



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ**  
**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR**  
**Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação - VRPPG**  
**Centro de Ciências da Saúde - CCS**  
**Mestrado em Educação em Saúde**

ITANA LISANE SPINATO DALCASTEL

**A ADESÃO DO USUÁRIO HIPERTENSO AO EXERCÍCIO FÍSICO -  
PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE**

FORTALEZA – CEARÁ  
2006

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ITANA LISANE SPINATO DALCASTEL

**A ADESÃO DO USUÁRIO HIPERTENSO AO EXERCÍCIO FÍSICO -  
PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde.

LINHA DE PESQUISA: Avaliação de políticas e práticas na atenção à saúde.

Apoio: MS/CNPq/FUNCAP

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

ITANA LISANE SPINATO DALCASTEL

**A ADESÃO DO USUÁRIO HIPERTENSO AO EXERCÍCIO FÍSICO –  
PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde.

**DATA DE APROVAÇÃO:** Fortaleza, 19 de outubro de 2006.

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Zélia Maria de Sousa Araújo Santos - UNIFOR  
**Orientadora/Presidente**

Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano - UFC  
**Examinadora**

Profa. Dra. Daniela Gardano Bucharles Mont'Alverne - UNIFOR  
**Examinadora**

Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Júnior - UNIFOR  
**Examinador Suplente**

Dedico esta dissertação de mestrado para aquela que sempre esteve ao meu lado, incondicionalmente, quem nunca deixou de acreditar no meu potencial e a quem eu devo a vida: A você mãe com amor.

## AGRADECIMENTOS

Durante o período do Mestrado em Educação em Saúde, pessoas importantes passaram pela minha vida, contribuindo de alguma forma para meu crescimento pessoal, intelectual e profissional. Tenho muito a agradecer e muitos com quem dividir o mérito deste produto. Fiz colegas e verdadeiros amigos que sempre estavam dispostos a contribuir, escutar, rir e, por vezes, dividir as angústias do momento comigo.

Quero agradecer profundamente a todos os professores, pois foi durante as aulas ministradas que descobri a magnitude da Educação em Saúde. Desses em particular a minha orientadora, Professora Zélia, pelo carinho com que me acolheu, permitindo meu crescimento, valorizando os acertos e acima de tudo mostrando-se realmente mestre e amiga, quando precisei.

Agradeço às professoras Raimundinha e Jane Eyre pela alegria com que sempre me receberam e pelas colocações importantes nos momentos de dúvidas.

Aos Professores Renan, Bruno e Anya agradeço pela prestatividade em ensinar e apoio na construção do trabalho.

Agradeço os meus colegas de turma que me ajudaram aprendendo comigo. Ressalto algumas amigas queridas, como a Luciana, eterna parceira de trabalho, que com sua alegria e juventude proporcionou uma cara alegre ao mestrado. A Érika, Regina Claudia e Daniela pelo exemplo, força e incentivo, não somente na área acadêmica como profissional.

Agradeço aos funcionários do mestrado, aos acadêmicos do grupo de pesquisa, que me ajudaram na coleta de dados, e aos voluntários do estudo que prontamente se dispuseram.

Agradeço aos amigos espirituais que me acompanham, a minha mãe Virgínia, ao meu marido Luis e ao meu irmão Marcelo pelo suporte oferecido fora do mestrado.

E, por fim, o agradecimento especial destina-se ao meu filho Miguel, razão da minha vida, que mesmo pequeno entendeu minha ausência e sempre me recebeu com alegria e amor.

Muito Obrigada!

*“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento.”*

**Platão**

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um problema de saúde pública, podendo ocasionar danos ao corpo porque freqüentemente é diagnosticada somente após as lesões de órgãos alvo, como coração, cérebro, rins, vasos e visão (BRASIL, 2003). Diversos estudos demonstram os efeitos benéficos do exercício físico (EF) sobre a HAS leve e moderada, sendo esta prática adotada como conduta terapêutica nessa clientela (WILLIAMS, 2001). Dessa forma, este estudo foi desenvolvido em dois momentos, promovendo a integração quantitativo-qualitativa de forma complementar. Os objetivos do primeiro momento foram identificar o grau de conhecimento sobre exercícios físicos e a freqüência da prática desses exercícios por pessoas hipertensas. Os resultados demonstram que os usuários apresentavam um conhecimento razoável sobre o EF, assim como os aspectos importantes relacionadas à sua prática, principalmente por tratar-se de pessoas hipertensas, que poderão se beneficiar plenamente com esta conduta de controle e de prevenção da HAS, como também de outros problemas de saúde, não somente relacionados à dimensão biológica, mas à psico-emocional e social. O segundo momento do estudo teve como objetivo analisar as mudanças comportamentais originadas a partir da implementação de uma proposta educativa para a adesão dos usuários hipertensos à essa conduta. Por meio da análise dos dados, concluímos que a motivação para a mudança por meio da ação grupal constituiu um fator de extrema importância para o bom andamento do processo. Nesse contexto, a proposta mostrou-se eficiente no que se propunha, uma vez que a conscientização de que o controle da doença depende da adoção de novos hábitos, incluindo a prática do EF, constituiu a principal meta da proposta. A continuidade do estímulo para a mudança tem papel fundamental nos estágios de consolidação do processo educativo. Por essa razão, acreditamos ser necessária a realização de um programa continuado de extensão que contribua no processo de mudança das pessoas hipertensas, embasado nos pressupostos da educação em saúde, com vista a conduzir os usuários na adoção de hábitos saudáveis, entre esses a prática regular do EF.

**Palavras-chave:** Educação em saúde. Exercício. Hipertensão. Promoção de saúde.

## ABSTRACT

The systemic arterial hypertension is considered a problem of public health, could cause damages to the body because frequently it is only diagnosed after the lesions of organs objective, as heart, brain, kidneys, vases and vision (BRAZIL, 2003). Several studies demonstrate the beneficial effects of the physical exercise (EF) on her you HAVE light and moderate, being this practice adopted as therapeutic conduct in that clientele (WILLIAMS, 2001). In that way, this study was developed in two moments, promoting the quantitative-qualitative integration in a complementary way. The objectives of the first moment went to identify the knowledge degree on physical exercises and the frequency of the practice of those exercises for people hypertens. The results demonstrate that the users presented a reasonable knowledge on EF, as well as the important aspects related to his/her practice, mainly for treating of people hypertens, that will fully be able to benefit with this control conduct and of prevention of the you HAVE, as well as of other problems of health, not only related to the biological dimension, but to the psico-emotional and social. The second moment of the study had as objective analyzes the changes comportamentais originated starting from the implementation of an educational proposal for the adherence from the users hypertens to the that conduct. Through the analysis of the data, we concluded that the motivation for the change through the action grupal constituted a factor of extreme importance for the good course of the process. In that context, the proposal was shown efficient in what he/she intended, once the understanding that the control of the disease depends on the adoption of new habits, including the practice of EF, it constituted the main goal of the proposal. The continuity of the incentive for the change has fundamental paper in the apprenticeships of consolidation of the educational process. For that reason, we believed to be necessary the accomplishment of a continuous program of extension that contributes in the process of change of the people hypertens, based in the presuppositions of the education in health, with view to drive the users in the adoption of healthy habits, among those the regular practice of EF.

**Keywords:** Health education, Hypertension, Health Promotion

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos usuários hipertensos segundo os benefícios e as contra-indicações do exercício físico (n = 45) .....	24
Quadro 2 – Distribuição dos usuários hipertensos segundo a prática do exercício físico (n = 45) .....	25
Quadro 3 – Identificação dos estágios de mudança atingidos pela aplicação da proposta educativa .....	41

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Distribuição dos usuários hipertensos segundo as características sócio-demográficas (n = 45) do exercício físico (n = 45) .....	23
--	----

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
EF	Exercício Físico
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LHAHM	Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
SPSS	Statistical Package for Social Science
V DBHA	V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
VII JNC	The Seventh Report of the Joint Nacional Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of Blood Pressure

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
2. OBJETIVOS .....	16
2.1 OBJETIVO GERAL .....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
3. ARTIGOS .....	17
3.1 O EXERCÍCIO FÍSICO SOB A ÓTICA DO USUÁRIO HIPERTENSO .....	18
3.2 ADEÇÃO DO USUÁRIO HIPERTENSO AO EXERCÍCIO FÍSICO – UMA PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE .....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES	
ANEXOS	

# 1. INTRODUÇÃO

As últimas décadas têm representado um período de mudanças importantes nas condições de vida e de saúde das pessoas. A população está envelhecendo com um padrão de lazer modificado, além de ter promovido profundas transformações nos hábitos de vida. Essas transformações inter-relacionadas têm produzido um padrão de saúde e doença desafiador para os gestores de saúde pública, pela concomitância de rápidas transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas que se traduzem em um aumento das doenças e agravos não transmissíveis (MONTEIRO, 2000). Entre estes, pode-se citar a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que se tornou um problema de saúde pública, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, como a terceira causa de morte no mundo, com aproximadamente 600 milhões de hipertensos. Desses, 500 milhões precisam de intervenção médica imediata. A OMS prevê que até o ano de 2010 as doenças cardiovasculares serão as principais causas de morte nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2003).

