



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA DO
PROGRAMA PRÓ-LICENCIATURA – POLO DE CEILÂNDIA – DF**

Creude Maria Moura da Silva

**A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS E HIPERTENSÃO
ARTERIAL.**

Brasília/ DF

Julho de 2012



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA DO
PROGRAMA PRÓ-LICENCIATURA – POLO DE CEILÂNDIA – DF**

Creude Maria Moura da Silva

**A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS E HIPERTENSÃO
ARTERIAL.**

Trabalho de conclusão de curso,
apresentado à Universidade de Brasília
como requisito parcial para obtenção
do título de licenciatura em Educação
Física.

Orientadora: Gildete Rainha de Lima

Brasília/ DF

Julho de 2012

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por iluminar meu caminho e possibilitar que eu vencesse meus obstáculos com calma, paciência e muito equilíbrio emocional, por permitir que pessoas tão especiais estivessem presentes em minha vida, me apoiando em todos os momentos dessa jornada, a mulher que mais admiro nesse mundo, minha mãe Fátima, ao homem da minha vida Sildomar e aos frutos desse amor Mariana e Jessica, que sempre seguraram minha mão nos momentos difíceis e que com carinho entenderam meus momentos de ausência, a minha irmã Ladyanne, meu irmão Maicon e ao meu pai in memória, que lá do céu me iluminou e deu-me força para prosseguir sem jamais desistir. E por todo tempo que ainda viver, perpetuarei tua memória e hei de ser fiel aos teus princípios, pois tudo que me ensinastes é fruto de todo este meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu grande e maravilhoso Deus, por ter me dado à oportunidade de estar no mundo e poder conhecer pessoas maravilhosas, conhecer e poder compartilhar o amor, a alegria a fé e a paz, por ter me amparado em todos os momentos difíceis, segurando minhas mãos nas horas de angústia e tristeza, me levando no colo nos momentos que não tinha força para prosseguir e me fazendo ver que sempre haverá uma nova manhã e um nascer do sol para iluminar nossas vidas. A minha mãe Fátima que esteve sempre ao meu lado, me apoiando e acreditando no meu sonho e ajudando a torná-lo realidade... Pelo amor e pela base familiar de toda a vida. Também agradeço á minha irmã Ladyanne, Alexandra e ao meu irmão Maicon pelo amor, confiança e por darem total assistência ás minhas filhas, nos momentos que tive que me ausentar de casa. Vocês são minha base, minha vida... Esta conquista é de todos nós, amo vocês. Agradeço ao Sildomar, meu companheiro nessa vida, quem esteve do meu lado me dando força, carinho e muita compreensão, que suportou meus altos e baixos e minha ausência sendo muito às vezes pai e mãe de nossas filhas. Obrigada por compartilhar todas as dificuldades e expectativas de mais uma etapa de nossas vidas. Sem você talvez eu não teria conseguido seguir em frente... Agradeço as minhas filhas Jessica e Mariana por existirem em minha vida, sem vocês não teria a força e a determinação que tenho para vencer todos os obstáculos da vida, por terem suportado a minha ausência, meu nervosismo, minha ansiedade em vários momentos e mesmo assim poder ver o sorriso nos seus rostinhos ao retorna para casa. Amo infinitamente vocês. Agradeço em especial, A tutora Quésia, que não foi apenas uma orientadora que me auxiliou nesta caminhada, mas também uma mão amiga nos momentos angustiantes. Agradeço também à orientadora Gildete que me ajudou no desenvolver deste trabalho, acreditando em mim e mostrando - me que a persistência, a paciência e a coragem são os principais requisitos para chegarmos aos nossos objetivos.

*Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo,
Qualquer um pode voltar agora e fazer um novo fim.*

Chico Xavier.

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	11
1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVOS GERAIS:	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	16
3. CAPÍTULO I	18
3.1 Sedentarismo e qualidade de vida	18
3.2 Atividade física	19
3.3 Medidas Antropométricas	20
3.4 Hipertensão arterial crônica	21
3.5 Consequências da Hipertensão Arterial Crônica	23
3.6 Tratamento da Hipertensão Arterial Crônica	24
3.7 Impacto do Exercício Físico na Hipertensão Arterial Crônica	24
3.8 Estratégia Saúde da Família	26
3.9 Assistência Oferecida pelo PSF ao Paciente Hipertenso	28
3.10 Profissional de Educação Física na ESF	28
4. CAPITULO II	31
4.1 Metodologia	31
4.2 Área de Estudo	33

5. CAPÍTULO III	35
5.1 Apresentação dos Dados	35
5.1.1 Questionário aplicado aos participantes do grupo para hipertensos 36	
5.1.2 Questionário aplicado aos Profissionais de Saúde	45
6. CONCLUSÃO	51
7. REFERÊNCIAS	54
8. APÊNDICE	61
8.1 APÊNDICE A – Questionário biossocial dos participantes do grupo de Hipertensos da ESF 395.	61
8.2 APÊNDICE B – Questionário aplicado aos profissionais de Saúde.	65
ANEXO 1 – Modelo do TCLE	69
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 Sexo dos Participantes da Pesquisa

Gráfico 2 Índice de Massa Corpórea

Gráfico 3 Relação Cintura Quadril

Gráfico 4 Ocupação dos Participantes da Pesquisa

Gráfico 5 Grau de Escolaridade

Gráfico 6 Hábitos de Vida

Gráfico 7 Faixa Etária

Gráfico 8 Etnia

Gráfico 9 Importância da Atividades Física

Gráfico 10 Atividade Física Ministrada por Profissional de Educação Física

Gráfico 11 Profissional de Educação Física dentro da ESF

Gráfico 12 Programa de Atividade Física dentro da ESF

Gráfico 13 Dificuldade de Implantação de um Programa de Atividade Física dentro da Estratégia da Saúde da Família

Gráfico 14 Benefícios do Programa dentro da Estratégia da Família

Gráfico 15 Ausência do Professor de Educação Física na Estratégia da Família

Tabela 01 – Classificação dos valores de IMC

Tabela 02 – Distribuição das médias das variáveis antropométricas.

Tabela 03 – Registro do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC)

LISTA DE SIGLAS

AF – Atividade Física

ARQ. BRAS.CARDIOL – Arquivo Brasileiro de Cardiologia

CC – Circunferência da Cintura

CMS – Conselho Mundial da Saúde

CONFEF – Conselho Federal de Educação Física

EF – Educação Física

ESF – Estratégia da Saúde da Família

FC – Frequência Cardíaca

IDHAB/DF – Instituto de Desenvolvimento de Habitação de Brasília

IMC – Índice de Massa Corpórea

HAS – Hipertensão Arterial Sistólica

HDL – Colesterol Bom

LDL – Colesterol Ruim

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PEC – Ponto de Encontro Comunitário

PSF – Programa Saúde da Família

RCQ – Relação Cintura Quadril

SIAB – Sistema de Informação de Assistência Básica

SUS – Sistema União de Saúde

RESUMO

A prática regular de exercício físico tem demonstrado prevenir e controlar o aumento da pressão arterial contribuindo para uma melhor qualidade de vida. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da família de forma integral e contínua. Um dos programas prioritários na ESF é o de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o qual é desenvolvido, principalmente, através de ações educativas que conscientizam os participantes sobre a doença, o tratamento, as complicações e outros temas relacionados. O objetivo do presente estudo foi conhecer e analisar o perfil do grupo de hipertensos cadastrados na área de cobertura da Equipe 395 da ESF do Recanto das Emas /DF, Caracterizar por meio de medidas antropométricas o perfil do grupo de hipertensos e a importância da prática ou não de atividades físicas acompanhados pela Equipe 395, e descrever a importância do profissional de atividade física na equipe multiprofissional de saúde. Para a construção desta pesquisa, a metodologia adotada foi um estudo de caso realizado através de questionário acerca de características biossociais e hábitos de vida, assim como a realização de mensurações antropométricas para compor o IMC, RCQ e Circunferências abdominais de 20 pacientes do grupo educativo de HAS de uma ESF e com a equipe multiprofissional atuante no programa e mensuração de antropometria dos pesquisados. Observou-se que a maioria dos entrevistados 70% não praticam nenhuma atividade física, 60% são sedentários, 30% são tabagistas e 10% são etílicos, 50% estão na faixa etária de 50 a 59 anos, 65% apresentaram sobrepeso/obesidade, 55% não praticam atividade por falta de motivação, 15% por causa da Monotonia das atividades, 95% afirmaram não existir programa de atividade física dentro da ESF e 60% acreditam ser importante à presença do profissional de Educação Física dentro da ESF. Conclui se que é necessária a inserção do profissional de educação física dentro da ESF, conscientizando a população sobre a gravidade da doença e a

importância de hábitos saudáveis na prevenção e controle da Hipertensão Arterial.

Palavras chave: Hipertensão arterial. ESF. Atividades Físicas.

ABSTRACT

The regular practice of physical exercise has been shown to prevent and control high blood pressure contributes to a better quality of life. Family Health Strategy (FHS) prioritizes the promotion, protection and restoration of health of the individual and family in full and continuous. One of the priority programs in the ESF is the control of systemic hypertension (SH), which is developed mainly through educational efforts to raise awareness among participants about the disease, treatment, complications and other related topics. The aim of this study was to determine which physical activities are practiced by hypertensive patients enrolled in the coverage area of 395 Team of FHS's Recanto das Emas / DF and describe the importance of occupational physical activity in multidisciplinary health care team. For the construction of this article, the methodology adopted was a case study conducted through a questionnaire about biosocial characteristics and lifestyle habits, as well as carrying out anthropometric measurements to compose BMI, WHR and waist circumference of 20 patients in the education of hypertension and an ESF with a multidisciplinary team operating in the program and measurement of anthropometric parameters studied. It was observed that the majority of respondents 70% did not practice any physical activity, 60% are sedentary, 30% were smokers and 10% ethyl, 50% are aged 50-59 years, 65% were overweight / obese, 55% do not lack motivation activity by 15% because of Monotony activities, 95% Said there is no physical activity program within the ESF and 60% believe it is important to the presence of the Professional physical education within the ESF. Concludes that it is necessary to insert the physical education teachers within the ESF, sensitizing the population about the severity of the disease and the importance of healthy habits in the prevention and control of Hypertension.

Key words: Hypertension. ESF. Physical Activities.

1. INTRODUÇÃO

A Educação Física (EF) é uma ciência que tem conseguido configurar-se como uma importante área de estudos e pesquisa. Nas últimas décadas a atividade física (AF) e promoção da saúde é uma de suas subáreas que tem se destacado cada vez mais nos últimos vinte anos, principalmente pela enorme quantidade de trabalhos que vem sendo publicada sobre o assunto no meio científico, (PITANGA, 2002, p. 52).

A Educação Física passou a constitui-se uma área em constante expansão e de atuação abrangente que vai desde o desportivo, o fitness, a área escolar, até o campo da saúde, visto que a inatividade física é um fator que pode influenciar na saúde do indivíduo e tem relação com diversas patologias e enfermidades, fazendo se necessária à atuação do Profissional de Educação Física, dentro da área da saúde visando à promoção da saúde da população, (NASF, 2010, p. 6).

Conforme Lucena et. al (2004), a intervenção do profissional de Educação Física no processo saúde/ doença é de suma importância, uma vez que ele possui um grande potencial de promover coletivamente ações de promoção à saúde, disseminando no indivíduo e na comunidade a importância da prática de atividades físicas com base em conhecimentos científicos, desmistificando concepções equivocadas.

Segundo Coqueiro et. al (2006), este profissional, uma vez inserido na equipe de saúde, será capaz de desenvolver ações que sejam compatíveis com as metas e estratégia de promoção e prevenção de uma dada localidade.

Alcântara (2004), também afirma que a atuação do Profissional de Educação Física deve fomentar e promover um estilo de vida saudável através da atividade física nas suas diferentes manifestações, constituindo-se em um meio efetivo para a construção coletiva da qualidade de vida, visando o exercício como terapia e como estímulo à adesão ao tratamento através da

auto-estima, consciência corporal, autonomia na vida e em seu processo terapêutico.

O sedentarismo é considerado um dos maiores risco no desenvolvimento da hipertensão arterial, aumentando as chances do individuo ser acometido por doenças cardiovasculares, sendo maiores em mulheres que em homens, (FUCHS, 1993, p. 94).

