendo uma baixa na produção de energia, toxicidade mitocondrial e aumento na produção de lactato¹⁸⁻²⁰.

Vale mencionar que a quantidade média de barreiras percebidas não diminuiu significativamente após a intervenção. No entanto, há de se considerar o tamanho pequeno da amostra, o que diminui o poder estatístico das análises. Assim, não se pode limitar a análise ao valor da significância e há de se destacar os valores numéricos. As barreiras “falta de companhia” e “medo de se machucar” estavam entre as mais prevalentes no início do programa, porém, ao final estas não apare-

ceram como as mais citadas, sendo ultrapassadas por “possuir alguma doença ou lesão que atrapalhe a prática” e “falta de tempo”.

Importante ressaltar que a barreira “falta de companhia” foi uma das mais prevalentes no estudo de Ribeiro et al.¹⁴, enquanto no presente estudo tal barreira apresentou uma diminuição numérica na frequência quando comparada ao início (31,6%) e final (10,5%) do programa de exercícios físicos. A hipótese levantada é que o programa era conduzido em grupos, e isso pode ter sido um facilitador para a prática, visto que ao treinar com mais pessoas aumenta-se os vínculos, e aparentemente diminui-se a necessidade de levar companhia ao seu treinamento, visto que os próprios membros do programa terão esse papel. Outro fator importante que deve ser considerado para essa população é o sigilo. Sem dúvida isso deve ser pensado na elaboração de programas. O presente programa ofereceu atividade física para diferentes populações, não caracterizando o programa para PVHA, mesmo sendo esse o principal objetivo.

Além disso, a continuidade da prática após o término do programa é um dos achados mais importantes do presente estudo. Apenas 21% das pessoas relataram estar praticando algum tipo de exercício físico após seis meses de término do programa, e os motivos referidos mais prevalentes para a interrupção da prática foram “falta de tempo” e “cansaço e/ou preguiça”. A barreira “preguiça ou cansaço” foi relatada somente para justificar as faltas as sessões a não continuidade da prática após seis meses de término do programa. Novamente essa barreira ganha destaque, como já discutido na assiduidade, sendo uma barreira prevalente na população em geral. Porém, acredita-se que a mesma pode se agravar dependendo da condição de saúde do paciente com HIV.

A baixa continuidade na prática sugere que programas de intervenção podem não ser eficazes para mudança nos hábitos dos participantes após seu término e que medidas para estimular a prática do exercício físico nessa população devem ser repensadas para combater o quadro de inatividade física existente. Greco²¹ destaca que o enfrentamento da aids deve incluir ações amplas, como a ampliação do acesso à educação, a inclusão do tema educação sexual no contexto educacional, o enfrentamento do conservadorismo e de toda a violência e discriminação contra pessoas em risco ou vivendo com HIV/aids. Faz-se necessário ponderar que a questão da adesão e aderência aos tratamentos de saúde, sejam eles medicamentosos ou não, é complexa e que, em geral, é elevado o número de pessoas não aderentes²¹.

O programa oferecido nesse projeto proporcionou melhorias na composição corporal²², na citocinas circulantes²³ e na atividade autonômica, como a variabilidade da frequência cardíaca entre os participantes¹¹, o que mostra a grande importância de programas como esse de serem oferecidos a essa população. No entanto, não se pode esquecer uma dimensão importante que é a manutenção dessas pessoas na prática de atividade física, e nesse sentido, os dados do presente estudo podem ser importantes para o planejamento de ações futuras.

O estudo também mostrou que a continuidade após o programa foi baixa entre os indivíduos, indicando que os programas dessa natureza precisam levar em consideração as questões relativas a continuidade à prática após o término do programa, talvez enfatizando mais, ao longo da intervenção, atividades de educação em saúde para aumentar o conhecimento sobre a segurança do exercício e empoderamento dos participantes. Entende-se que dessa forma os participantes de programas de exercício dessa natureza poderão ter uma maior autonomia e poder nas decisões que afetam diretamente sua vida e inclui, no caso dos sujeitos deste estudo, a questão do tratamento do HIV/aids, ficando estas pessoas menos dependente de outras, inclusive profissionais de saúde. Além disso, os serviços públicos e privados de saúde precisam estar preparados para receber essas pessoas.