A HAS, atualmente, tratando-se de conceito, não pode ser vista apenas como uma condição clínica em que as cifras tensionais estão acima de um determinado valor. Na verdade este agravo existe num contexto sindrômico, com alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas, entre as quais a própria elevação dos níveis tensionais, as dislipidemias, a resistência insulínica, a redução da complacência arterial e a hipertrofia com alteração da função diastólica do ventrículo esquerdo contribuem para o seu aparecimento (NOBRE, 2000).

O hipertenso é todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, com valores de pressão arterial

sistólica igual ou superior a 140mmHg ou com pressão arterial diastólica igual ou superior a 90mmHg, em pelo menos duas medidas realizadas por consulta na posição sentada, repetindo o procedimento em duas ou mais visitas antes de confirmar o diagnóstico (V DBHA, 2006).

Na maioria das pessoas, a HAS não apresenta sintomatologia relevante, por isso é chamada de “doença silenciosa”. Como consequência, pode causar danos ao corpo, porque freqüentemente é diagnosticada somente após as lesões de órgãos alvo, como coração, cérebro, rins, vasos e visão (BRASIL, 1994).

Muitos fatores influem na alteração da pressão arterial (PA) como histórico familiar, idade, sexo, raça, dietas, gordura corpórea, biotipo, função renal, condicionamento físico e massa muscular envolvida nos exercícios, sendo o sedentarismo e a obesidade os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HAS (TAVARES, 1993).

Segundo o VII Joint National Committee (2003), as categorias de maior prevalência na população como um todo são aquelas consideradas leve, assim como os riscos relativos à doença. Porém é importante ressaltar que a HAS pode ser, na maioria dos casos, revertida ou controlada nestes estágios, com a mudança dos hábitos e do estilo de vida do indivíduo.

Desde o século XIX, encontra-se referência de exercício físico (EF) e doença cardiovascular, pois as alterações nesse sistema provocadas pelo exercício se estendem à PA. Hoje, há praticamente um consenso sobre os efeitos benéficos do EF sobre a HAS leve e moderada (WILLIAMS, 2001). Estudos epidemiológicos vêm identificando significativa associação inversa entre sua prática regular e a incidência ou risco de desenvolvimento da HAS. De fato, há evidências de que o treinamento com exercícios de *endurance* acarretam, em

médio e longo prazos, uma redução média de 10 mmHg nas pressões tanto sistólica como diastólica (BERLIN, COLDITZ, 2004). Dessa forma, parece-nos razoável recomendar o EF como estratégia terapêutica importante para indivíduos hipertensos.

Para Guedes (2003), o EF feito em pacientes hipertensos tem boa repercussão orgânica e fisiológica, sua eficiência decorre do fato de alterar a vascularização colateral, através da formação de novos vasos sanguíneos, melhorando a irrigação cardíaca, diminuindo a PA basal e melhorando as condições físicas do indivíduo. Este fenômeno está relacionado com uma redução nos níveis plasmáticos de noradrenalina e com a conseqüente inibição do sistema nervoso simpático.

De acordo com Funchal (2004), há uma forte evidência de que as endorfinas liberadas com a prática de EF também atuam para a queda da PA em repouso. Aliados a estes efeitos, existem outros benefícios que o EF pode trazer auxiliando o tratamento de hipertensos, tais como a melhoria da atuação da insulina, diminuição da obesidade com a obtenção do equilíbrio calórico e aprimoramento da concentração plasmática de lipídios e proteínas.

Os indivíduos hipertensos, ao iniciarem um programa de EF regular, devem ser submetidos à avaliação clínica prévia. Os EF devem ser de intensidade moderada, de três a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração, realizados com frequência cardíaca entre 60% e 80% da máxima ou entre 50% e 70% do consumo máximo de oxigênio (V DBHA, 2006).

O EF regular, além de ser necessário no desenvolvimento do condicionamento, é, em termos de promoção de saúde, um parâmetro essencial para a prática de atividades

ocupacionais e de lazer, contribuindo para a auto-suficiência de indivíduos sedentários, idosos, hipertensos e cardiopatas, e vem sendo atualmente utilizado em programas de reabilitação cardíaca, promovendo benefícios significantes, baixo risco e contribuindo para a redução da PA de repouso (MARTINS, 2000).

O papel dos profissionais de saúde, em relação à prática de EF, deve ser o de colocar à disposição da comunidade as informações e os meios necessários para que esta conduta possa ser incorporada ao cotidiano das pessoas, motivando-as para esta prática, visando à mudança nos hábitos de vida e considerando suas diferentes condições, interesses e possibilidades.

Nesse sentido, o EF apresenta-se como um dos principais componentes de um estilo de vida saudável, mas que, infelizmente, vem sofrendo redução na sua prática regular. Os números relativos ao sedentarismo, obtidos em um levantamento nacional nos EUA, nos anos de 1997 e 1998, mostraram que aproximadamente quatro em cada dez dos adultos norte-americanos (38,3%) não realizavam qualquer EF no lazer (SALLIS *et al.*, 2002). No Brasil, estudos de menores proporções estão indicando valores de 60% a 67% de comportamento sedentário em regiões e populações específicas do Nordeste, Sul e Sudeste (FARIAS, 2002).

Mediante a problemática citada, optou-se pelo estudo com objetivo analisar as mudanças comportamentais de indivíduos hipertensos submetidos a uma proposta educativa em saúde para a adesão ao exercício físico.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Analisar as mudanças comportamentais mediante a implementação de uma proposta educativa em saúde para a adesão do usuário hipertenso ao exercício físico.

### 2.2 Específicos

- 1 Descrever as características gerais dos usuários hipertensos;
- 2 Verificar o grau de conhecimento sobre o exercício físico;
- 3 Identificar a experiência prática das pessoas hipertensas com exercício físico;
- 4 Analisar as mudanças ocorridas com a implementação da proposta educativa com vista à adesão ao exercício físico.

### 3. ARTIGOS

#### **3.1 O exercício físico sob a ótica do usuário hipertenso**

O presente artigo atende aos seguintes objetivos:

1. Descrever as características gerais dos usuários hipertensos;
2. Verificar o grau de conhecimento sobre o exercício físico;
3. Identificar a experiência prática das pessoas hipertensas com exercício físico.

Este artigo será submetido à Revista Brasileira de Medicina do Esporte para publicação. ISSN 1517-8692 (Qualis AN)

## O EXERCÍCIO FÍSICO SOB A ÓTICA DO USUÁRIO HIPERTENSO

### *THE PHYSICAL EXERCISE BY THE OPTICS OF THE HYPERTENSION PERSON*

Itana Lisane Spinato Dalcastel<sup>1</sup>  
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup>

#### **RESUMO**

No contexto da promoção de saúde, a prática regular do exercício físico torna-se um parâmetro essencial para atividades ocupacionais e de lazer, contribuindo para a auto-suficiência de indivíduos sedentários, idosos e hipertensos. Este estudo objetivou descrever o grau de conhecimento e a experiência prática do exercício físico de 45 usuários hipertensos, acompanhados na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana, em Fortaleza-CE. Os dados foram coletados através de entrevista, organizados pelo programa SPSS (11.5), representados em tabela e quadros, e analisados com base na literatura selecionada. Os usuários indicaram como benefícios do exercício físico (EF): o controle da pressão arterial, a promoção da saúde, a redução de calorias, a melhora da circulação e opção de lazer. Trinta e oito (84,4 %) usuários caminham regularmente, a frequência observada varia de 3 a 7 vezes por semana; trinta e um (68,9%) preferem o turno da manhã; trinta e oito (84,5%) optam pela prática desta conduta em praça pública; e vinte e oito (62,2%) alimentam-se previamente. Conclui-se que os usuários apresentaram conhecimento razoável sobre o EF, assim como as considerações importantes relacionadas à sua prática, principalmente por tratar-se de uma clientela hipertensa, a qual se beneficia demasiadamente com esta conduta, uma vez que o EF é

---

<sup>1</sup>Mestre em Educação em Saúde. Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Docente da Faculdades Nordeste e Instituto de Ensino Superior do Ceará, Fortaleza – Ceará. itanadalcastel@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutora em enfermagem. Professora titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Enfermeira da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana - LHAHM. Fortaleza-Ceará. zeliasantos@unifor.br zelia\_santos@terra.com.br

uma das medidas de controle e de prevenção da hipertensão arterial sistêmica, das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, bem como de outros problemas de saúde, não só em relação à dimensão biológica, mas à psico-emocional e social.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Exercício. Promoção de Saúde.