Segundo Neto (2003), a vida sedentária causa o desuso dos sistemas funcionais levando o aparelho locomotor e os demais órgãos e sistemas solicitados durante as diferentes formas de atividade física a um processo de regressão funcional, caracterizando, no caso dos músculos esqueléticos, um fenômeno associado à atrofia das fibras musculares e à perda da flexibilidade articular, havendo ainda comprometimento das funções de vários órgãos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é mais do que uma simples elevação dos níveis pressóricos. No Brasil, a doença hipertensiva é um dos problemas de saúde pública de maior prevalência na população e representa o maior e mais perigoso fator de risco para a progressão e/ou desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Segundo estatísticas, a Hipertensão Arterial é capaz de levar ao óbito, aproximadamente, 40% dos indivíduos acometidos, apresentando altos índices de morbimortalidade, pelo acometimento dos chamados órgãos-alvo, tais como o cérebro, o coração, os rins e os vasos sanguíneos, com aumentos na incidência de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidentes vasculares encefálicos (AVE), insuficiência cardíaca e morte súbita, (PESCATELLO et al 1991, p. 34).

De acordo com Topol (2005), o exercício físico é um importante fator no combate à hipertensão arterial atuando diretamente na aptidão física e podendo trazer benefícios para a saúde. Os indivíduos fisicamente ativos possuem índices menores de mortalidade em relação aos inativos,

provavelmente em decorrência de uma diminuição de doenças crônicas, em especial, a aquelas ligadas à artéria coronária.

Cooper (1990), também concorda com Topol (2005) em relação ao benefício que as atividades físicas podem trazer ao indivíduo, enfatizando ainda que quanto mais apto fisicamente a pessoa estiver, menor será a probabilidade dela sofrer uma hipertensão e que quanto mais sedentário for, também será o risco de desenvolver uma alta pressão no sangue. Que indivíduos com hipertensão essencial podem diminuir suas pressões sistólica e diastólica em aproximadamente 10 mmHg mediante a prática de exercícios de resistência.

A assistência à saúde da maioria da população brasileira é realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a atenção primária a porta de entrada do usuário, a qual deve atuar de forma a prevenir doenças e promover saúde, (ARQ BRAS CARDIOL, 2010, p. 437).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da família de forma integral e contínua, considerando inclusive o ambiente onde o ele vive. É composta por equipes multiprofissionais que atuam em conjunto através de práticas educativas, preventivas e curativas possibilitando uma assistência integral ao usuário.

Um dos programas prioritários na ESF é o de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o qual é desenvolvido, principalmente, através de ações educativas que conscientizam os participantes sobre sua patologia, seu tratamento, as complicações e outros temas relacionados, (LIMA, 2007, p. 94).

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a equipe de saúde da família 395 do Recanto das Emas atende 788 famílias, totalizando 3288 pessoas, das quais 310 têm diagnóstico de HAS, todas cadastradas e acompanhadas pela equipe. Não se conhece sobre o perfil

dos pacientes do grupo de hipertensos em relação à prática de exercícios físicos regulares.

Portanto, faz-se necessário conhecer o perfil destes pacientes em relação à prática de exercícios físicos regulares através de avaliações antropométricas, para que se possa refletir como a equipe de saúde pode intervir para a melhora do controle da doença e da qualidade de vida através da prática de exercícios físicos, descrevendo também a importância do profissional de Educação Física na estratégia da Família.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS:

Analisar e conhecer o perfil do grupo de hipertensos cadastrados na área de cobertura da Equipe 395 da ESF do Recanto das Emas /DF em relação a prática de atividades físicas regulares

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar por meio de medidas antropométricas o perfil do grupo de hipertensos e a importância da prática ou não de atividades físicas acompanhados pela Equipe 395.
- Descrever a importância do profissional de atividade física na equipe multiprofissional de saúde.

Este trabalho está estruturado em três capítulos:

O primeiro capítulo refere-se à revisão bibliográfica, a qual faz uma relação entre sedentarismo, hipertensão arterial e o impacto da prática de atividade física na saúde e na qualidade de vida do indivíduo hipertenso sob a perspectiva da Educação física. Aborda também a atuação da Estratégia da Família no tratamento e controle da pressão arterial e a importância do profissional de Educação Física atuando dentro deste programa.

O segundo capítulo refere-se à metodologia utilizada nesta pesquisa, fazendo um breve histórico da área de estudo, a Estratégia de Saúde da Família, Equipe 395 do Recanto das Emas.

O terceiro capítulo refere se aos resultados dos questionários aplicados na pesquisa assim como a realização da análise e da discussão dos dados encontrados na pesquisa confrontando os com o referencial teórico.

3. CAPÍTULO I

3.1 Sedentarismo e qualidade de vida

O sedentarismo é definido como falta de atividade física ou sua prática em pequena quantidade. No entanto, o conceito não é associado necessariamente à falta de uma atividade esportiva, pois do ponto de vista da Medicina Moderna, o sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades físicas, inclusive considerando as ocupacionais, (GIBERTONI, 2009, p. 18).

Segundo Hill (2006), diversos motivos levam o mundo atual a apresentar altas taxas de sedentarismo, entre eles incluem-se fatores ambientais e comportamentais. Os avanços tecnológicos existentes hoje, associado à forma como as comunidades são construídas (estimulando o uso de carros) e a falta de atividade física nas profissões atuais, constituem o papel do ambiente sobre a gênese do sedentarismo.

No Brasil, a falta de prática de exercícios físicos é um problema que vem assumindo grande importância. As pesquisas mostram que a população atual gasta bem menos calorias por dia do que gastava há 100 anos, o que explica o aparecimento de diversas doenças, sendo a elevação da pressão arterial a mais comum, fazendo com que o sujeito desenvolva hipertensão arterial sistêmica (HA) ou pressão arterial alta, (ISHITANI et al., 2006, p. 441).

De acordo com Sharkey (2001), pessoas que praticam atividades físicas têm seu estilo de vida influenciadas por hábitos saudáveis, incluindo uma boa alimentação, abolindo uso de álcool e tabaco, controlando o peso, adquirindo melhor autoestima, e autonomia ao executar atividades do dia a dia.

Neri (2001), também confirma que indivíduos que praticam atividades físicas além da melhora do estado de saúde física e psíquica, adquirem benefícios psicossociais que são o alívio da depressão, o aumento da autoconfiança, a melhora da autoestima, favorecendo ainda os relacionamentos socioafetivos.

O exercício físico tem sido considerado como um dos melhores tratamentos, já que seus efeitos antidepressivos conquistaram considerável atenção, principalmente em estudos realizados na população residente nos Estados Unidos e Canadá, foi observado que o nível de atividade física se mostrou positivamente associado a vários aspectos da saúde mental como maior disposição para atividades sociais e para o trabalho, baixos níveis de ansiedade e depressão e maior bem-estar geral, (STEPHENS, 1988, p. 32).

3.2 Atividade física

As atividades domésticas, laborais e de transporte ou mesmo a execução de um programa de exercícios físicos estão reunidas sob o termo atividade físicas. Assim, pode-se entender como atividade física qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que promova gasto calórico acima dos níveis de repouso, (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000, p. 198).

Segundo Nieman (1986), já a capacidade de executar tarefas diárias com vigor e vitalidade, sem fadiga excessiva, com energia para realizar as ocupações das horas de lazer e enfrentar emergências imprevistas é denominada aptidão física. Esta também ajudar a evitar doenças hipocinéticas, enquanto o indivíduo está funcionando no pico da capacidade intelectual e sentindo alegria de viver.

Os hipertensos devem ser sistematicamente monitorizados durante os exercícios físicos, devendo ter sua PA, frequência cardíaca (FC) e

duplo produto (PAS x FC) aferidos antes, durante e depois da sessão de treinamento, (PITANGA, 2004, p. 52).

Para os portadores de HA os exercícios físicos aeróbios são os mais recomendados, como por exemplo: caminhadas, corridas, natação e ciclismo. Estes devem ser prescritos a uma intensidade entre 50-70% do consumo máximo de oxigênio ou frequência cardíaca entre 60-80%, com duração entre 30 a 60 minutos, realizados de 3 a 6 vezes por semana, (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006, p. 141).

A atividade física pode trazer vários benefícios para os indivíduos tanto hipertensos como normotensos, reduzindo a obesidade, prevenindo doenças coronárias, além de manter a preservação da independência da pessoa com o avançar da idade, melhorando o funcionamento do organismo reforçando o coração, músculos, pulmões, ossos e articulação. Portanto, um programa de exercício aeróbio ajuda tanto no fortalecimento do coração quanto do sistema osteomuscular, no controle da PA, na dislipidemia, resultando em melhor qualidade de vida com custo baixo e risco mínimo, (REZA; NOGUEIRA, 2008, p. 267).

3.3 Medidas Antropométricas

A antropometria é um método de avaliação do estado nutricional que possibilita analisar a evolução do estado nutricional das pessoas. Na literatura existem vários recursos disponíveis para mensuração e avaliação antropométrica que indiquem fatores de risco à saúde. Dentre eles o índice de massa corporal (IMC) e a relação cintura quadril (RCQ).

O índice de massa corpórea (IMC) é de suma importância para detectar se o peso está proporcional à altura. Considerando a tabela 1 abaixo, é possível perceber o grau de obesidade de cada indivíduo dividindo o peso (P) pela altura ao quadrado AL^2 .

IMC	CLASSIFICAÇÃO
< 18,5	Magreza
18,5 – 24,9	Saudável
25,0 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II (severa)
≥ 40,0	Obesidade Grau III (mórbida)

Tabela1. Classificação dos valores de IMC de acordo com Neto (2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é recomendável o uso da antropometria para fins de vigilância dos fatores de risco para doenças crônicas como hipertensão arterial e que além do peso e da altura, devem ser medidos os perímetros da cintura e do quadril, pois o aumento da deposição de gordura abdominal na população pode fornecer um indicador sensível dos problemas de saúde pública relacionados com o sobrepeso e suas consequências, (PEREIRA; SICHIERI; MARINS, 1999, p. 338).

A Razão Cintura-Quadril (RCQ) também é um dos indicadores muito utilizados no diagnóstico da obesidade centralizada, onde podem ser considerados portadores de obesidade central indivíduos que apresentem $RCQ > 0,95$ no sexo masculino e $RCQ > 0,85$ mulheres.

3.4 Hipertensão arterial crônica

A pressão exercida sobre as paredes das artérias quando o sangue circula no seu interior é denominada pressão arterial (PA). Quando os ventrículos contraem ejetando o sangue a pressão nas artérias se torna máxima e elas se distendem um pouco. Essa contração recebe o nome de sístole e essa é a pressão sistólica. Quando os ventrículos se relaxam, o sangue que está na aorta tenta refluir, mas é contido pelo fechamento da

válvula aórtica, que evita que ele retorne ao ventrículo. Esse relaxamento ventricular é denominado diástole e nesse momento a pressão nas artérias cai a um valor mínimo, chamada pressão diastólica, (GUSMÃO ET AL, 2005, p. 1032).

A elevação da pressão no interior das artérias é chamada hipertensão arterial (HA) e ela pode ser crônica, quando persistente, ou aguda, quando eventual ou transitória.

A Organização Mundial de Saúde apud Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) conceitua hipertensão arterial quando a verificação de uma pressão arterial (PA) acusa uma medida maior ou igual a 140/90 mmHg, em pelo menos duas aferições diferentes.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia na V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) considera que a pressão arterial e suas variações de pressão sistólica e diastólica respectivamente são classificadas em ótima, ($< 120 / < 80$ mmHg), normal ($< 130 / < 85$ mmHg), limítrofe (130/139 / 85/89 mmHg), Estágio I (leve) (140/159/ 90/99mmHg), Estágio II (moderada) (160/179/ 100/109mmHg), Estágio III (grave) ($> \text{ou} = 180 / > \text{ou} = 110$ mmHg) e Sistólica isolada ($> \text{ou} = 140$ mmHg / < 90 mmHg), (BORENSTEIN, 1999; VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 86).

Barreto-Filho e Krieger (2003), afirmam que a HA é multifatorial, tendo influência de fatores como a hereditariedade, as condições de vida e principalmente o estilo de vida, a ingestão excessiva de sal, o sedentarismo, a obesidade, entre outros. Ao elevar a PA esses elementos aumentam o risco cardiovascular contribuindo para uma série de doenças coronárias, renais, acidente vascular cerebral, aneurismas, infarto agudo do miocárdio, entre outros. Ademais, estudos têm demonstrado que o cérebro, o coração, os rins, os olhos e os vasos periféricos são os cinco órgãos alvos mais comumente acometidos pela hipertensão arterial.