É necessário destacar que o tamanho da amostra é uma limitação importante do estudo, pois impede a utilização de análises estatísticas mais robustas. Por outro lado, este estudo tem alguns pontos positivos, entre os quais o acompanhamento dos participantes desde o início do programa até seis meses após o encerramento do mesmo, incluindo o acompanhamento das faltas e motivos das mesmas, o que é bastante raro na literatura bem como a avaliação de diferentes aspectos relativos à adesão e aderência, buscando considerar o programa de exercícios físicos para além do efeito do treinamento nos indicadores de saúde. Ambas as questões (efeitos do treinamento e aspectos relacionados à adesão e aderência ao exercício físico) devem ser consideradas quando uma intervenção é planejada). Uma outra limitação importante é a falta de dados mais específicos da doença como exames clínicos, doenças oportunistas, a composição da terapia e suas possíveis relações com a adesão ou aderência ou ainda as barreiras relatadas.

Algumas recomendações recentes para proposição de programas de exercício para essa população propostas por Li et al.²⁴ são reforçadas quando analisados os achados do presente estudo e podem ser levadas em

consideração na criação de grupos de exercício para essa população: (1) O exercício deve ser oferecido em um formato de grupo para promover a interação social entre os participantes; (2) O programa deve concentrar-se no exercício, mas pode ser complementado com sessões complementares de autogestão e/ou apoio social para aumentar a autoeficácia em relação à prática de exercícios físicos dessa população; (3) Seria importante o programa ser integrado com outras doenças crônicas ou populações em geral para preservar o diagnóstico dos participantes; (4) Oferecer uma estrutura flexível para acomodar as necessidades específicas, como os compromissos familiares, citados no presente estudo, E (5) O programa deve ser acessível financeiramente para maximizar a acessibilidade dos participantes.