## **ABSTRACT**

In the context of the promotion of health, the regular practice of the physical exercise becomes an essential parameter for occupational activities and of leisure, contributing to the individuals' sedentary, senior self-sufficiency and hipertensos. I study descriptive that aimed at to describe the knowledge and the practice of the physical exercise (PE) of 45 users hipertensos, accompanied in the League of Arterial Hypertension of the of Messejana, in Fortaleza-CE. The data were collected through the interview, organized for the program SPSS, acted in table and pictures, and analyzed with base in the selected literature. The users indicated as benefits of the physical exercise - it controls of the blood pressure, promotion of the health, reduction of calories, gets better of the circulation and leisure option. About 38 (84,4%) users walked regularly, the observed frequency varied a week from 3 to 7 times; 31 (68,9%) they preferred the shift of the morning; 38 (84,5%) they opted for the practice of this conduct in public square; and 28 (62,2%) they previously fed. It is ended that the users presented reasonable knowledge on EF, as well as the important considerations related to his/her practice, mainly for treating of a hypertens person, which benefits too much with this conduct, once EF is one of the control measures and of prevention of the systemic arterial hypertension, of the cardiovascular disease and cerebrovasculares, as well as of other problems of health, not only of in relation to biological dimension but to the psico-emotional and social. **Keywords:** Hypertension. Physiscal Exercise. Promotion of health.

---

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública e é considerada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como a terceira causa de morte no mundo, com aproximadamente 600 milhões de hipertensos. Desses, 500 milhões precisam de intervenção médica imediata. A OMS prevê que até o ano de 2010 as doenças cardiovasculares serão as principais causas de morte nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2003).

Conceitualmente, a HAS existe num contexto sindrômico, multifatorial e multicausal, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados e normalmente associados a distúrbios metabólicos, hormonais, hipertrofia cardíaca e vascular (NEGRÃO; BARRETO, 2005)

A classificação diagnóstica da HAS em adultos (acima de 18 anos de idade) refere-se aos valores superiores a 140mmHg para a pressão sistólica e 90mmHg para pressão diastólica, sendo ressaltado a importância do grupo classificado como limítrofe, 130-139 mmHg para sistólica e 80-89 mmHg para diastólica, pois estes indivíduos são os que obtêm maior benefício no tratamento não farmacológico, modificando o estilo de vida (BRASIL, 2006).

Segundo o VII Joint National Committee (2005), as categorias de maior prevalência, na população como um todo, são aquelas consideradas limítrofes e leves, assim como os riscos relativos à doença. Medidas como a redução do peso, a redução da ingestão de sódio e maior consumo de potássio, uma dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição ou abolição do álcool, tabagismo e o exercício físico são de fundamental importância para o tratamento do hipertenso.

Atualmente, em termos práticos, existe um consenso sobre os efeitos benéficos do exercício sobre a HAS leve e moderada. Ensaio clínico trazem evidências de que o exercício físico regular reduz significativamente a pressão arterial em pacientes com HAS, sendo este procedimento incorporado nas condutas de prevenção e controle da doença, desde que os usuários sejam submetidos à avaliação clínica prévia (WILLIAMS, 2001). Uma boa orientação de atividade física para a saúde contempla pelo menos três modalidades: exercícios aeróbios, de fortalecimento muscular e de flexibilidade. O componente aeróbio normalmente usa grandes grupos musculares e exercícios que não demandam habilidades muito específicas, sendo a caminhada um bom exemplo (Organização Pan-Americana de Saúde, 2003).

No contexto da promoção de saúde, a prática regular de exercícios torna-se um parâmetro essencial para atividades ocupacionais e de lazer, contribuindo para a auto-suficiência de indivíduos sedentários, idosos, hipertensos e cardiopatas. Contudo, para que a prática do exercício físico promova a saúde, é necessário que os praticantes dessa conduta sejam adequadamente instruídos. Mediante este fato, questiona-se: os usuários hipertensos são orientados sobre o exercício físico? Eles executam essa conduta corretamente? Diante dos questionamentos propostos, optou-se por este estudo com o objetivo de descrever o conhecimento e a prática do exercício físico de usuários hipertensos.

## **1 MÉTODOS**

Estudo descritivo realizado no período de dezembro de 2005 a janeiro de 2006, na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana – LHAHM, que funciona no ambulatório do Hospital de Messejana, que é uma instituição pública de saúde, situada em Fortaleza – Ceará.

Participaram do estudo 45 usuários hipertensos, independentemente do sexo, idade, que estavam em condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos e que concordaram em participar da pesquisa.

Os dados foram coletados através de entrevista, utilizando-se um roteiro estruturado, contendo: caracterização sócio-demográfica dos usuários, identificação do conhecimento sobre o exercício físico e identificação da experiência prática da caminhada. Posteriormente, os dados foram organizados através do programa *Statistical Package for Social Science* - SPSS (versão 11.5), representados em tabela e quadros. A análise fundamentou-se nas experiências dos participantes, nos pressupostos da educação em saúde e na literatura selecionada.

Os aspectos ético-legais deste estudo atenderam à Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas – CONEP (BRASIL, 1996). A coleta de dados procedeu após parecer favorável do Comitê de Ética da Instituição, onde foi realizado o estudo, e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos entrevistados.

## **2 RESULTADOS**

De acordo com a Tabela 1, a maioria dos usuários hipertensos era do sexo feminino, tinha idade entre 60 e 75 anos, cursou até o ensino fundamental, possuía renda familiar de três ou mais salários mínimos, era aposentada, procedia de Fortaleza-C e coabitava com filhos e/ou cônjuge.

<b>Características sócio-demográficas</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo	Masculino	14	31,1
	Feminino	31	68,9
Faixa etária	40 – 59	17	39,0
	60 – 75	28	61,0
Estado Civil	Casado	24	53,3
	Separado	11	24,5
	Viúvo	10	22,2
Escolaridade	Alfabetizado	07	15,6
	Ens. Fundamental	20	44,4
	Ens. Médio	18	40,0
Renda Familiar*	< 01	11	24,4
	1 – 2	14	31,4
	3 ou mais	20	44,2
Ocupação	Aposentado	25	55,6
	Prendas do Lar	17	37,7
	Outras**	03	6,7
Procedência	Capital	36	80,0
	Interior	09	20,0
Com quem coabita	Cônjuge	6	13,3
	Filhos	18	40,0
	Cônjuge e Filhos	18	40,0
	Sozinho	03	6,7

\* Em salário mínimo, \*\* Mecânico, Doméstica e Comerciante

Segundo o Quadro 1, os usuários indicaram como benefícios do exercício físico, em ordem decrescente: o controle da pressão arterial, promoção da saúde, redução de calorias, melhora da circulação e opção de lazer. Quanto às contra-indicações, informaram pressão elevada e proibição médica.

<b>QUADRO 1</b>			
<b>Distribuição dos usuários hipertensos segundo os benefícios e as contra-indicações do exercício físico. (n = 45).</b>			
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Benefícios</b>	Promoção da saúde	17	37,8
	Redução de calorias	07	15,6
	Opção de lazer	04	8,9
	Controle da PA*	20	44,4
	Melhora da circulação	04	8,9
	Não sabe	17	37,8
<b>Contra-indicação</b>	Proibição médica	07	15,6
	PA* elevada	29	64,4
	Alterações na saúde	16	35,6
	Não sabe	19	42,2

\*Pressão Arterial

Referindo-se ao Quadro 2, 38 (84,4 %) usuários caminham regularmente, a frequência observada variava de 3 a 7 vezes por semana. 31 (68,9%) preferem o turno da manhã, 38 (84,5%) optam pela prática desta conduta em praça pública e 28 (62,2%) alimentam-se previamente. A duração da caminhada varia de 30 a 60 minutos em 38 (84,4 %) entrevistados e, no que diz respeito ao vestuário, todos os participantes vestem-se adequadamente e 35 (77,8%) calçam tênis. Para 30 (66,6%) sujeitos, esta conduta possibilita o controle da HAS e a socialização, para 23 (51,1%) o bem-estar e 7 (15,6%) não observam mudanças significativas com a prática do exercício físico.