Segundo Borenstein (1999), a maior parte dos indivíduos com hipertensão arterial é assintomática, por isso a doença é chamada de silenciosa ou doença muda e surda. Apesar da ausência de sintomas, níveis elevados da pressão arterial estão relacionados a uma maior incidência de eventos mórbidos manifestados por cardiopatia isquêmica, acidente cerebrovascular e doença vascular renal e periférica.

Lessa (2001), afirma que, no SUS, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais, sendo que nesses números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade.

3.5 Consequências da Hipertensão Arterial Crônica

A variação da pressão arterial é diretamente proporcional ao débito cardíaco e à resistência periférica. Se o aumento da PA for frequente, prolongado e suficientemente grande, ele induzirá a hipertrofia do coração e dos vasos sanguíneos. Na fase inicial da doença o fluxo de sangue nos músculos está muito aumentado e a resistência vascular diminuída, enquanto nos rins, pele e território esplâncnico acontece o inverso. Com a progressão da doença, o fluxo de sangue nos músculos é reduzido, aumentando, pois, a resistência periférica total. Conseqüentemente, a PA aumenta para garantir adequada perfusão tecidual, (REGENGA, 2000, p. 321).

O aumento persistente da pressão arterial provoca lesões nas paredes arteriais de pequeno e médio calibre, sendo que esses danos ocorrem a médio e longo prazo, dando origem ao endurecimento desses vasos e favorecendo a formação de placas ateromatosas. Assim, há uma diminuição do fluxo sanguíneo nos territórios por elas irrigados, bem como um risco acrescido de hemorragias. Essas alterações podem ocorrer ao longo de toda a rede arterial, mas acometem principalmente vasos dos rins, do coração, do cérebro

e dos olhos, (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007, p. 149).

3.6 Tratamento da Hipertensão Arterial Crônica

Por tratar-se de uma doença multifatorial, a HA deve ser manejada abordando os vários fatores que favorecem o seu surgimento, sendo necessárias abordagens não farmacológicas e farmacológicas. Através dos fármacos objetiva-se o controle dos mecanismos fisiopatológicos responsáveis pela elevação dos valores pressóricos, além de ser possível também amenizar os sintomas e as consequências.

É possível citar alguns mais conhecidos, como os diuréticos, os quais reduzem o volume de líquido intravascular; os beta-bloqueadores, que diminuem a frequência cardíaca e são principalmente utilizados no tratamento da hipertensão arterial relacionada a arritmias e doença arterial coronária; os vasodilatadores, que promovem a diminuição da resistência vascular periférica pelo relaxamento vascular; os inibidores da enzima de conversão da angiotensina II, que promovem entre vários efeitos a diminuição da resistência arterial periférica; e os bloqueadores dos canais de cálcio, que agem na contratilidade miocárdica e do músculo liso do vaso.

Tão importante quanto o uso dos medicamentos no controle da doença são as mudanças nos hábitos de vida, ou as chamadas medidas não farmacológicas, as quais consistem principalmente no controle do peso corporal; na adoção de uma dieta hipossódica; na redução ou eliminação do uso de álcool; no abandono do tabagismo; na suplementação de potássio, cálcio e magnésio, e por fim, na prática de exercício físico, (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007, p. 140).

3.7 Impacto do Exercício Físico na Hipertensão Arterial Crônica

Topol (2005) informa que o exercício físico pode acarretar muitos benefícios para a saúde, sendo um importante fator contra o sedentarismo e diversas doenças, pois melhora não só a capacidade de se exercitar, como também a aptidão física. Os indivíduos fisicamente mais ativos parecem ter índices menores de mortalidade por todas as causas, provavelmente em decorrência de uma diminuição de doenças crônicas, inclusive doença arterial coronariana.

Krinski (2001) relata que os benefícios obtidos por normotensos e hipertensos com a prática regular de atividade física se devem às adaptações crônicas do organismo a um trabalho acima dos níveis de repouso.

Conseqüentemente, o treinamento físico promove um conjunto de adaptações morfológicas e funcionais que conferem maior capacidade ao organismo para responder ao estresse do exercício (DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDÍACA, 2005, p. 437).

A angiogênese e a redução da frequência cardíaca são exemplos de adaptação crônica ao exercício físico. A primeira aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos esqueléticos e para o músculo cardíaco, enquanto a segunda reduz a PA de repouso e proporciona o aumento do consumo máximo de oxigênio, dentre outros, (DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDÍACA, 2005, p. 435).

Os benefícios da prática regular de exercícios físicos se estendem além da melhora do condicionamento e da aptidão física, pois exercitar-se sistematicamente reduz a ansiedade e a tensão muscular, o que também contribui para o controle da PA. Há ainda os ganhos no controle de peso corporal e, principalmente, na redução do risco de complicações cardiovasculares. É documentado ainda que, ao enfrentar situação de estresse psicológico, a pessoa que faz exercícios regularmente responde com menor aumento da pressão e da frequência cardíaca do que quem não faz, (SIMÕES, 1996, p. 213).

Souza (2001) destaca os benefícios da prática de exercícios para os hipertensos, dentre eles a melhoria da função pulmonar; mais disposição pessoal; melhoria da circulação sanguínea; redução do estresse, ansiedade e depressão; queda do risco de desenvolver doenças coronárias e das chances de morrer disso; diminuição tanto do colesterol ruim, o LDL, quanto dos triglicerídeos, além da elevação do bom colesterol, o HDL. Além de diminuir o risco de desenvolver pressão alta, reduz a pressão de quem já é hipertenso. Os ganhos da atividade física regular sobre a saúde são muitos, podendo-se citar ainda a redução do risco de desenvolver diabetes do tipo 2, o risco de sofrer câncer de cólon, a ajuda na perda de peso e o retardo do processo de envelhecimento.

3.8 Estratégia Saúde da Família

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde, estando à população adscrita sob a responsabilidade de equipe multiprofissional, (ANDERSON, 2005, p. 55).

O Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 2027/2011, retrata que a equipe mínima é composta por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e seis agentes de saúde, trabalhando 40 horas semanais, devendo cada equipe de saúde atender a uma população de até 4.000 pessoas.

A ESF propõe que as equipes realizem regularmente atividades educativas, visto que o programa constitui-se num modelo pautado no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. A promoção da saúde é definida como o processo de

capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo, (TOLEDO, 2007, p. 235).

A Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, publicada em 04 de Março de 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização.

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deve ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Profissional da Educação Física, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Médico Acupunturista, Médico Pediatra e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família .

O NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família.

O NASF e a ESF tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

3.9 Assistência Oferecida pelo PSF ao Paciente Hipertenso

Segundo III Consenso de Hipertensão Arterial (1998), pelo fato de a doença ser multifatorial, a ação de um único profissional é bastante limitada, sendo necessárias diferentes abordagens e formação de uma equipe multidisciplinar, a qual irá proporcionar essa ação diferenciada.

A equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde, na ESF e NASF, pode ser composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, educador físico e agentes de saúde.

Assim espera-se que nas equipes da ESF o paciente hipertenso receba uma abordagem multiprofissional que seja eficaz na prevenção do desenvolvimento da HAS, no controle dos níveis pressóricos, e ao evitar ou adiar as lesões dos órgãos alvos, visto que possuem como apoio os NASF com diferentes categorias de profissionais.

3.10 Profissional de Educação Física na ESF

Com a ampliação da ESF aos profissionais de diferentes áreas de conhecimento, abrem-se novas possibilidades para o profissional da Educação Física, o qual passa a atuar como parte integrante do Programa através do (NASF) Núcleo de Apoio à Saúde da Família, (Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008).

Dentro desse contexto o Conselho Federal de Educação Física – CONFEF (2002), afirma que o profissional de Educação Física, devidamente reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde a partir da Resolução nº 218, de 06 de Março de 1997, está qualificado e legalmente habilitado para intervir no seu campo profissional prevenindo doenças, promovendo a saúde e contribuindo para a sua qualidade de vida.

De acordo com a resolução 046/2002 do CONFEF, que dispõe sobre a intervenção do profissional de educação física e seu campo de atuação, no seu art.1º resolve que o Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações; ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais, tendo como propósito prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde.

Contribui também para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando o bem-estar e a qualidade de vida, a consciência, a expressão do movimento, a prevenção de doenças e de problemas posturais, a compensação de distúrbios funcionais.

Coopera ainda para a consecução da autonomia, da autoestima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania e das relações sociais, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo.

Também atuará avaliando o estado funcional e morfológico dos beneficiários, estratificando e diagnosticando fatores de risco à saúde, prescrevendo, orientando e acompanhando exercícios físicos, tanto para pessoas consideradas “saudáveis”, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, quanto para grupos de portadores de doenças e agravos, atuando diretamente no tratamento não farmacológico e intervindo nos fatores de risco.

Partindo desse pressuposto, cabe ao profissional de Educação Física, junto ao NASF e em outros espaços de intervenção, desenvolver ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e danos decorrentes das doenças não transmissíveis, que favoreçam

a redução do consumo de medicamentos, objetivando a prevenção e promoção da saúde por meio de práticas corporais, cabendo-lhe, especificamente.

√ Proporcionar educação permanente por meio de ações próprias do seu campo de intervenção, juntamente com as Equipes de Saúde da Família (ESF), sob a forma de coparticipação, acompanhamento e supervisão, discussão de casos e métodos da aprendizagem em serviço;

√ Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertencimento social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte, das práticas corporais de qualquer natureza e do lazer ativo;

√ Promover ações ligadas aos exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção junto aos órgãos públicos e na comunidade;

√ Articular parcerias com setores da área administrativa, junto com a ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para a prática de exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção;

√ Promover eventos que estimulem e valorizem a prática de exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção, objetivando a saúde da população.

4. CAPITULO II

4.1 Metodologia

A pesquisa utilizada foi um estudo de caso cuja abordagem metodológica de investigação se adéqua a este trabalho, pois permite compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores, oferecendo um panorama completo de uma determinada situação.

Por meio do Termo de Ciência Institucional, o Coordenador da Instituição Estratégia de Saúde da Família ESF, Equipe 395 do Recanto das Emas concordou com o desenvolvimento da pesquisa. Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa assinando o termo de consentimento Livre e Esclarecido.

Faz-se imprescindível destacar que a identidade dos sujeitos e os dados obtidos foram mantidos em sigilo, respeitando as normas éticas voltadas para o desenvolvimento de pesquisas científicas.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, tendo sido aprovado pela autorização número 081/2012, do respectivo Comitê.

Este trabalho é um estudo de natureza descritiva e exploratória, configurando-se como qualiquantitativo, realizado através de questionários e mensurações antropométricas realizados com os pacientes participantes do grupo educativo de HAS de uma ESF e entrevistas com a equipe multiprofissional atuante no programa.

Os encontros do grupo ocorrem 1 vez por mês e tem duração de 4 horas, onde o médico da equipe trabalha com temas variados voltados para a prevenção e promoção da saúde dos hipertensos. O mês escolhido para a coleta de dados foi o mês de Junho. A amostra foi composta de 20 pacientes, escolhidos aleatoriamente durante a reunião para Hipertensos e para compor a equipe multiprofissional foram entrevistados 5 agentes comunitários de saúde, 4 auxiliares de enfermagem, o enfermeiro e a médica da equipe.

Os instrumentos de coleta de dados foram dois questionários: o primeiro aplicado aos participantes do grupo para hipertensos com questões fechadas aplicados na reunião de hipertensos, além de mensuração de medidas antropométricas como peso, estatura e circunferência abdominal, para verificação do IMC e RCQ.

O questionário utilizado foi avaliado previamente em um estudo piloto, onde foram corrigidas as falhas na compreensão das perguntas. As informações foram referentes a sexo, idade completa (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, ≥ 74), dados socioeconômicos (escolaridade), Hábitos de vida (tabagismo, etilismo, prática de atividade física); conhecimento sobre a pressão arterial e tratamento de hipertensão porventura existente. Foram também mensurados os valores das medidas objetivas de peso, altura, IMC, e medidas de circunferência abdominal.