Evidentemente, a tarefa não é simples e a questão da baixa adesão e aderência à prática de atividades físicas, que já se apresenta como um desafio importante na população em geral, deve ser considerada no caso das pessoas com HIV/aids, em função das especificidades desta condição. Este estudo, apresentou alguns achados importantes, entre os quais: a) os principais motivos para as faltas foram relacionados à problemas de saúde e compromissos pessoais; b) cerca de 40% das pessoas que iniciaram o programa não chegaram até o final do mesmo; c) a maior parte das desistências aconteceu entre a 11ª e a 20ª sessão; d) baixa a proporção de pessoas que apresentou pelo menos 75% de frequências às sessões; e) não modificação significativa nas barreiras percebidas para a prática de atividades físicas após o programa de treinamento; f) baixa proporção de pessoas que continuaram realizando exercícios físicos seis meses após o término do programa. Em síntese, se reforça a necessidade de que programas específicos de exercícios físicos considerem estas questões, além do impacto dos programas nos indicadores de saúde individuais dos participantes, buscando assim a elaboração de ações mais sustentáveis e com potencial maior impacto de longo prazo na saúde dos sujeitos.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Oliveira Junior JB concebeu o estudo, coletou os dados, participou da análise e redação do artigo. Guariglia DA concebeu o estudo, participou da análise e redação do artigo. Loch MR orientou todo o processo e participou da análise e redação do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Boletim epidemiológico HIV – aids, Brasília, 2016.
2. Lloyd-Smith E, Brodtkin E, Wood E, Kerr T, Tyndall MW, Montaner J, et al. Impact of HAART and injection drug use on life expectancy of two HIV-positive cohorts in British Columbia. *AIDS*. 2006;20(3):445-50.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; Brasília 2015.
4. Caron-Debarle M, Lagathu C, Boccara F, Vigouroux C, Capeau J. HIV-associated lipodystrophy: from fat injury to premature aging. *Trends Mol Med*. 2010;16(5):218–29.
5. Falco M, Castro ACO, Silveira EA. Nutritional therapy in metabolic changes in individuals with HIV/AIDS. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(4):737–46.
6. Shah M, Tierney K, Adams-Huet B, Boonyavarakul A, Jacob K, Quittner C, et al. The role of diet, exercise and smoking in dyslipidaemia in HIV-infected patients with lipodystrophy. *HIV Med*. 2005;6(4):291–8.
7. O'Brien KK, Tynan AM, Nixon SA, Glazier RH, et al. Effectiveness of aerobic exercise for adults living with HIV: systematic review and meta-analysis using the Cochrane Collaboration protocol. *BMC Infect Dis*. 2016;16(1):182.
8. Gomes-Neto M, Conceição CS, Oliveira Carvalho V, Brites C. A systematic review of the effects of different types of therapeutic exercise on physiologic and functional measurements in patients with HIV/AIDS. *Clinics*. 2013;68(8):1157–67.
9. Eidam CL, Lopes AS, Guimarães MDC, Oliveira OV. Estilo de vida de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua associação com a contagem de linfócitos t cd4+. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2006;8(3):51–7.
10. Guariglia DA, Avelar A, Cucato GG, Reichert FF, Cyrino ES. Atividade física habitual em portadores de HIV/AIDS. *Rev Educ Fis/UEM*. 2007;18(Suppl 1):S260–2.
11. Pedro RE, Guariglia DA, Okuno N, Demenice R, Peres S, Moraes SMF. Effects of 16 weeks of concurrent training on resting heart rate variability and cardiorespiratory fitness in people living with HIV/AIDS using antiretroviral therapy: A Randomized Clinical Trial. *J Strength Cond Res*. 2016;30(12):3494–3502.
12. Driscoll SD, Meininger GE, Ljungquist K, Hadigan C, Torriani M, Klibanski A, et al. Differential effects of metformin and exercise on muscle adiposity and metabolic indices in Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89(5):2171–8.
13. Roos R, Myezwa, H.; Van Aswegen, H. “Not easy at all but I am trying”: barriers and facilitators to physical activity in a South African cohort of people living with HIV participating in a home-based pedometer walking programme. *AIDS care*. 2015;27(2):235–39.
14. Ribeiro AR, Guariglia DA, Pupulin ART, Teixeira DDC, Greguol M, Cyrino ES. Barreiras pessoais para prática de atividade física percebidas por portadores de AIDS. *Rev Educ Fis/UEM*. 2013;24(1):93–101.
15. Reichert FF. Barreiras pessoais relacionadas a atividade física. In: Florindo AA, Hallal, PC. *Epidemiologia da atividade física*. São Paulo: Atheneu, 2011.
16. Reichert FF, Barros AJ, Domingues MR, Hallal PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *Am J Public Health*. 2007;97(3):515–9.
17. Sebastião E. Nível de atividade física e principais barreiras percebidas por indivíduos adultos: um levantamento no município de Rio Claro-SP. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2009.
18. Montaner J, Côté HC, Harris M, Hogg RS, Yip B, Chan JW, et al. Mitochondrial toxicity in the era of HAART: evaluating venous lactate and peripheral blood mitochondrial DNA in HIV-infected patients taking antiretroviral therapy. *JAIDS*. 2003;34(Suppl 1):S85–90.
19. Koczor C, Kohler J, Lewis W. Transgenic mouse models of mitochondrial toxicity associated with HIV/AIDS and antiretrovirals. *Methods*. 2010;51(4):399–404.
20. Dragovic G, Jevtovic D. The role of nucleoside reverse transcriptase inhibitors usage in the incidence of hyperlactatemia and lactic acidosis in HIV/AIDS patients. *Biomed Pharmacother*. 2012;66(4):308–11.
21. Greco DB. Trinta anos de enfrentamento à epidemia de Aids no Brasil, 1985–2015. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1553–64.
22. Peres SB, Guariglia DA, Pedro RE, Candido N, Melo BP, Franzoi DMS. Effects of concurrent training in People Living with HIV/aids: a randomized clinical trial. *Med Sci Sports Exerc*. 2016;48(Suppl 1):713.
23. Pedro RE, Candido N, Guariglia DA, Melo BP, Bertolini DA., Peres SB et al. Exercise improves cytokine profile in HIV-infected people: a randomized clinical trial. *Cytokine*. 2017;99:18–23.
24. Li A, McCabe T, Silverstein E, Dragan S, Salbach NM, Zobeiry M, et al. Community-based exercise in the context of HIV: factors to consider when developing and implementing community-based exercise programs for People Living with HIV. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2017;16(3):267–75.

Recebido: 20/04/2017
Aprovado: 21/09/2017

Como citar este artigo:

Oliveira Junior JB, Guariglia DA, Loch MR. Adesão e aderência a um programa de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev Bras Ati Fis Saúde*. 2017;22(6):568–75 DOI: 10.12820/rbafs.v.22n6p568-75.