<b>QUADRO 2</b>			
<b>Distribuição dos usuários hipertensos segundo a prática do exercício físico (n= 45)</b>			
		<b>n</b>	<b>%</b>
Caminha regularmente	Sim	38	84,4
	Não	07	15,6
Frequência	Diariamente	17	37,8
	2 x por semana	7	15,6
	3 x por semana	17	37,8
	5 x por semana	4	8,9
Vestuário	Camiseta e Short	45	100
Calçado	Tênis	35	77,8
	Sandália	10	22,2
Horário	Manhã	31	68,9
	Tarde	14	31,1
Local	Praça	38	84,5
	Rua	7	15,6
Alimentado	Sim	28	62,2
	Não	17	37,8
Tempo/dia	20 minutos	3	6,7
	30 minutos	11	24,4
	40 minutos	20	44,4
	60 minutos	7	15,6
	> 60 minutos	4	8,9
Mudanças percebidas	Controle da doença	15	33,3
	Socialização	15	33,3
	Não houve mudanças	7	15,6
	Bem-estar	23	51,1

### 3 DISCUSSÃO

Entre os entrevistados, constatou-se que a maioria era constituída por idosos, o que representou em parte o contingente populacional dos hipertensos, composto principalmente por pessoas na terceira idade. Fato coincidente com a prevalência da doença em questão, pois, segundo Lewington *et al* (2002), diversos estudos comprovam que a HAS aumenta linearmente com a idade, significando o aumento no risco relativo de doença cardiovascular.

Relativo à ocupação e à renda familiar, observou-se um número significativo de aposentados e pessoas com renda familiar declarada inferior a um salário mínimo. O nível socioeconômico mais baixo está associado à maior prevalência de HAS e de fatores de risco para o seu surgimento, além de maior risco de lesões em órgãos alvo e eventos cardiovasculares (BRASIL, 2006).

O ensino fundamental predominou entre os entrevistados, ressaltando que a maioria o tinha incompleto. Para Drummond (1999), hábitos dietéticos, incluindo o consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse psicossocial e menor acesso aos cuidados de saúde estão possivelmente associados ao nível educacional do indivíduo.

Constatou-se que 36 (80,0%) entrevistados coabitavam com filhos e/ou cônjuges. Esse achado tem acontecido atualmente, pois de modo geral os filhos estão permanecendo mais tempo com os familiares. Outros filhos, embora casados, permanecem com os pais, devido ao poder aquisitivo inadequado à construção e/ou manutenção da própria moradia, ou mesmo em decorrência do desemprego.

Alguns dos benefícios do EF eram conhecidos superficialmente pelos participantes, sendo

adquiridos nos eventos educativos promovidos pela LHAHM. Em 2001, a metanálise de 23 grandes estudos observacionais do tipo coorte reforçou o conceito de associação gradual do tipo resposta-dose-dependente entre o decréscimo do risco de doença coronariana e cardiovascular com o aumento da atividade física realizada. Um dos efeitos mais importantes do exercício físico realizado cronicamente para os indivíduos hipertensos é a bradicinesia de repouso (NEGRÃO; BARRETO, 2005) (WILLIAMS, 2001).

Quanto às contra-indicações ao EF, os usuários indicaram, corretamente, a pressão arterial elevada, alterações na saúde e proibição médica. Recomenda-se às pessoas hipertensas que antes de iniciarem programas regulares de exercício físico sejam submetidas à avaliação clínica especializada (para eventual ajuste na medicação) e às recomendações relacionadas aos exercícios (BRASIL, 2006). Hipertensos em estágio 3 só devem iniciar o exercício após o controle da pressão arterial (WOO et al, 2004).

Dezessete (37,8 %) usuários desconheciam os benefícios do exercício físico e dezenove (42,2%) não souberam informar as situações em que o contra indica. A prática sistemática do exercício físico conduz inexoravelmente a promoção da saúde cardiovascular, bem como a saúde em geral, porém não deve acontecer de modo aleatório, principalmente em relação à condição clínica compatível (indicação médica) e pela observância dos critérios indispensáveis ao EF salubre, como exemplo: o vestuário, alimentação prévia, modalidade, frequência e intensidade.

A educação e a saúde devem ser entendidas como áreas do conhecimento humano e devem caminhar juntas, integrando-se para reforçar o comportamento saudável (SANTOS; BARROSO, 2003). De acordo com Dewey (1976), conhecimento é a relação de índole entre

um sujeito e um objeto, que consiste em uma espécie de penetração mútua em ambos, originária da vivência, da construção dos objetos de nossa experiência do real, com a finalidade de constante busca educativa.

De modo geral, os participantes exerciam a prática da caminhada de forma regular, com o vestuário compatível, observando frequência, intensidade e local adequado. Os exercícios destinados à clientela hipertensa devem ser de intensidade moderada, de três a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração, realizadas com frequência cardíaca entre 60% e 80% da máxima ou entre 50% e 70% do consumo máximo de oxigênio (BRASIL, 2006).

Mas, em relação à alimentação, 17 (37,8%) entrevistados informaram que caminhavam em jejum, configurando-se uma conduta inadequada relativo ao exercício. O gasto energético na atividade física, dependendo da intensidade e duração do treino, deve ser incluído no cálculo das necessidades calóricas diárias, pois pode aumentar consideravelmente. As necessidades devem ser estimadas levando-se em consideração a modalidade praticada, duração e intensidade do treino (HOUTKOOPEL, 1992).

Os cuidados adequados para a prática da caminhada mostram-se importantes, tendo em vista a idade avançada da maioria desta clientela. Mais de 70% das quedas em idosos ocorrem em casa ou nas imediações e os fatores ambientais podem ter um papel importante em até metade de todas as quedas (PEREIRA et al, 2001). Estes riscos frequentemente estão associados a calçados que oferecem pouca estabilidade, superfícies escorregadias e vias públicas mal conservadas com buracos e irregularidades.

## CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a clientela estudada apresentou um bom conhecimento sobre o EF, assim como as considerações importantes relacionadas à sua prática, principalmente por tratar-se de uma clientela hipertensa, a qual se beneficia demasiadamente com esta conduta, uma vez que o EF é uma das medidas de controle e de prevenção da HAS, das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, atuando beneficentemente em outros problemas de saúde, não só em relação à dimensão biológica, mas à psico-emocional e social.

Diante desses achados, concorda-se que esses usuários hipertensos devem ser continuamente incentivados na adoção de hábitos saudáveis, entre esses a prática regular do exercício físico.

## REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde (1996). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília: Conselho, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde (2003). **Controle da hipertensão Arterial: Uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDVS/NUTES, 2003.

BRASIL. Sociedade Brasil de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. SBH/SBC/SBN. 2006.

DEWEY, John. **Experiência e educação**. Tradução de Anísio Teixeira. 2. ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1976. v.131.

DRUMMOND M.; BARROS, M.B.A. Social Inequalities in Adult Mortality in São Paulo city. **Rev. Bras. Epidemiol**, 1999; 2(1/2): 34-49.

HOUTKOOPEL, L. Food selection for endurance sports. **Med Scie Sports Exerc.**, 1992, 24 (9): S349 -S359.

LEWINGTON, S. et al. **For the Prospective Studies Collaboration**. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360: 1903-13.

NEGRÃO, C.A.; BARRETO, A.C.P. **Cardiologia do Exercício: do atleta ao cardiopata**. Barueri, SP: Manole, 2005.

Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: 2003.

PEREIRA, S.R.M. et al. **Projeto diretrizes**. Quedas em Idosos, 2001 disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/082.pdf#search=%22quedas%20idosos%22](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf#search=%22quedas%20idosos%22) acessado em 12/08/2006.

SANTOS, Z.M.S.A.; BARROSO, M. G. T. A interdisciplinaridade na fundamentação da promoção da saúde. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, M.Z.V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003. p. 35-60.

THE SEVEN REPORT OF JOINT NACIONAL COMMITEE ON PREVENCIÓN, EVALUATION AND TREATMENT OF BLOOD PRESSURE. **Hypertension report**. JAMA. Disponível em: <<http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/42/6/1206>>. Acesso em: 22 maio 2005.

WILLIAMS, P.T. Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. **Med Sci Sports Exerc**. 2001; 33(5): 754–61.