O segundo questionário foi aplicado aos profissionais de saúde integrante da equipe com objetivo de verificar a concepção dos mesmos a respeito da importância do profissional de Educação Física na equipe multidisciplinar dentro da Estratégia de Saúde da Família.

Para mensuração de Antropometria, as medidas foram realizadas de forma padronizada. Para a massa, utilizou se balança manual calibrada anteriormente e estadiômetro para mensurar a estatura, já para a medida da circunferência da cintura (CC) foi realizada fita métrica inextensível no ponto médio entre a crista ilíaca anterior superior e a última costela.

Depois os dados obtidos foram agrupados conforme seu tipo quantitativo e qualitativo, analisados por meio de estatística descritiva e alguns dados apresentados em gráficos.

4.2 Área de Estudo

A Equipe de Saúde da Família envolvida no estudo é a 395 do Recanto das Emas, Região Administrativa do Distrito Federal criada em 28 de julho de 1993, por meio da lei 510/93. Relata-se que, quando foram divididos os loteamentos, essa era uma região de chácaras onde se destacava uma espécie de arbusto chamado canela-de-ema.

Existia também no local um sítio chamado Recanto, onde vivia grande quantidade de emas, espécie própria do cerrado. Assim originou-se o nome Recanto das Emas. Sua área territorial é de 101,48 Km², fica a 25 km da rodoviária do Plano Piloto e limita-se ao norte com Samambaia, ao sul com o Gama, a leste com Riacho Fundo II e a Oeste com município de Santo Antonio do Descoberto-GO, conforme censo 2000, IBGE-codeplan-IDHAB/DF.

O Posto de Saúde da Família que abriga a equipe estudada fica localizado na entre quadra 311/511 do Recanto das Emas, uma das áreas mais pobres da cidade, com alto índice de violência, população de baixa renda e pouca escolaridade e com quase nenhuma opção de lazer ou áreas voltadas para a prática de atividade física. Em toda a cidade existe apenas uma PEC (ponto de encontro comunitário) que é utilizado por moradores para prática de exercícios físicos, porém instalada em local distante da área atendida pela equipe.

A equipe 395 atende a 750 famílias, correspondendo a 3288 pessoas, todas residentes na sua área de abrangência, as quadras 115, 116 e 311 do Recanto das Emas, e cadastradas no Sistema de Informação da

Atenção Básica (SIAB). O número de hipertensos com diagnóstico nessa população é de 310 pessoas. (SIAB, JULHO/2012).

O Posto de Saúde é aberto à população de segunda a sexta feira de 7h às 18h, disponibilizando atendimento médico e de enfermagem ao indivíduo em todas as suas fases da vida, desde a gestação até a senescência, focando na promoção da saúde e na prevenção de agravos. Realiza, dentre outras atividades, trabalho de orientação e acompanhamento de hipertensos e diabéticos através de atendimento individual e em grupos.

5. CAPITULO III

5.1 Apresentação dos Dados

Os dados encontrados neste estudo apontam um perfil populacional predominantemente de mulheres, na sexta década de vida, com sobrepeso e de baixa escolaridade. Observou-se ainda que, embora essa população reconheça a importância da atividade física, o sedentarismo é muito prevalente e sendo isso atribuído à falta de motivação para o exercício. Além do sedentarismo, outros fatores, como o tabagismo e o etilismo, que aumentam o risco cardiovascular, foram encontrados numa frequência elevada.

A pesquisa revela ainda que os profissionais que compõem a equipe de saúde da família estudada reconhecem a importância de um profissional especializado em atividade física e não se acham capazes de exercer um papel mais ativo na orientação da prática de exercício, sendo este um dos principais motivos para a pouca oferta de atividades físicas por essa equipe.

Quanto a avaliação antropométrica a tabela 02 abaixo demonstra que o grupo de hipertensos apresenta média de IMC igual a 27,43 e RQC igual a 6,67, indicando em ambas as médias a necessidade de intervenção da equipe de saúde, afim de se evitar maiores danos ao organismo dos participantes do grupo.

Tabela 02 – Distribuição das médias das variáveis antropométricas.

VARIÁVEIS	MÉDIA	%
Idade (ano)	5	4%
Massa Corporal (Kg)	70,56	63%
Estatura (m)	1,60	1%
IMC (Kg/m ²)	27,43	25%
RCQ	6,67	6%
	111,26	100%

5.1.1 Questionário aplicado aos participantes do grupo para hipertensos

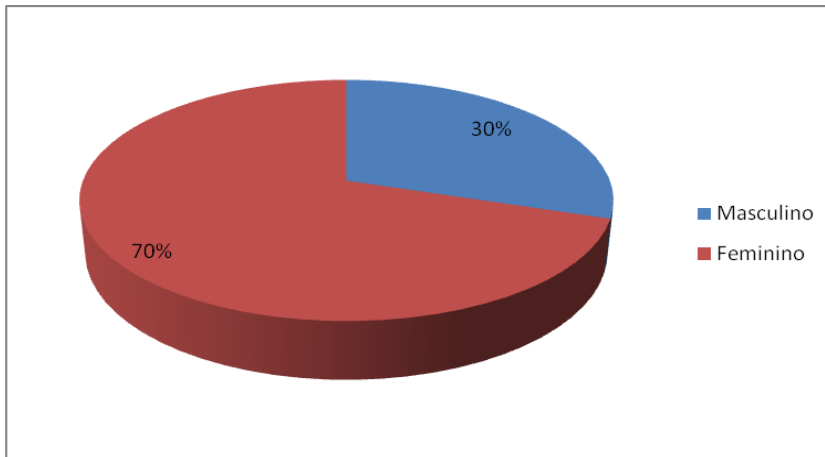


Figura 1: Distribuição da população estudada por sexo

Pode se observar pela figura 1 que 70% dos pacientes hipertensos entrevistados eram do sexo feminino, talvez pelo fato de serem as mulheres as que mais procuram por atendimento na unidade de saúde. A mesma predominância feminina foi observada também em outro estudo sobre aderência de hipertensos ao tratamento médico, desenvolvido em três ambulatórios da Cidade de Havana (Cuba), sugerindo que a atividade laborativa fora do ambiente domiciliar, predominantemente nos homens, pode ter influenciado esses achados, (ALFONSO et al, 2003, p. 19).

No entanto, Cooper (1990), relata que mulheres, geralmente, são menos afetadas por complicações decorrentes dos mesmos níveis de pressão alta que os homens corroborando com resultados de outro estudo no qual ficou demonstrado que a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até a faixa etária de 60 anos.

Quando se associa a idade e sexo à hipertensão arterial, estudos mostram que a hipertensão ocorre com maior frequência no sexo masculino, porém, devido às mudanças de hábitos das mulheres, como uso de fumo, álcool e anticoncepcionais, essa frequência tem diminuído para homens e

aumentado para mulheres com mais de 30 anos, principalmente após menopausa, (PESSUTO; CARVALHO, 1998, p. 36).

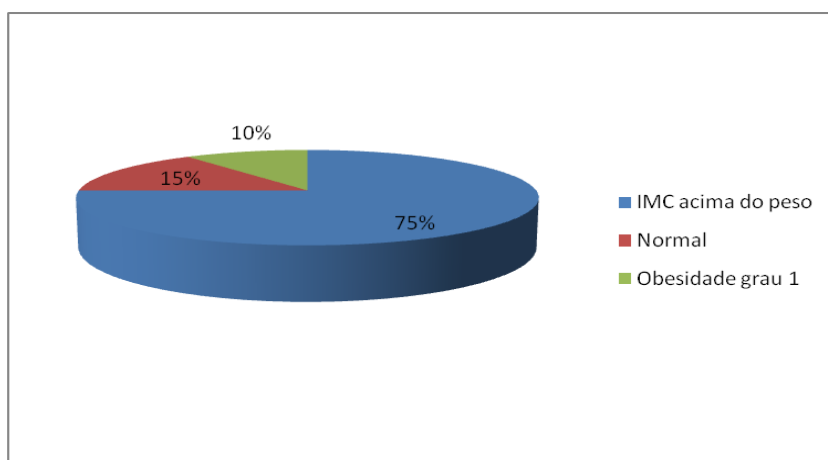


Figura 2: Distribuição da população estudada por IMC

Tabela 03 – Registro do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC)

	MASSA (kg)	ALTURA (m)	IMC (Kg/m²)
A	92,00	1,80	28,40
B	73,00	1,60	28,52
C	72,00	1,75	23,51
D	71,80	1,66	26,06
E	81,00	1,68	28,70
F	80,00	1,72	27,04
G	77,00	1,67	27,61
H	61,00	1,58	24,44
I	54,00	1,58	21,63
J	65,50	1,51	28,73
K	66,50	1,55	27,68
L	58,50	1,47	27,07
M	79,00	1,57	32,05
N	66,20	1,52	28,65
O	65,00	1,58	26,04
P	58,20	1,50	25,87
Q	78,50	1,64	29,37
R	70,50	1,59	27,89
S	79,00	1,58	31,65
T	62,50	1,50	27,78
MÉDIA	70,56	1,60	27,43
DESVIO PADRÃO:			2,46

O índice de massa corpórea (IMC) é tido como um bom preditor de obesidade generalizada, sendo de suma importância para detectar se o peso está proporcional à altura. Neste estudo como mostra a figura 2 e tabela 3 verificou se que 75% dos entrevistados estavam com IMC acima de 25, o que segundo a organização mundial da saúde (OMS), estão acima do peso.

Zaitune et al. (2006), afirma que a prevalência de hipertensão arterial é maior em indivíduos com sobrepeso ou obesos, e que segundos outros autores ainda pode acarretar ao indivíduo prejuízos para saúde como: dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, além de favorecer o surgimento de enfermidades potencialmente letais como Dislipidemia, Doenças Cardiovasculares, Diabetes não-insulino dependente (tipo II) e certos tipos de Câncer.

Também sobre este tema, Cooper (1990) afirma que indivíduos que apresentam excesso de peso têm o volume sanguíneo e a força de bombeamento do coração aumentada, de onde estas elevações no volume de sangue e de batidas do coração estão geralmente associadas com a hipertensão.

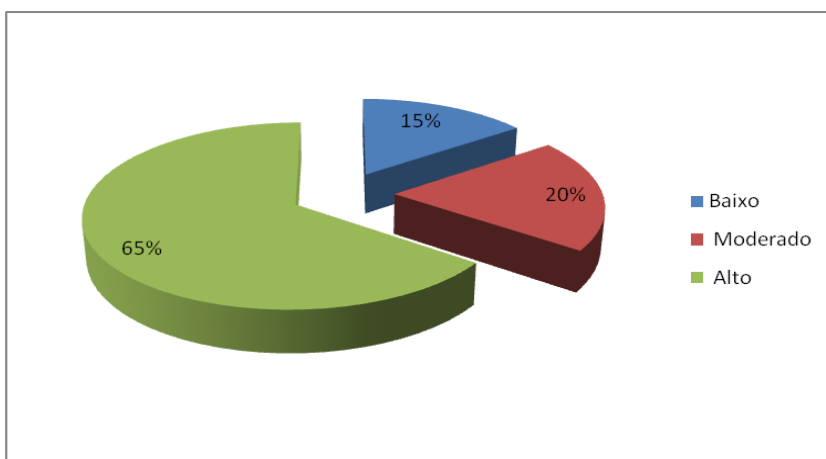


Figura 3: Distribuição da população estudada pelo valor da RCQ

Para gordura abdominal – o perímetro da cintura (PC) é considerado risco quando o valor for maior que 88 cm para mulheres e maior que 102 cm para homens. A razão cintura/quadril (RCQ) representa risco

quando o valor é maior ou igual a 0,95 para homens e maior ou igual a 0,80 para mulheres.

Neste trabalho e com base nos dados da figura 3 e nessas medidas antropométricas, constatou que um número expressivo dos hipertensos, ou seja, 65% apresentaram sobrepeso/obesidade generalizada e visceral, o que representa fator de risco para doenças cardiovasculares contribuindo para uma maior morbidade e mortalidade destes pacientes.

Resultados semelhantes de RQC e IMC foram encontrados em outros estudos e foi enfatizado que pacientes hipertensos com excesso de peso, devem ser incluídos em programas de redução de peso, pois se os mesmos alcançarem um (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, e uma diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial, já favorece uma redução da pressão arterial, (Brasil, 2006).