WOO, K.S. et al. Effects of diet and exercise on obesity-related vascular dysfunction in children. **Circulation** 2004; 109(16):1981-1986.

### **3.2 Adesão do usuário hipertenso ao exercício físico – uma proposta educativa em saúde**

O presente artigo atende ao seguinte objetivo:

Analisar as mudanças ocorridas com a implementação da proposta educativa com vista à adesão ao exercício físico.

Este artigo será submetido à Revista Ciências & Saúde Coletiva para publicação. ISSN 1413-8123 (Qualis IC).

**ADESÃO DO USUÁRIO HIPERTENSO AO EXERCÍCIO FÍSICO – UMA  
PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE**

***ADHESION OF THE HYPERTENSIVE PERSON AT THE PHYSICAL EXERCISE - A  
PROPOSAL EDUCATIVE IN HEALTH***

Itana Lisane Spinato Dalcastel<sup>1</sup>  
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup>

**RESUMO**

O estudo objetiva avaliar as modificações comportamentais ocorridas com a implementação de uma proposta educativa para adesão do usuário hipertenso ao exercício físico. A presente pesquisa contou com a participação de 15 sujeitos hipertensos acompanhados na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana (LHAHM), em Fortaleza-CE, através da aplicação da proposta educativa, elaborada com base no referencial teórico da promoção da saúde, *Estágios de Mudança Comportamental*, durante seis meses. Os resultados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, organizados em categorias e analisados com base nas experiências dos sujeitos, no referencial teórico, nos pressupostos da educação em saúde e na literatura vigente. A caminhada foi a modalidade de exercício físico eleita. No primeiro encontro, os sujeitos revelaram conhecimento prévio sobre os benefícios do exercício físico. Os sujeitos encontravam-se em estágios variados, sendo que três estavam no estágio de *contemplação*, cinco na *preparação*, dois na *ação*, três na *manutenção* e os demais na *terminação*. Após implementação da proposta, oito participantes iniciaram a caminhada. Decorridos quatro meses da aplicação da proposta, evidenciamos que o grupo evoluiu de

---

<sup>1</sup> Mestre em Educação em Saúde. Fisioterapeuta. Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza – Ceará. itanadalcastel@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutora em enfermagem. Professora titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Enfermeira da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana - LHAHM. Fortaleza-Ceará. zeliasantos@unifor.br zelia\_santos@terra.com.br

formas distintas, revelando estágios diversos de mudanças. Nesse contexto, a proposta educativa embasada pelo Modelo de Estágios de Mudança Comportamental se mostrou eficiente, uma vez que houve a conscientização dos sujeitos sobre o controle da doença, incluindo a prática do exercício físico.

**Palavras-chave:** Educação em saúde. Exercício. Hipertensão.

### **ABSTRACT**

The objective study to evaluate the occurred modifications with the implementation of a proposal educative for adhesion of the hypertensive subject to the physical exercise. Participant research with 15 hypertensive subjects followed by the LHAHM, with the application of the educative proposal, elaborated with basis in the theoretical referencial of health promotion, stages of change, during six months. The results had been collected through the half-estruturada interview, organized in categories, and analyzed with basis of the experiences of the subjects, in the theoretical referencil, underlying premises in health education and effective literature. The walked one was the elect modality of physical exercise. In the first meeting, the subjects had disclosed previous knowledge on the benefits of the physical exercise. Among the subjects, tres was in the contemplation, five in the preparation, two in the action, tres in the maintenance and excessively in the termination. After implementation of the proposal, eight participants had initiated the walked one. Passed four months of the application of the proposal, we evidence that the group evolved of distinct forms, disclosing stages of training diverse of changes. In this context, the proposal educative based in the Model of Stages of behavior change if showed efficient, a time that had the awareness of the subjects on the control of the illness, including the practical of the physical exercise.

**Keywords:** Health education, Exercise, Hypertension

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma síndrome de origem multifatorial, caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais, possibilitando anormalidades cardiovasculares e metabólicas que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos (WETZEL, 2005).

Cerca de trezentas mil pessoas morrem anualmente no Brasil de doenças cardiovasculares, e quase 50% delas em decorrência da pressão alta. A taxa de incidência da HAS é de 20 a 30% na população brasileira, chegando a 50% nas idades mais avançadas (BRASIL, 2006).

De acordo com o Censo Populacional de 2000, os brasileiros com 60 anos ou mais representam 8,6% da população total, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma população envelhecida, quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% com tendência a crescer (BRASIL, 2002). Com a transição epidemiológica, modifica-se o perfil de saúde da população. Em vez de processos agudos rápidos, resolvidos por meio da cura ou do óbito, as doenças crônicas não-transmissíveis passam a predominar, aumentando as incapacidades funcionais e gastos com saúde.

A obesidade e o sedentarismo estão fortemente associados a afecções, como hipertensão arterial e complicações cardiovasculares (BERENSON, 1998). Por sua vez, a hipertensão arterial mesmo leve ou moderada tem importante influência na morbi-mortalidade da população.

A dieta e a atividade física são fatores principais no estilo de vida, fazendo um papel

preventivo e de controle da hipertensão arterial, bem como na prevenção do declínio funcional e no aumento da sobrevivência, trazendo maiores benefícios à saúde cardiovascular (ZASLAVSKY, 2002). A prática regular de atividades físicas reflete-se na redução de diversos fatores de risco, tem efeitos positivos na qualidade de vida e se relaciona inversamente com o aparecimento de doenças crônicas degenerativas (CDC, 1999) (PATE et al, 1995). Os exercícios aeróbicos associaram-se à diminuição da pressão arterial tanto em repouso quanto durante sua prática, de modo comparável ao efeito farmacológico, mantendo-se este efeito num acompanhamento de 3 anos em que perdurou a prática regular da atividade física (KETELLUT, 2004).

A adesão do usuário hipertenso ao tratamento tem sido um desafio para os profissionais que o acompanha. A falta de adesão está relacionada a vários fatores, dentre eles a assintomatologia da doença, o baixo poder aquisitivo, déficit de conhecimento relacionado à gravidade da doença e ao tratamento etc.

O papel dos profissionais de saúde, com relação à prática de exercícios físicos, deve ser o de colocar à disposição da comunidade as informações e os meios necessários para que o exercício físico possa ser incorporado ao cotidiano das pessoas, motivando-as para esta prática e visando à mudança nos hábitos de vida dos indivíduos, considerando suas diferentes condições, interesses e possibilidades. A abordagem multidisciplinar, individual ou em grupo, facilita a motivação dos pacientes para atingirem metas e objetivos neste sentido.

Mediante a problemática citada, optou-se por este estudo com o objetivo de analisar as mudanças comportamentais de pessoas hipertensas em relação à implementação de uma proposta educativa em saúde para adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico.

## 1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A INTERFACE COM A TEORIA DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL

O *Modelo Transteórico* foi desenvolvido por dois pesquisadores norte-americanos: James O. Prochaska e Carlo DiClemente, na década de 80. Este modelo utiliza estágios de mudança para integrar processos e princípios de mudança provenientes das principais teorias de intervenção, fato que explica o prefixo *trans* na nomenclatura. Frequentemente é chamado *Estágios de Mudança de Comportamento (EMC)*, e situa-se na interface do psicológico e do social, podendo ser entendido como a mudança das atitudes individuais referentes ao estilo de vida no decorrer dos anos (PROCHASKA, 2002). Compreende os seguintes estágios:

*Pré-contemplação.* Aquelas pessoas que se encontram nesse estágio ainda não consideram a possibilidade de mudança em suas vidas, ou são alheios ao risco de saúde em seu comportamento. Quando eles se tornam perceptivos ao problema, podem progredir para o próximo estágio.

*Contemplação.* Embora as pessoas estejam atentas aos benefícios da mudança, elas ainda não estão preparadas, e continuam buscando informações para ajudá-las no processo. Este estágio pode ser breve ou durar muitos anos.

*Preparação.* Quando a percepção dos benefícios parece ser superior aos custos da mudança, e quando esta é visualizada como possível, a pessoa está pronta para mudar. Ela adapta-se fazendo pequenas intervenções que favorecem o processo.

*Ação.* Os primeiros dias da mudança requerem decisões positivas para que a pessoa atue de forma diferente. O estabelecimento de uma meta clara e um plano realista de mudança é importante neste estágio.

*Manutenção.* O novo comportamento é sustentado, e a pessoa move-se dentro de um estilo de

vida saudável. Para algumas pessoas a continuidade da mudança pode ser difícil, e esta poderá regridir para algum dos estágios anteriores.

*Terminação.* Neste momento o indivíduo incorporou completamente a mudança ao seu estilo de vida, tornando-se hábito e sendo definitivo.

Poucas pessoas passam por todos os estágios linearmente, pois a maioria regride ou avança alguns estágios ao longo da vida. Isto ajuda aos profissionais da saúde a entender que o possível relapso de sua clientela não deve ser considerado como infortúnio, e sim um processo natural de transição entre os estágios de acordo com os acontecimentos do cotidiano (PROCHASKA, 1982).

A educação em saúde, enquanto prática interdisciplinar, possibilita a construção de um vínculo entre as pessoas e os profissionais de saúde, para fins de estabelecimento de metas com vista às mudanças de comportamento, promovendo a saúde e o bem-estar.

A mudança comportamental é resultante da conscientização do indivíduo sobre as possíveis implicações e benefícios decorrentes da mesma. Para tanto, ocorrerá adoção de novos paradigmas. Concordamos com Freire (2005) ao afirmar que a mudança implica em si mesma uma constante ruptura, ora lenta, ora brusca, da inércia, a estabilidade encarna a tendência desta pela cristalização da criação. Contudo, esse processo de conscientização é mediado pela educação em saúde.

Educação em saúde, conceito associado ao de promoção da saúde, alcança uma definição mais ampla como um processo de capacitação das pessoas, proporcionado por uma abordagem sócio-educativa que assegure conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para

tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social. Incluindo políticas públicas e reorganização de serviços (BARROSO, 2003).

A interface entre a educação em saúde e os EMC implica em viabilizar a mudança de comportamento, evidenciada na incorporação de condutas no cotidiano, compartilhando-as socialmente, e contribuindo para a transformação da realidade. Possibilitando desta forma a compreensão e a comunicação do sujeito com o mundo, pois (CATRIB et al, 2003) a educação em saúde evolui dos modelos explicativos causais para compreender as diversas formas de reações comportamentais dos indivíduos e grupos, considerando experiências pessoais e as condições sócio-estruturais em que são construídas suas respostas e o entendimento da situação saúde-doença.

## **2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Para atender os objetivos propostos, utilizou-se a pesquisa do tipo participante, permitindo o conhecimento coletivo, a partir do trabalho grupal com o auxílio do pesquisador, no processo de pensar, produzir e dirigir o uso de seu saber a respeito de si.

O ambiente da pesquisa foi a Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana (LHAHM), implantada em 1999, com o objetivo de promover o atendimento integral ao usuário, com extensão das ações preventivas à família e à comunidade, através da equipe multiprofissional. Esta entidade funciona no ambulatório geral do Hospital de Messejana, que é uma instituição pública de saúde, situada em Fortaleza – Ceará, com referência norte e nordeste no atendimento terciário aos usuários com doença do coração e do pulmão.

Participaram do estudo quinze usuários hipertensos, selecionados durante a sessão educativa mensal promovida pela LHAHM, independentemente do sexo, idade, estado civil, escolaridade ou renda familiar, que habitavam nas áreas próximas à instituição, com indicação médica para a prática de exercício físico, com condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos propostos, e que aceitaram participar da pesquisa, através da aplicação de uma proposta educativa.

A proposta educativa foi elaborada com base no referencial teórico da promoção da saúde, *Estágios de Mudança* (PROCHASKA, 2002). Esta se constituiu de oito encontros, com periodicidade semanal e duração de sessenta minutos cada, no período de novembro de 2005 a janeiro de 2006. Cada encontro foi dividido em dois momentos distintos: a prática da caminhada na pista do Hospital de Messejana, de acordo com o protocolo modificado da *American Heart Association*, e desenvolvimento de oficinas educativas.

Estas oficinas objetivavam, através de dinâmicas de grupo, o despertar dos sujeitos para o risco de complicações secundárias ao sedentarismo, além de prestar esclarecimentos sobre a síndrome hipertensiva, como risco cardiovascular e considerações sobre o exercício físico – modalidades, indicações, contra-indicações e benefícios. A modalidade de exercício aeróbico escolhida foi a caminhada, devido à facilidade da realização, visto que os participantes eram incentivados a continuar esta atividade em sua comunidade de origem.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas aplicadas em três momentos distintos: a primeira, antes da implementação da proposta, e objetivou identificar o nível dos EM, em que o usuário se encontrava e resgatar as experiências prévias dos participantes sobre a temática abordada. A segunda entrevista aconteceu dois meses após a

finalização dos encontros, tendo como objetivo descrever e compreender as mudanças ocorridas. A terceira entrevista ocorreu quatro meses após a implementação da proposta, com a finalidade de perceber a adesão dos sujeitos ao exercício físico, e a progressão dos participantes em relação aos EMC. As informações obtidas foram gravadas, segundo autorização dos sujeitos e complementadas com o diário de campo.

Os resultados foram organizados em categorias empíricas, analisados conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), fundamentando-se nas experiências vivenciadas pelos sujeitos durante a proposta educativa, no referencial teórico de Prochaska e Diclemente (2002), e nos pressupostos da educação em saúde.

Os aspectos ético-legais desta pesquisa obedeceram a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas – CONEP (1998), sendo a coleta de dados realizada após parecer favorável do Comitê de Ética da Instituição, onde foi realizado o estudo, e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos.

### **3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

#### **3.1 Caracterização dos sujeitos**

A faixa etária dos sujeitos variava de 50 a 60 anos, doze de 60 a 75 anos, sendo seis homens e nove mulheres. Doze eram procedentes de Fortaleza, e três de outros municípios do Estado. Nove eram casados, três estavam separados e os demais eram viúvos. Quatorze moravam em companhia dos familiares (cônjuge e/ou filhos), e um residia só, embora possuísse filhos. O perfil dos entrevistados reflete em grande parte o contingente populacional dos hipertensos

brasileiros, composto principalmente por idosos. Quanto à ocupação, nove eram aposentados, cinco ocupavam-se de atividades do lar e um era comerciante. Três sujeitos informaram renda familiar inferior a um salário mínimo, quatro de um a dois salários mínimos, e oito acima de três salários mínimos.

<b>QUADRO 1</b>			
<b>Identificação dos estágios de mudança atingidos pela aplicação da proposta educativa</b>			
<b>Sujeitos</b>	<b>Identificação do Estágio de Mudança (1ª entrevista)</b>	<b>Avaliação da prática e continuidade do exercício (2ª entrevista)</b>	<b>Avaliação da proposta para adesão ao exercício físico (3ª entrevista)</b>
S1	Preparação	Ação	Ação
S2	Contemplação	Ação	Preparação
S3	Contemplação	Ação	Contemplação
S4	Manutenção	Manutenção	Manutenção
S5	Ação	Ação	Manutenção
S6	Ação	Ação	Manutenção
S7	Contemplação	Ação	Manutenção
S8	Preparação	Ação	Manutenção
S9	Preparação	Ação	Manutenção
S10	Preparação	Ação	Ação
S11	Manutenção	Manutenção	Manutenção
S12	Preparação	Ação	Ação
S13	Manutenção	Manutenção	Preparação
S14	Terminação	Terminação	Terminação
S15	Terminação	Terminação	Terminação

*Adaptado segundo Estágios de Mudança de Prochaska, Norcross e Diclemente (2002).*

### 3.2 Resgate das experiências prévias com o exercício físico

As experiências vividas pelas pessoas constituem uma das fontes mais significantes na produção do saber. Neste estudo, percebemos nas falas dos entrevistados um conhecimento prévio a cerca dos benefícios do exercício físico, tendo em vista se tratar de um grupo de hipertensos, e segundo Freire (2005), ensinar exige respeito ao saberes dos educandos, sobretudo os das classes populares que adquirem os saberes socialmente construídos na prática comunitária. Esta realidade foi expressa pelos sujeitos através de declarações do tipo: “o exercício físico é bom para a saúde, para o corpo”, “reduz o colesterol e controla a pressão”. A esse respeito três sujeitos relacionaram a prática do exercício à promoção da saúde, nove atribuíram ao controle da pressão arterial (PA), dois à prevenção da osteoporose, dislipidemia e controle da PA, e um entrevistado declarou não ter conhecimento sobre o exercício físico.

A atuação do profissional de saúde junto à comunidade consiste em mobilizá-la na busca de melhores condições de saúde, através da interação dialógica, admitido os saberes pré-existentes para a construção do conhecimento (MCLAREN, 1999)..