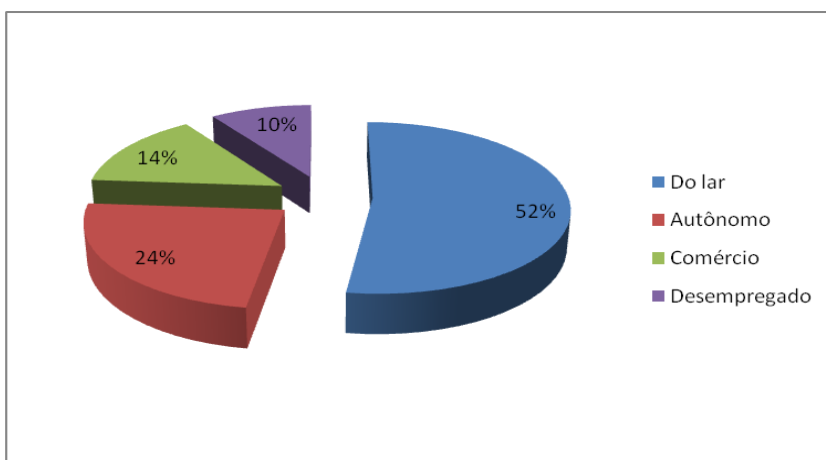


Figura 4: Ocupação Profissional da população do estudo

A figura 4 mostra que mais da metade dos entrevistados 52% tem como ocupação do lar, talvez pela grande maioria de mulheres encontradas na pesquisa, 24% exercem alguma atividade autônoma, 14% trabalham no comércio e 10 % por algum motivo estão afastado do serviço, sendo, portanto um grupo estudado com baixo valor socioeconômico e que constitui fator de risco para a hipertensão arterial, (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006, p. 438).

Também Pessuto & Carvalho (1998), afirma que indivíduos com nível socioeconômico mais baixo está associados a maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, talvez pelo fato do baixo poder aquisitivo refletir na qualidade de vida inferior aos que tem uma condição socioeconômica mais privilegiada.

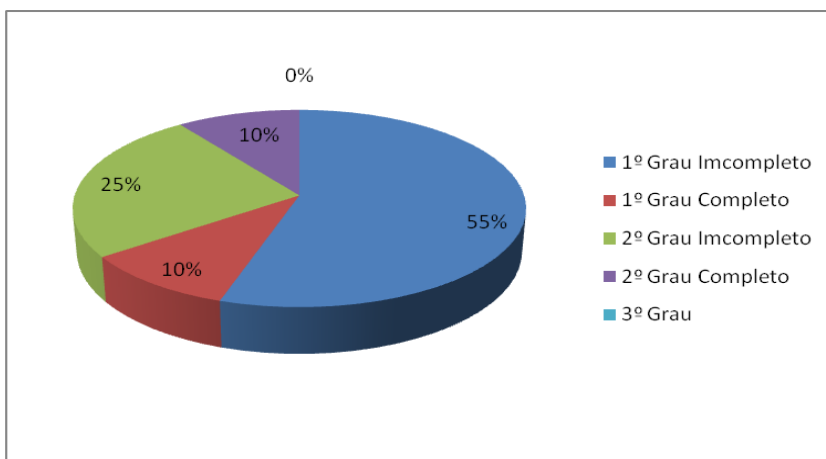


Figura 5: Distribuição da população do estudo segundo a escolaridade

Observa se na figura 5 que dos entrevistados que 55% tinham o primeiro grau incompleto, 10% o primeiro grau completo, 25% o segundo grau incompleto, 10% o segundo grau completo e nenhum tinham o ensino superior. Estudos demonstram que quanto maior a escolaridade, menor é a proporção de pessoas com hipertensão arterial, talvez pelo influenciamento de outros fatores como alimentação, ocupação e fatores de ordem social, (PESSUTO; CARVALHO, 1998, p. 36).

Diversos estudos relataram a escolaridade como um fator socioeconômico determinante do estado de saúde, principalmente porque tem repercussões na ocupação e na renda do indivíduo. O aumento do nível de escolaridade pode ser relevante, pois facilita o entendimento das orientações necessárias ao tratamento da doença e na assimilação das orientações necessária ao tratamento.

Resultados semelhantes também foram encontrados em estudos sobre hipertensão, onde indivíduos que tinham o terceiro grau apresentaram

prevalência de hipertensão arterial 40% menor do que aqueles que têm menos de 10 anos de escolaridade, (SANTOS; SILVA, 2002, p. 27).

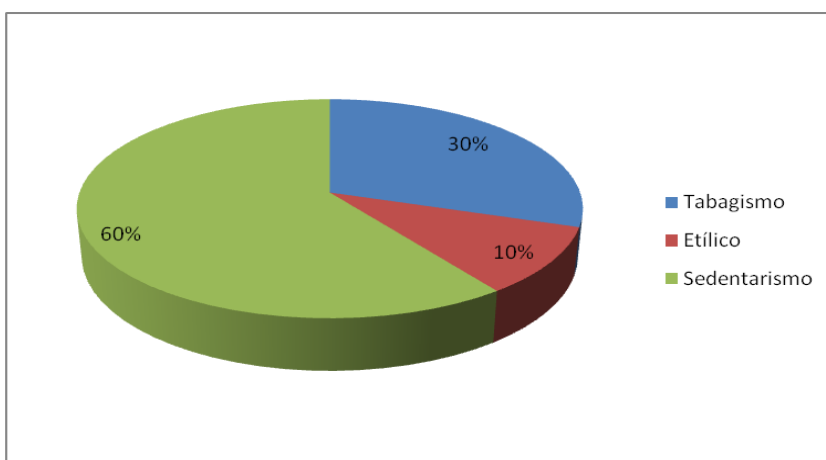


Figura 6: Prevalência de tabagismo, etilismo e sedentarismo na população estudada.

De acordo com a figura 6 acima, 60% dos entrevistados são sedentários, 30% são tabagistas e os demais, ou seja, 10% são etílicos. É sabido que pessoas que fazem uso do álcool podem agravar a hipertensão arterial, visto que o aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que quando suspenso, as cifras reverterem, (PESSUTO; CARVALHO, 1998, p. 37).

Também de acordo com a literatura indivíduos que fazem uso de tabaco podem ter a pressão arterial elevada, pois o fumo induz o organismo a uma resistência ao efeito dos medicamentos hipotensores. Portanto é recomendado que pessoas hipertensas sejam estimuladas repetidamente a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas, (BRASIL, 2006).

Recomenda-se ainda que os hipertensos adquiram uma mudança de estilo de vida, reduzindo e controlando o peso e o consumo de sal, moderando o consumo de bebidas alcoólicas, controlando o uso de gorduras e incluindo na sua dieta alimentos ricos em potássio e praticando atividades físicas regularmente, (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006, p. 151).

Porém se sabe que essas mudanças não são fáceis, visto que esta concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos e envolve mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui.

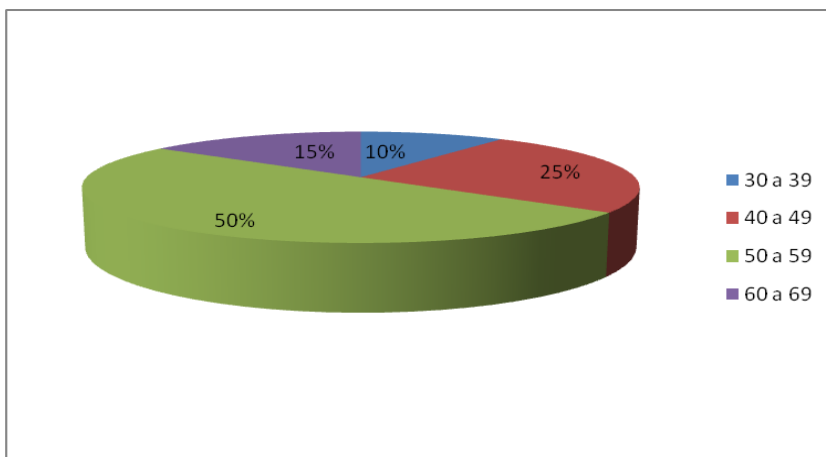


Figura 7: Distribuição da população estudada segundo a Idade

Na figura 7 foi possível observar que 50% dos entrevistados estão na faixa etária de 50 a 59 anos, 25% entre 40 e 49 anos, 15% entre 60 a 69 anos e apenas 10% estão na faixa dos 30 a 39 anos, estudos anteriores também encontraram estes resultados, mostrando que a pressão arterial aumenta linearmente com a idade e que a presença de hipertensão neste grupo requer maior atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela hipertensão, como também por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo, (LESSA, 1998, p. 384).

O aumento da pressão arterial neste grupo ao avançar a idade pode ser justificado pela progressiva redução da complacência dos vasos, enrijecimento das artérias, e diminuição de sua elasticidade, entre outros aspectos fisiopatológicos que comprometem a boa função cardíaca. Foram encontrados resultados semelhantes em estudos epidemiológicos em que a maior prevalência da doença ocorreu em pessoas mais velhas, (MONTEIRO, 2000. p. 249).

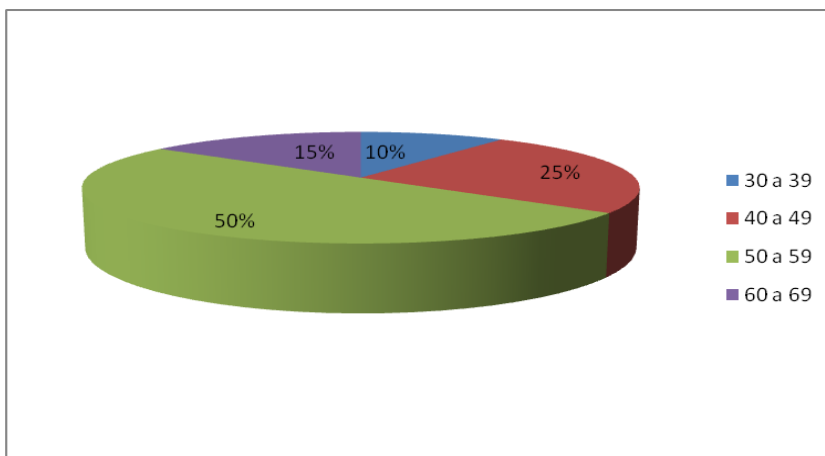


Figura 8: Distribuição da população estudada de acordo com a etnia

Segundo Lima (1999), a etnia negra é um forte fator predisponente à HAS, deixando as pessoas afro-brasileiras expostas ao desenvolvimento de uma hipertensão mais severa, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas às pessoas de etnia branca.

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), esta doença é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas; visto que a raça negra apresenta forte fator predisponente à HAS, deixando as pessoas afro-brasileiras expostas ao desenvolvimento de uma hipertensão mais severa, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas às pessoas de etnia branca.

No trabalho realizado por Dias et al (2007) em Belém do Pará num estudo epidemiológico dos pacientes hipertensos verificou se um maior número de mulatos e mestiços com a doença, o que pode ser explicado pelo alto grau de miscigenação na região onde o mesmo foi realizado. Neste estudo, de acordo com a figura 8, no entanto, houve a predominância da hipertensão em declarados pardos, pois dos 20 indivíduos entrevistados, 40% se declaram pardo, 35% branco e 25% negro, talvez pelo fato de haver ainda a dificuldade em assumir a cor negra.

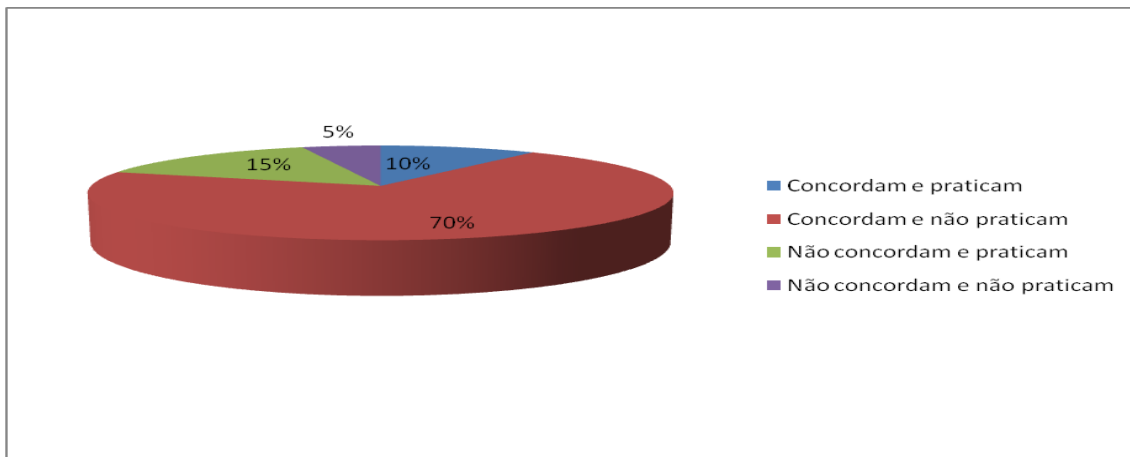


Figura 9: Percepção da população estudada em relação à importância da prática de atividade física

Dos participantes da pesquisa, 80 % têm consciência da importância da atividade física no controle da pressão arterial e na melhoria da qualidade de vida, porém 70% não praticam, enquanto apenas 10% entendem a importância e praticam pelo menos três vezes por semana.

De acordo com Pessuto; Carvalho (1998), quando a atividade física é realizada regularmente, melhora a condição física e a saúde do coração, devendo o exercício ser realizado, no mínimo, três vezes por semana, com duração de pelo menos vinte minutos, e ser uma atividade regular, pois quando a mesma é interrompida a condição física deteriora-se rapidamente.

Portanto, é essencial que pacientes hipertensos iniciem atividades físicas regularmente, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso.

O programa de condicionamento físico tem sido frequentemente recomendado como uma conduta importante no tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. Existe uma relação inversa entre a quantidade de atividade física e a manifestação de hipertensão arterial, (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2007, p. 153).

Os participantes da pesquisa concordaram que a prática de atividades físicas é importante no controle da hipertensão arterial, e que seria muito importante a prática destas atividades dentro da unidade de saúde.

Acreditam também que a realização de atividades físicas regularmente ainda podem trazer benefícios para o sistema osteomuscular, ajudar a baixar o peso, e prevenir os efeitos secundários de doenças crônicas como dislipidemia, obesidade, e o diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida com custo baixo e risco mínimo.

Em vários estudos realizados, ficou comprovado que quando o paciente hipertenso é submetido a um programa de exercício controlado, ele pode além de ter controlada a pressão arterial, ainda pode aumentar a capacidade cardiovascular, e também em alguns casos, passar ser a única forma de tratamento não farmacológico ou ainda reduzir a dose dos medicamentos, (REZA; NOGUEIRA, 2008. p. 267).

5.1.2 Questionário aplicado aos Profissionais de Saúde

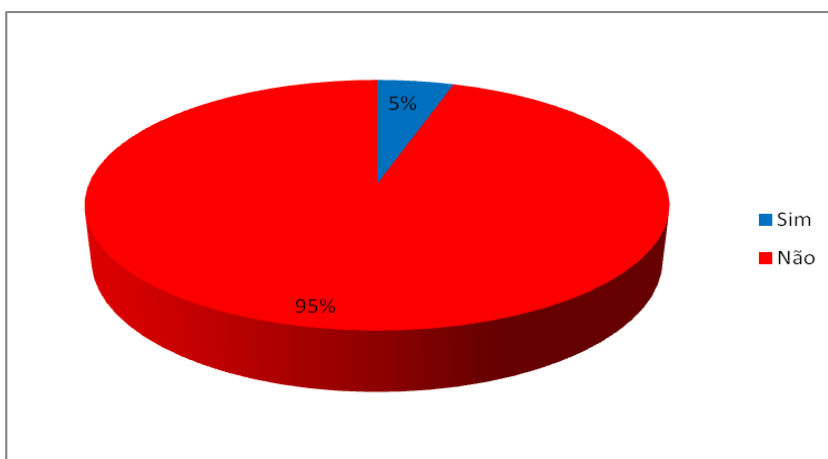


Figura 11: Programa de Atividade Física na ESF

De acordo com o gráfico, 95% dos entrevistados relataram que a Estratégia da Saúde da Família não oferece um programa de atividade física para os pacientes que são acompanhados na unidade, o que vai de contra com

a disseminação da prática habitual de atividades físicas orientadas por profissionais de Educação Física, no auxílio a saúde pública, levando à redução dos gastos com tratamentos e internações hospitalares, na prevenção, promoção e reabilitação da saúde pregada pelo conselho federal de Educação Física, (CONFEF, 2002).

Ainda segundo Stein (2009), é muito importante à inserção da do profissional de educação física na área da saúde, pois esta visa tanto a recreação, como reabilitação e, principalmente, a prevenção e promoção da saúde, além da educação do corpo para que ocorra a preservação desta, pois a atividade física, por si só, já desempenha um acréscimo à saúde e qualidade de vida.

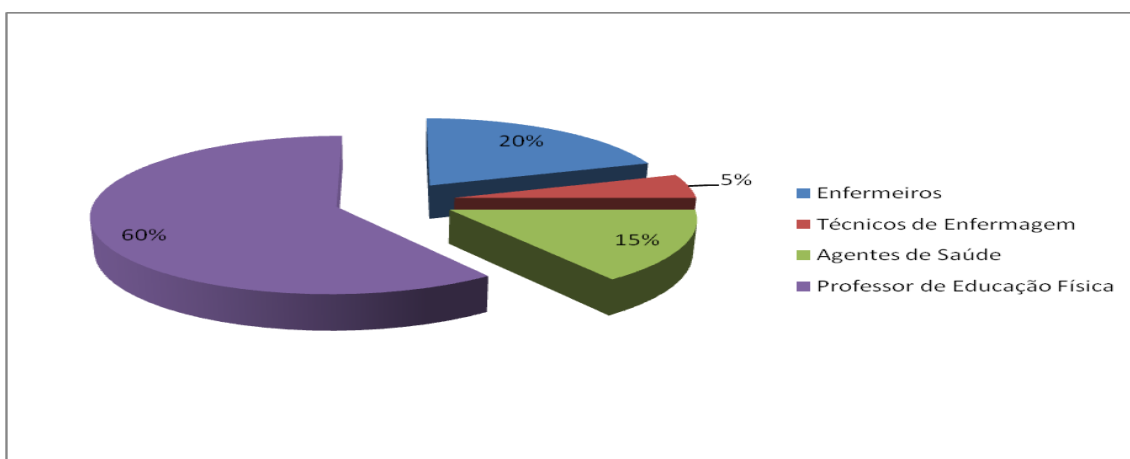


Figura 12: Profissional que deve executar atividades físicas dentro da ESF

Também foi possível verificar que 60% dos profissionais acreditam que a prática de atividades físicas deve ser ministrada pelo profissional capacitado para este trabalho, visto que os demais apesar de saber da importância da atividade física no controle da hipertensão e da melhoria da qualidade de vida, não se sentem competentes para orientar os pacientes quanto ao melhor exercício, cuidados e outros direcionamentos.

No entanto, 40% afirmaram que outras pessoas da equipe de saúde podem ministrar atividades físicas, visto que são atividades costumeiras, e que basta boa vontade e afinidade com a tarefa, no entanto, é sabido que o profissional de educação física é especialista em atividades físicas, nas suas

diversas manifestações; ginásticas, exercícios físicos, jogos, danças, atividades rítmicas e expressivas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, relaxamento corporal, e outras práticas corporais, tendo como propósito prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, (CONFEEF, 2002).

Ainda sobre este assunto, o profissional de educação física atuará avaliando o estado funcional e morfológico dos beneficiários, estratificando e diagnosticando fatores de risco à saúde, prescrevendo, orientando e acompanhando exercícios físicos, tanto para pessoas consideradas “saudáveis”, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, quanto para grupos de portadores de doenças e agravos, atuando diretamente no tratamento não farmacológico e intervindo nos fatores de risco, (CONFEEF, 2002).

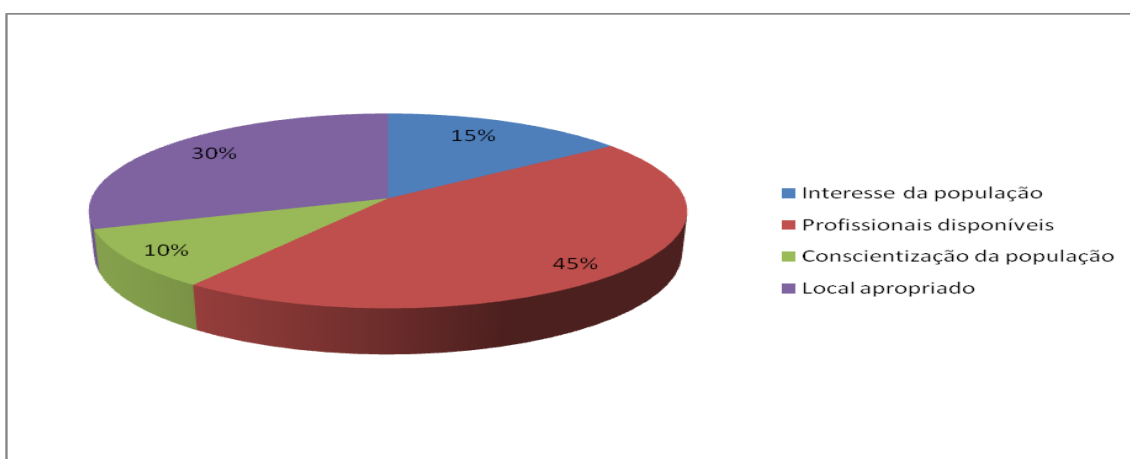


Figura 13: Dificuldade de implementação de Atividades Físicas dentro da ESF

De acordo com o gráfico 45% dos entrevistados relataram ser uma das maiores dificuldades de implementação de um programa de atividade física dentro da ESF a falta de profissionais de educação física dentro do quadro de servidores da secretaria, sendo 30% pela falta de local apropriado e 15% seguido de 10% pela falta de interesse e da conscientização da população, respectivamente.

Estes resultados podem dificultar a criação de programas de atividades físicas dentro das unidades de saúde, indo contra os preceitos do SUS ,que prega como objetivos das ESFs, não apenas buscar a ausência de

doenças com a questão da assistência médica e acesso a medicamentos, mas também o de oportunizar uma saúde voltada para o aspecto biopsicossocial, a mudança de estilo de vida como uma estratégia para a qualidade de vida, (PITANGA, 2002, p. 51).

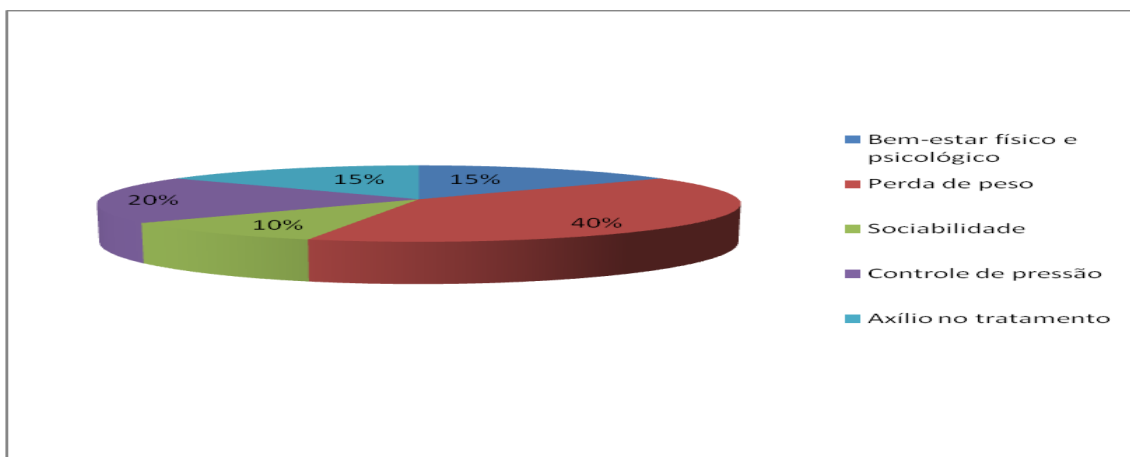


Figura 14: Benefícios que o programa de atividades físicas pode trazer ao paciente hipertenso

Conforme mostra gráfico, em relação aos benefícios que um programa de atividades físicas dentro da estratégia da família, pode trazer aos pacientes acompanhados pela Estratégia da Família, 40% dos entrevistados relacionaram a perda de peso, enquanto 20% ao controle da pressão arterial, 15% ao bem estar físico e psicológico, como por exemplo, o alívio da depressão e melhora da autoestima, enquanto outros 15% relacionaram a auxílio no tratamento contra hipertensão arterial.