A caminhada foi a modalidade de exercício físico eleita, escolha que se justifica pela facilidade da prática, e pelo incentivo da equipe da LHAHM. Nesse universo, cinco pessoas caminhavam diariamente. Conforme o Quadro 1, os participantes S14 e S15 encontravam-se no estágio de *terminação*, uma vez que aderiram ao exercício físico regular, incorporando essa conduta no seu estilo de vida, “*eu faço caminhada há quatorze anos, porque o exercício é muito bom...*” (S14), “*para o ser humano o exercício é a melhor coisa. Se ele compreendesse isso fazia exercício 24 horas por dia [...] pois dá-se o nome de saúde*” (S15).

E S4, S11 e S13 encontravam-se no estágio de *manutenção*, em decorrência da prática efetiva da caminhada há aproximadamente um ano, “*o exercício é um espetáculo, a gente se sente disposta, com mais vontade...*” (S13). Dois sujeitos praticavam a caminhada três vezes por semana. Os participantes S5 e S6 atingiram o estágio de *ação* (Quadro 1), pelo fato de ter iniciado a prática regular do exercício físico.

Reportamo-nos a Farinatti *et al* (2005) ao declarar que atribuições como liberdade, escolha e responsabilidade sobre a atividade, através de estratégias como o auto-monitoramento do exercício físico, aumentam o engajamento de pacientes em programas de exercício físico.

Apoiando-se na experiência obtida da atuação junto à clientela, acreditamos que a adesão a uma conduta específica como no caso do exercício, precisa ser vivenciada pelo sujeito e os seus benefícios percebidos de tal forma que estas sensações obtidas superem o comodismo ou as dificuldades diárias de organização do tempo.

Cinco entrevistados revelaram caminhar esporadicamente, e alguns utilizavam o espaço e tempo destinados às atividades da rotina, “*às vezes quando sobra tempo, dou uma caminhadinha no fim da tarde.*”(S12). “*eu sempre caminho até o ponto do ônibus quando vou ao centro pagar as contas...*”(S9). Os entrevistados S1, S8, S9, S10 e S12 encontravam-se no estágio de *preparação*, pois estavam adaptando os afazeres diários à necessidade de exercitar-se. Contudo, esclarecimentos acerca da efetividade do exercício relacionado aos aspectos da caminhada faziam-se necessários.

É recomendado às pessoas hipertensas exercícios de intensidade moderada, de três a seis vezes

por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração, realizadas com frequência cardíaca entre 60% e 80% da máxima ou entre 50% e 70% do consumo máximo de oxigênio (BRASIL, 2006).

S2, S3 e S7 eram sedentários, todavia revelaram o propósito de praticar o exercício, deste modo encontravam-se no estágio de *contemplação*, conforme evidenciamos nas falas: “*já faz tempo que quero caminhar, mas sempre aparece alguma coisa para fazer...*” (S3); “*... quando termino de ajeitar a casa já está tarde e não vou mais*” (S7). O alto impacto na saúde pública, proporcionado por um estilo de vida mais ativo, ocasionou o surgimento de campanhas de combate ao sedentarismo em vários países, levando inclusive a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar o ano de 2002 como o Ano Mundial de Combate ao Sedentarismo (NUNES, 2004). Porém, para que a modificação aconteça, é importante que o indivíduo esteja consciente de sua necessidade, e receptivo a sugestões de mudança, pois, para Smeltzer e Bare (1998), a aprendizagem é influenciada pela prontidão do aprendiz em aprender, incluindo o estado emocional, físico e as suas experiências. O modelo da orientação comunitária enfatiza o desenvolvimento de ações coletivas no ambiente e nos fatores relacionados aos agravos, questionando o conceito de responsabilidade estritamente individual na manutenção da saúde (CATRIB et al, 2003).

Os sujeitos informaram o uso de roupas leves como shorts, camiseta e tênis para a prática da caminhada. Em consideração à alimentação, seis participantes afirmaram que caminhavam em jejum, inclusive um deles justificou essa conduta, diante do hábito de caminhar pela manhã, preferindo fazer a primeira refeição diária no retorno.

A alimentação desempenha um papel importante na atividade física, pois prepara o organismo

para o esforço, fornecendo os nutrientes necessários que irão variar de acordo com o tipo de exercício e o objetivo que se pretende alcançar, como, por exemplo, perda de peso ou ganho de massa muscular (MUSSART, 2005).

### **3.3 Avaliação da prática e continuidade do exercício físico**

Este estudo centrado na análise da dimensão subjetiva da prática buscou apreender a experiência vivenciada de atores sociais que interagiram com a proposta educativa implementada para adesão ao exercício físico regular.

A segunda entrevista foi realizada dois meses após a intervenção educativa, com a finalidade de avaliar as modificações ocorridas, evidenciado com a progressão nos estágios de mudanças e permanência nos estágios iniciais, que por si já eram avançados. Oito participantes iniciaram o programa de exercício a partir dos encontros continuando no estágio de *ação*, pois migraram das etapas anteriores – *contemplação* e *preparação* (Quadro 1). Os depoimentos revelaram a importância desta conduta na promoção de sua saúde e bem estar.

[...] Até a reunião do grupo é uma coisa que deixa a gente saudável, feliz, a gente fica amigo, não tem coisa desagradável... Aprendi a caminhada, que eu não sabia como fazer (...) hoje me sinto forte, corajosa, acabando com aquela moleza no corpo (S9). Se eu não tivesse feito os exercícios eu tinha batido as botas (...) pois o exercício trás saúde para o corpo e para a mente (S13).

Sete sujeitos permaneceram no estágio de mudança anterior à intervenção, contudo houve aporte de novos saberes relativos à busca de saúde em geral. De acordo com essa abordagem, “o homem é visto como um ator social, que, interagindo em seu meio, modifica-se e adapta-se,

vencendo obstáculos, limitações ou corrigindo rumos, sempre superando limites pessoais, valoriza a liberdade e busca o sentido da vida pela auto-transcendência (BARROSO, 2003).

A educação em saúde, como parte de um processo de educação mais ampla, passa a ser entendida como uma instância importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável (MEYER, 2006).

Dois entrevistados continuaram no estágio de ação, pois apesar de conscientes da importância da conduta, interromperam a continuidade do exercício devido a problemas diversos do cotidiano, retomando a caminhada a alguns dias. Eles estavam em processo de conscientização sobre a inserção do exercício no *pool* de condutas de controle da doença e promotoras de saúde.

[...] quando acabou os encontros dei uma parada por que não tinha quem fosse comigo, mas agora tô caminhando com minha cunhada que também precisa (S6), meu neto estava comigo, daí não podia sair deixando ele só, mas agora comecei de novo a caminhar cedinho (S5).

De acordo com as entrevistas, três sujeitos estavam na fase de *manutenção* e dois na *terminação*. Consideramos positiva esta situação, pois a intervenção educativa contribuiu na motivação da continuidade dessa prática, além de despertá-los para a socialização das experiências entre os demais integrantes do grupo, atuando como agentes multiplicadores.

Este processo mostrou-se importante, uma vez esses sujeitos perceberam o interesse dos demais participantes pelas soluções encontradas por eles para resolver problemas do dia a dia. [...] eles vieram me perguntar como faço para não parar as caminhadas, e eu disse que eu

*levo ele (exercício) como um funcionário, se tem chuva eu levo a capa e guarda-chuva, não tem conversa não, chegou o dia eu vou” (S14).*

Concordamos com Santos e Silva (2003), ao afirmarem que ensinar deve ser uma prática crítica, reflexiva e associada às experiências do aprendiz e ao conhecimento do educador, objetivando uma aprendizagem transformadora e, conseqüentemente, a mudança de comportamento, tornando-o agente de autocuidado. Articulando o pensamento das autoras, com a nossa experiência vivenciada no atendimento à clientela hipertensa, podemos constatar que a pessoa incorporada no papel de agente de autocuidado sente-se empoderada para tornar-se agente multiplicador destas ações na comunidade.

A educação em saúde utiliza estratégias que integrem saberes interdisciplinares e da cultura popular, constituindo-se numa rede de comunicação que revele desejo, crenças, valores das pessoas na busca por mudança (BARROSO, 2003).

### **3.4 Re-significação da proposta educativa para a adesão do exercício físico**

Decorridos quatro meses da aplicação da proposta educativa, evidenciamos que o grupo evoluiu de formas distintas, fato que é peculiar ao processo educativo, no qual cada educando apresenta particularidades que influenciam o seu desenvolvimento nesse processo, revelando estágios diversos de mudanças.