Sobre os benefícios que a prática de atividades físicas pode trazer a quem pratica, destaca se o combate à doença aterosclerótica coronariana; hipertensão arterial sistêmica; acidente vascular encefálico; doença vascular periférica; obesidade; diabetes mellitus tipo 2; osteoporose e osteoartrose; câncer de cólon, mama, próstata e pulmão; além de ansiedade e depressão, (PATE et al., 1995, p. 405).

Porém percebe se também que grande parte dos entrevistados desconhecem os benefícios da prática de atividades físicas no tratamento da hipertensão, visto que apenas 20% deles relacionaram benefícios da prática ao

tratamento, mesmo quando as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), o tratamento da hipertensão arterial deve incluir medidas não medicamentosas de controle da pressão arterial, dentre as quais destacam-se a realização regular de exercícios físicos aeróbios e o treinamento em relaxamento.

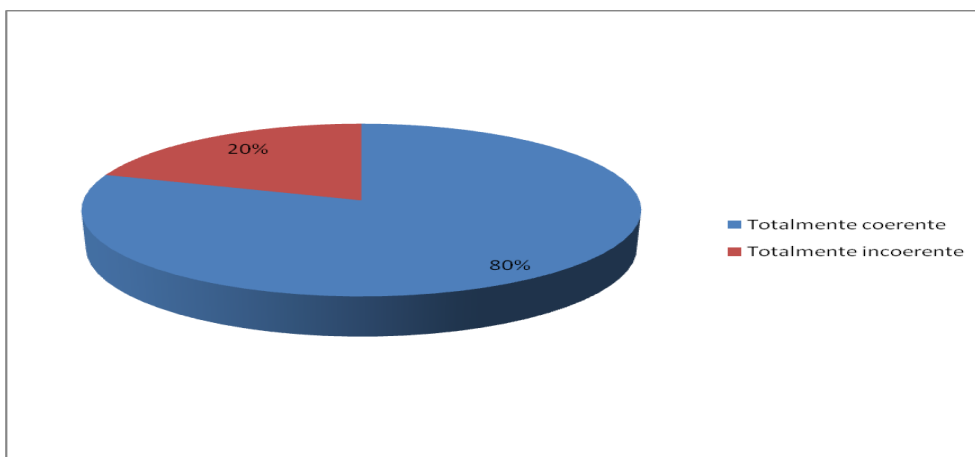


Figura 14: Ausência do professor de Educação Física na ESF

No gráfico Quanto à ausência do professor de educação física atuando na ESF com programas de atividades físicas, 80% afirmaram ser totalmente incoerente a ausência do profissional de Educação Física dentro das ESFs, visto que eles estão capacitados para indicar qual a melhor atividade física, a frequência, a intensidade, assim como prestar orientações quantos aos cuidados, além de vários estudos relacionarem à prática de atividades físicas diretamente ligadas a redução da pressão arterial e na prevenção de doenças não degenerativas e cardiovasculares.

A atividade física é essencialmente importante para o controle da pressão arterial e para a prevenção de outras doenças cardiovasculares, por esse motivo a Associação Americana de Cardiologia (2003) propôs um Guia de ações de cuidados de saúde e prevenção de doenças cardiovasculares com sugestões e estratégias para serem implementadas na atenção básica. Dentre as diversas sugestões inclui-se a prática de exercício físico como auxiliar na redução de fatores de risco de doença arterial coronariana.

Mas para que seja implantado um programa de atividade física na assistência básica é necessário que tenha a atuação do profissional de

educação física, o qual está legalmente capacitado para desempenhar este papel, auxiliando e promovendo mudanças no estilo de vida destes cidadãos, programando e fomentando a atividade física dos grupos nas unidades de saúde, (ALCÂNTARA, 2004, p. 63).

6. CONCLUSÃO

Através do estudo realizado, conclui-se que a maioria dos pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe de saúde da família estudada não praticam nenhum tipo de atividade física, o que dificulta o tratamento clínico da doença. Observou-se ainda, quanto aos índices antropométricos, que se trata de uma população com sobrepeso ou obesidade, com predomínio de obesidade abdominal, já que a RCQ foi elevada na maioria.

Independentemente do valor do IMC, a concentração de gordura no abdome está frequentemente associada à elevação da pressão arterial, sendo a circunferência abdominal acima dos valores de referência um fator preditivo de doença cardiovascular, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso, (Ministério da Saúde, 2006). Assim, a constatação do sedentarismo no grupo estudado, bem como o sobrepeso e o RCQ elevado exigem medidas que levem à mudança desse hábito e desse padrão de distribuição de gordura corporal na população.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial.

Portanto, a implantação de um programa de atividades físicas dentro da unidade de saúde com objetivos de ajudar a diminuir a prevalência da hipertensão arterial, melhorar o controle dos níveis pressóricos dos hipertensos, reduzir o risco de doença arterial coronariana e de acidentes

vasculares cerebrais, além de diminuir a mortalidade em geral e de facilitar o controle do peso.

Para a orientação de um plano de exercícios adequado na estratégia de saúde da família é importante a presença de um profissional treinado para esse fim, visto que, segundo observado neste estudo, a maioria dos profissionais que compõem a equipe não são capacitados para essa atividade.

Apesar de ainda não contar com um profissional de Educação Física em sua composição ou nos núcleos de apoio a ESF, acredita-se que a estratégia da saúde da família pode se tornar um espaço propício para implementação de um programa de atividades físicas voltadas para ações de prevenção e controle da hipertensão arterial, pois pode implantar práticas assistenciais que permitam a participação e diálogo entre profissionais, usuários, familiares e gestores.

A inclusão de um programa de exercícios físicos no grupo educativo para hipertensos poderá trazer muitos benefícios para os participantes, uma vez que neste grupo, o relacionamento humano e a ajuda mútua são eficazes no rompimento de obstáculos encontrados nas mudanças de hábitos não saudáveis, principalmente daqueles que exigem esforço e disciplina permanente, como é o caso dos hipertensos.

Para facilitar a adesão dos pacientes a um programa de atividades física dentro da unidade da estratégia é necessário que, além de orientações educacionais a respeito de atividade física, conscientize os pacientes sobre os benefícios do programa, proporcione atividades físicas de modo que sejam prazerosas e lúdicas, diferenciadas, partindo de atividades simples, leves e de baixo impacto.

Compreende-se aqui que a inserção do profissional de educação física atuando na estratégia da saúde da família é essencial, uma vez que ele está capacitado para conscientizar a população sobre a gravidade da doença e a importância de hábitos saudáveis tanto na prevenção quanto no tratamento não medicamentoso da doença.

O papel do profissional de educação física inserido na equipe de Saúde da Família é de extrema importância uma vez que pode desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde de caráter interdisciplinar, como a elaboração de um programa de condicionamento aeróbico através de caminhada, exercícios de alongamento além de orientações para o auxílio ao controle da hipertensão arterial.

É importante que se desenvolvam outros estudos semelhantes a este para conhecer o perfil da população hipertensa e verificar se a deficiência no tratamento dessa doença, quando se diz respeito a prática de atividade física, é isoladamente um problema da equipe estudada ou se estende a outras equipes. Sendo o exercício físico tão importante na prevenção e controle da hipertensão arterial, a identificação dessa dificuldade serviria de forte argumento para a inserção do Educador Físico na equipe multiprofissional de Saúde da Família.

7. REFERÊNCIAS

ALCÁNTARA, Francisco Cavalcante. Estudo Bibliográfico Sobre o Processo Histórico de Atuação do Educador Físico e da sua Inserção na Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral-CE. 2004. 65f. Monografia (Especialização com Caráter de Residência em Saúde da Família) - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú. Disponível em: <<http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/downloads/monografias/pdf>>.

Acesso em: 04 mai. 2011.

ANDERSON, Maria Inez Padula; GUSSO, Gustavo; FILHO, Eno Dias de Castro. Medicina de Família e comunidade: especialista em integralidade. Rev APS. v. 8. p. 49-60. 2005.

ARAÚJO, Denise Sardinha Mendes Soares de; ARAÚJO, Claudio Gil Soares de. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. Rev Bras Med Esporte. v. 6, n. 5, p.194-203. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922000000500005&script=sci_arttext>

Acesso em: 07 mar. 2012.

BARRETO-FILHO, José Augusto Soares; KRIEGER, José Eduardo. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. Revista Brasileira de Cardiologia. Estado de São Paulo 2003. v. 13. p. 46-55, jan.-fev. 2003

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF: 4 mar. 2008. nº 43. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>>.

Acesso em: 22 out. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria nº 2027, de 25 de agosto de 2011. Dispõe sobre a carga horária dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109380-2027.html>>. Acesso em: 22 mai. 2012.

BORENSTEIN, Miriam Susskind. Manual de Hipertensão. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999. p. 92.

COQUEIRO, Raildo da Silva; NERY, Adriana Alves; CRUZ, Zoraide Vieira. Inserção do Professor de Educação Física no Programa de Saúde da Família: discussões preliminares. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires. Ano 11. nº 103. dez 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd103/professor-educacao-fisica.htm>>. Acesso em: 04 jun. 2012

CONFED. Formação Superior em Educação Física. 2002. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd145/o-profissional-de-educacao-fisica-e-a-promocao-da-saude.htm>>. Acesso em 21. jun. 2012.

COOPER, Kenneth H.; Controlando a hipertensão. 1ª edição. Editora Nórdica, 1990.

DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDÍACA. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 84, n. 5, p. 431-440, mai. 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 28. jul. 2012

DIAS, Jônatas Antonio et al. A importância da execução de atividade física orientada: uma alternativa para o controle de doença crônica na atenção primária. Revista Digital - Buenos Aires - Ano 12 - Nº 114 - Novembro de 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd114/a-importancia-da-execucao-de-atividade-fisica-orientada.htm>>. Acesso em: 13. jul. 2012.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, V. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2007. p. 138-155 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 abr. 2012.

FUCHS, Flávio Danni; WANNMACHER, Lenita. Eficácia anti-hipertensiva do condicionamento físico aeróbico. Uma análise crítica das evidências experimentais. 4 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 99. Disponível em: <<http://issuu.com/guanabarakoogan/docs/fuchs-isuu>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

GIBERTONI, Larissa. “**Sedentarismo X Exercício e o coração**”. 2009. 23 f. Dissertação (Graduação) - Curso de Fisioterapia Aplicada A Cardiologia, Departamento de Fisioterapia Aplicada A Cardiologia, União Das Instituições Educacionais do Estado de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/46066535/Trabalho-de-Cardio-Pronto-Tamy>>. Acesso em: 24 maio 2012.

GUSMÃO, Josiane Lima de; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida para Hipertensos de Bulpitt e Fletcher. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, n. 43, p.1034-1043, 26 jun. 2009. Anual. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a07v43ns.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2012.

HILL, James O. Understanding and addressing the epidemic of obesity: an energy balance perspective. Revista Endocrinologia; v.27 n.7: p.750-761. 2006

III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Campos do Jordão. Hipertensão arterial. São Paulo: 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27301999000400004&script=sci_arttext>. Acessado em: 18 abr. 2012.

ISHITANI, Leonice Harumi; FRANCO, Glaura da Conceição; PERPÉTUO, Ignes Helena Oliva; e FRANÇA, Elizabeth. Desigualdade social e mortalidade

precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. Revista Saúde Pública. Edição 40. Vol.4, p. 432-443. 2006.

IRIGOYEN, Maria Claudia et al. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. -- Vol.1, n.1 (1991) -. -- São Paulo ISSN 0103-8559, p. 20-45, jan. a fev. 2003. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

KRINSKI, Kleverton et al. Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. EFDeportes.com, Revista Digital, Buenos Aires, v. 10, n. 93, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

LESSA, Ínes. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Rev. Bras. Hipertensão. v. 8. p. 383-92. 2001. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-4/epidemiologia.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

LIMA, Livia P; GAZETTA, Claudia E. Análise do programa de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. Arq. ciênc. Saúde; v. 14, p. 92-98, abr.-jun. 2007. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-2/IIDD202.pdf. Acesso em: 17 mai. 2012.

LIMA, Roberta de. ETNIA NEGRA: UM ESTUDO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL ESSENCIAL (HAE) E OS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES. 1999. 17 f. Dissertação (Graduação) - Curso de Enfermagem e Obstetrícia, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense - UFF, Rio de Janeiro - RJ, 1999. Disponível em: <www.uff.br/nepae/siteantigo/detecnegro.doc>. Acesso em: 26 fev. 2012.

LUCENA, Dilma et al. A Inserção da Educação Física na Estratégia Saúde da Família em Sobral / CE. SANARE. Ano v, n 1, trimestral, 2004.

MARTÍN ALFONSO, Libertad; SAIRO AGRAMONTE, Magaly; BAYARRE VEA, Héctor D. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento en pacientes

hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr. v. 19. 2003. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi09203.htm>. Acesso em: 17 mai. 2012.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. — Da desnutrição para a obesidade : a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. (ed. lit.) — Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000. p. 247--255.

NASF: OS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA CONHECEM? Buenos Aires: Revista Digital, v. 14, n. 141, p. 1-7. 01 fev. 2010. Anual. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd141/nasf-os-professores-de-educacao-fisica-conhecem.htm>>. Acesso em: 25 mai. 2012.

NETO, Turíbio Leite Barros. (2003). Sedentarismo. Disponível em: <<http://brisasolucoes.com.br/sites/puvm/areas-da-vida/saude/fisica/atividade-fisica>>. Acesso em: 06 jul. 2012.

NERI, Anita Liberalesso. FREIRE, Aparecida Sueli. A. (org.). E por falar em boa velhice. São Paulo: Papirus, 2000.

NIEMAN, David. C. – Exercício e Saúde. São Paulo. Editora Manole, 1999.

PATE, Russell et al. Atividade Física e Saúde Pública - Uma recomendação dos Centers for Disease Control and Prevention e pelo American College of Sports Medicine. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. v. 273, n. 5, p. 402-407. 1995. Disponível em: <<http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000391/p0000391.asp>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

PEREIRA, Rosângela Alves; SICHIERI, Rosely; MARINS, Vânia Maria Ramos de. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. Cad Saude Publica 1999; v. 15. p. 333-44.

PESSUTO, Janete et al. FATORES DE RISCO EM INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL. Revista Latino-americana de Enfermagem, São

Paulo, v. 6, n. 1, p. 33-39, 01 jan. 1998. Mensal. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411691998000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 ago. 2012.

PESCATELLO, Linda, et al. Short-term effect of dynamic exercise on arterial blood pressure. *Circulation* 1991; 83:1557-61. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE&exprSearch=2022015&indexSearch=UI&lang=p>> Acesso em: 02 ago. 2012.

PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, Brasília, v. 10, nº. 3, p. 49-54, jul. 2002. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd103/professor-educacao-fisica.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

REGENGA, Marisa de Moraes. *Fisioterapia em Cardiologia: da UTI à Reabilitação*. São Paulo: Roca. p. 417. 2000. 2ª. ed. São Paulo: Disponível em: <<http://www.fisioterapiaemcardiologia.dauti.reabilitacao-regenga>>. Acesso em: 22 jun. 2004.

REZA, Cleotilde Garci; NOGUEIRA, Maria Suely. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, 50 México. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, nº. 12, p. 265-70, 2008.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; SILVA, Raimunda Magalhães. *Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado*. 317129. ed. São Paulo: Unifor, 2002. p. 94. Disponível em: <<http://www.google.com.br/Atendimento-multiprofissional-interdisciplinar-clientela-hipertensa-relato-de-experiencia>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

SHARKEY, Brian Jeffrey. *Condicionamento físico e saúde*. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 1998.

STEIN, Christiane Keim. Educação física e programa de saúde da família: mundos que se comunicam. Anais: IX Congresso Nacional de Educação – EDUCARE, III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. PUCPR. Paraná, outubro, 2009. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/trabalhos_1.html>. Acesso em: 03 ago. 2012.

SIMÕES, Marcos. Vinícius. & SCHMIDT, André. Hipertensão arterial como fator de risco para doenças cardiovasculares. Medicina, Ribeirão Preto, v 1, nº 29, p. 214-219, Semestral. 1996.

SOUZA, Valéria Alvin Igayara de. Atividade Física. Consultoria Fitness. Ano 2001. Disponível em: <www.uol.com.br/cyberdiet>. Acesso em 20 jul. 2012.

STEPHENS, Thomas. Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys. Preventive Medicine, New York, v. 17, nº. 1, p. 35-47, 1988.

TOLEDO, Melina. Mafrá; RODRIGUES, Sandra. Cássia. CHIESA, Anna. Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Texto e Contexto, Florianópolis, v. 16, nº. 2, p. 233-238 Abr. 2007.

TOPOL, Eric J. (Ed.). Tratado de cardiologia. 2 ed. Tradução de Adriana Ito Azevedo et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. Hipertensão Arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. v. 22, n. 2. p. 1-18, Rio de Janeiro, 2006.

World forum on physical activity and sport. Atividade Física, saúde e bem estar. Quebec, UNESCO, cio/ioc, OMS/Who, wfs gj, 1995.

8. APÊNDICE

8.1 APÊNDICE A – Questionário biossocial dos participantes do grupo de Hipertensos da ESF 395.

Avaliador: _____

Data da Avaliação: ____/____/20____

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: Idade completa: () 18-29 () 30-39 () 40-49 () 50-59 () 60 a 69
() ≥74

Etnia: () Branco () Negro () Pardo () Asiático

Escolaridade

() Analfabeto () 1º Grau Completo () 1º Grau Incompleto

() 2º Grau Completo () 2º Grau Incompleto

() 3º Grau Completo () 3º Grau Incompleto () Pós-Graduado

Ocupação Atual: () Do lar () Comércio () Aposentado () outros ()
Nenhuma()

Tabagismo: fuma?

() Sim () não

Etílico?

() sim () não

1)Participa de grupos de hipertensos

()Sim ()Não

2)Pratica alguma atividade física regularmente?

Sim () Não () Qual?

3)Caso seja uma resposta afirmativa, qual atividade física pratica?

Caminhada () ciclismo() musculação() natação() dança () lutas()
outros ()

4)Caso seja uma resposta afirmativa, quantas vezes por semana realiza esta atividade?

() 1 vez por semana () 2vezes por semana
() 3 vezes por semana () mais que 3 vezes por semana

5)Em sua opinião, quais as ações importantes para o controle da Hipertensão Arterial?

***pode marcar mais de uma alternativa.**

()Praticar exercícios físicos regulares
()alimentar- se corretamente;
()Tomar os remédios prescritos pelo médico.
()Outros.
() nenhuma.

6)Em relação à prática de atividade física regular:

() a. Você entende que é importante, mas não pratica.
() b. Você entende que é importante e pratica.
() c. Você não considera importante, mas pratica.
() d. Você não considera importante e nem pratica.

7)Quais os motivos que o levaram a permanecer / desistir do programa de exercício físico?

[]falta de locais para a prática

[]distância

[]motivação

[]falta de acompanhamento profissional nas atividades praticadas.

8)Você julga importantes as práticas de atividades físicas para pacientes hipertensos dentro das unidades de Saúde da Família do Recanto das Emas?

sim () não ()

8.2 APÊNDICE B – Questionário aplicado aos profissionais de Saúde.

O objetivo deste questionário foi analisar as percepções dos profissionais de saúde da Regional de Saúde do Recanto das Emas acerca da importância do profissional de educação física no Programa Saúde da Família (PSF). Como objetivos específicos elegemos caracterizar e analisar a prática da atividade física nos PSFs equipe 395.

Avaliador: _____

Data da Avaliação: ____/____/20____

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____

1.A ESF oferece algum programa de atividade física para hipertensos?

sim () não ()

2) Caso afirmativo:Que programa de atividade física são realizadas?

Aeróbica: caminhada, corrida... ()

Localizada: alongamentos, ginásticas sem aparelho, musculação () não sei

Nenhuma ()

Outras ()

3) Caso a resposta seja afirmativa,qual a formação do responsável que desempenha esta atividade?

- a) Educador Físico ()
- b) Técnico de Enfermagem ()
- c) Enfermeiro ()
- d) ACS ()
- e) Outros ()

3) Quais os benefícios você acredita que a Prática de Atividade Física pode trazer para o Hipertenso?

- Bem estar físico e psicológico ()
- Perda de peso ()
- Sociabilidade ()
- Controle da pressão arterial ()
- Auxílio no tratamento ()

4) Qual profissional você considera mais capacitado para ministrar Atividades Físicas para Hipertensos dentro da ESF?

- a) Médico ()
- b) Enfermeiro ou técnico ()
- c) ACS ()
- d) professor de Educação Física ()
- e) Outros ()

5).você acredita que a atuação do profissional de Educação física dentro das ESF contribuiria para a Qualidade do tratamento da Hipertensão arterial?

sim () Não ()

6).Quais os fatores que dificultam a implementação de um programa de Atividade Física dentro da Unidade para Hipertensos?

a)falta de interessa da população

b)profissionais disponíveis

c)falta de conscientização da população

d)falta de local apropriado

e)outras()

7).Você julga importante a atuação do profissional de Educação Física dentro da ESF?

sim () não ()

8).Você considera importante as práticas de atividades físicas para pacientes hipertensos dentro das Unidades de Saúde da Família do Recanto das Emas?

sim () não()

9) Você tem conhecimento da atuação regulamenta do profissional de Educação Física na equipe multidisciplinar conhecida como NASF,para dar suporte as ESFs?

sim () Não ()

10) Sobre a ausência do Profissional de Educação Física na equipe multidisciplinar você considera :

Totalmente coerente ()

Totalmente incoerente ()

ANEXO 1 – Modelo do TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA PRÓ-LICENCIATURA
CURSO: EDUCAÇÃO FÍSICA**

PÓLO: Ceilândia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o documento de consentimento de sua participação, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A Prática de Exercícios Físicos e Hipertensão arterial: um estudo de caso na Estratégia de Saúde da Família. Equipe 395 do Recanto das Emas/DF

Responsável: Gildete

Descrição da pesquisa:

A Pesquisa tem como objetivo verificar quais atividades físicas são praticadas pelos hipertensos cadastrados na área de cobertura da Equipe 395 da ESF do Recanto das Emas /DF.

A pesquisa será composta de uma amostra de 20 pacientes, escolhidos aleatoriamente durante a reunião de hipertensos e para compor a equipe multiprofissional será entrevistados 5 agentes comunitários de saúde, 4 auxiliares de enfermagem, o enfermeiro e a médica da equipe.

Os instrumentos de coleta de dados serão um questionário com questões fechadas aplicadas na reunião de hipertensos, mensuração de medidas antropométricas além de entrevista com os profissionais de saúde desta equipe, sobre a equipe multidisciplinar e ausência do professor de educação física neste programa, confrontando a teoria com a prática.

Observações importantes:

A pesquisa não envolve riscos à saúde, integridade física ou moral daquele que será sujeito da pesquisa. Não será fornecido nenhum auxílio financeiro, por parte dos pesquisadores, seja para transporte ou gastos de qualquer outra natureza. A coleta de dados deverá ser autorizada e poderá ser acompanhada por terceiros. O resultado obtido com os dados coletados, bem como possíveis imagens, serão sistematizados e posteriormente divulgado na forma de um texto monográfico, que será apresentado em sessão pública de

avaliação disponibilizado para consulta através da Biblioteca Digital de Monografias da UnB.

TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____,
RG _____, CPF _____ responsável pela
instituição: ***Estratégia da Saúde da Família Equipe 395 do Recanto Das
Emas/DF***, autorizo, conforme abaixo assinado, a utilização para fins acadêmico
científicos do conteúdo do (teste, questionário, entrevista concedida e imagens
registradas – o que for o caso) para a pesquisa:
_____ (título do projeto de pesquisa).

Fui devidamente esclarecido pelo (a) estudante: _____

_____, MATRÍCULA _____

sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os seus objetivos e finalidades. Foi-me garantido que a instituição ou qualquer um de seus participantes poderão desistir de participar em qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade. Também fui informado que os dados coletados durante a pesquisa, e também imagens, serão divulgados para fins acadêmicos e científicos, através de Trabalho Monográfico que será apresentado em sessão pública de avaliação e posteriormente disponibilizado para consulta através da Biblioteca Digital de Monografias da UnB.

Local e data

Nome e Assinatura

Carimbo da Instituição