A adesão às condutas preventivas e/ou terapêuticas resulta em promoção da saúde, que é o incremento do poder (*empowerment*) comunitário e pessoal, através de desenvolvimento de habilidades e atitudes, conducentes à aquisição de poder técnico (saberes) e político para atuar

em prol de sua saúde, como propõe a *Carta de Ottawa* (OMS). Laverack (2001) reforça que este *empowerment* está diretamente relacionado ao desenvolvimento de programas que promovam nas comunidades uma consciência crítica sobre sua realidade vivida. O autor considera, ainda, que o método educativo de Paulo Freire é uma relevante contribuição para estes programas comunitários, denominando-o de *empowerment education*.

Neste contexto, cinco sujeitos migraram para um estágio de mudança seguinte, e sete entrevistados permaneceram nos estágios em que se encontravam na entrevista anterior. Consideramos satisfatório este resultado, tendo em vista que a maioria dos participantes informou continuar a exercer a prática da caminhada seis meses após o início da intervenção. Fato que se deve ao método didático-pedagógico utilizado na aplicação da proposta educativa. O facilitador está ao mesmo nível de importância em relação aos sujeitos, visto que seu papel é estimular a discussão.

Dessa forma, esse método baseou-se na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, sujeitos e facilitador. Estamos de acordo com Freire (2001), ao afirmar que “*é através do diálogo que se dá a verdadeira comunicação, onde os interlocutores são ativos e iguais*”.

A comunicação é uma relação social igualitária, dialogal, que produz conhecimento (FIGUEIREDO, 2003).

[...] aprendi muita coisa boa para se cuidar, para a saúde da gente (...) todo mundo participou, todo mundo falou... (S8)”; e se for em termos de caminhar em grupo, você fica mais motivado. Se não for uma pessoa determinada para caminhar só, muita gente relaxa. Aqui é mais uma pessoa que você conhece, é um relacionamento diferente, um bate-papo, você fica descontraído, a sua pressão baixa mais (...) não existe a palavra competição, você não vem

competir.”(S4); Achei o pessoal muito consciente, quando marcava vinha até gente a mais (...) O que é bom nisso? É saber receber o que tão passando para você, trocar informações, melhorar o seu dia-a-dia, é um negócio esplêndido (S9).

Seis sujeitos atingiram o estágio de *manutenção*, que é caracterizado pela continuidade do programa em domicílio, demonstrando adesão ao exercício físico. No entanto, é oportuno afirmar que os sujeitos devem continuar sendo motivados para alcançar a *terminação*, etapa que demanda mais tempo para a sua efetividade, pois os mantenedores que executaram o plano e estão começando a ver alguns resultados, sendo motivados, ficam comprometidos a cuidar dele até o final. O ponto chave deste estágio reside na mudança do foco para a descoberta do ganho obtido com a mudança de hábito.

[...] o doutor falou que a minha pressão está boa e que eu devo continuar caminhando... (S8); lá em casa tem uma escada que antes eu subia me arrastando, agora depois dos exercícios nem me canso mais para subir... (S8); eu continuo caminhando com as minhas parceiras do grupo, a gente mora perto e caminha na pracinha (...) fiz boas amizades nestas caminhadas... (S7).

Tradicionalmente, *manutenção* é vista como um estágio estático, porém, trata-se de um estágio dinâmico, pois se entende como a continuação do novo comportamento para a mudança que demora algum tempo para se estabelecer (JUNGERMAN, 1999).

Três indivíduos retornaram a um estágio de mudança anterior, fato este previsto pelo referencial teórico, uma vez que o modelo de mudança comportamental é cíclico e de acordo com Prochaska, Norcross e Diclemente (2002), o indivíduo pode retornar aos estágios

anteriores ao longo da vida, a menos que tenha atingido o estágio de terminação.

[...] não estou caminhando não, estou fazendo só os alongamentos em casa, não gosto de caminhar sozinha (S3); [...] eu estou me acomodando, não é? Se aqui tivesse continuado, acho que eu tava caminhando(...) é que aqui a gente tinha aquele compromisso toda semana, mas sozinho a gente acaba inventando alguma coisa para atrapalhar....(S2).

Eventualmente algumas pessoas retornam aos estágios anteriores, porém os recorrentes não desistem de si mesmos e não desacreditam na sua habilidade de mudar.

A maioria normalmente retorna aos estágios de *contemplação*, *preparação* ou *ação*, mas dificilmente retornam ao estágio de *pré-contemplação*, caracterizado pela negação do problema (PROCHASKA, 2002). Este acontecimento liga-se ao fato da educação ser um constructo permanente e incorporado ao indivíduo, formando os alicerces para ensejar as mudanças pessoais (BARROSO, 2003). É importante ressaltar que o entrevistado S13 interrompeu o programa de caminhada em decorrência da detecção de doença coronariana, que resultou em intervenção cirúrgica para a revascularização do miocárdio. [...] *“foi um susto grande, agora só quero ficar bom para poder me cuidar melhor (...) o médico disse que depois posso voltar a caminhar. Vou fazer de tudo para cuidar da saúde...”*.

## **REFLEXÕES CONCLUSIVAS**

Parece ser indiscutível a importância de estudos na área da saúde que nos permita a compreensão do comportamento individual em face à mudança de hábitos de vida dentro do contexto das sociedades e a tônica da resolução das doenças da modernidade, sobretudo com a

mudança do perfil epidemiológico da população e o advento das doenças crônico-degenerativas. O Modelo de Estágios de Mudança Comportamental, como base para estratégias de intervenção no intuito de promover a adesão de indivíduos hipertensos ao exercício físico, nos permitiu identificar características do grupo, facilitando o encorajamento para a re-inclusão do exercício físico entre as condutas de controle da HAS, e preventivas de outros problemas de saúde.

O grupo em questão constituiu-se homogêneo na doença, porém heterogêneo no que diz respeito aos *Estágios de Mudança*. Isso nos permitiu diversificar os argumentos utilizados nos encontros educativos, assim como nas intervenções. Compreendemos que esta diversidade produziu interação no grupo, compartilhando conhecimentos e soluções de problemas comuns. A motivação para a mudança por meio da ação grupal constituiu um fator de extrema importância para o bom andamento do processo educativo. Observamos que o desejo de modificar hábitos, em alguns casos tornava-se um problema devido à tendência ao imediatismo. Acostumados a soluções instantâneas, muitas vezes os usuários não conseguiam esperar por uma gratificação a longo prazo. Nesse contexto, a proposta educativa se mostrou eficiente dentro do que almejamos, uma vez que a conscientização de que o controle da doença depende da adoção de novos hábitos, incluindo a prática do exercício físico, constituiu a principal meta da proposta. A continuidade do estímulo para a mudança tem papel fundamental nos estágios de consolidação do deste processo, por essa razão acreditamos ser necessária a realização de um programa continuado de extensão que contribua no processo de mudança da clientela hipertensa.

## **REFERÊNCIAS**

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1977.

BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, M.Z.V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

BERENSON, G.S. et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. Bogalusa Heart Study. **N Engl J Med**. 1998; 338: 1650-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acessado em 12 de agosto de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia Operacional e Portarias relacionadas/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 104 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília: Conselho, 1996.

\_\_\_\_\_. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. SBH/SBS/SBN.2006.

CATRIB, A.M.F. et al. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, M.Z.V. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003. p. 31-37.

CDC (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion). **Physical Activity and Health: A report of the surgeon general, 1999**. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sum.htm> [4/ago/ 2005].

FARINATTI, P.T.V. et al. Programa domiciliar de exercício: Efeito de curto prazo sobre a aptidão física e Pressão Arterial de indivíduos hipertensos. **Arqui Bras Cardiol**, 2005 84(6):120-124.

FIGUEIREDO, P.A.L. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**. [periódico na Internet]. 2003 Out [citado 2006 Set 06]; 19(5): 1527-1534. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000500031&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500031&lng=pt&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2003000500031.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

JUNGERMAN, F.S.; LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: Bases teóricas e práticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 1999; 48: 197-207.

KETELHUT, R.G.; FRANZ, I.W.; SCHOLZE, J. Regular exercise as an effective approach in antihypertensive therapy. **Med Sci Sports Exerc**. 2004; 36:4-8.

LAVERACK G. An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. **Community Development Journal**, 2001; 36:134-46.

MCLAREN, P.; LEONARD, P. GADOTTI, M. **Paulo Freire, poder, desejo e memórias da libertação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MEYER, Dagmar. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**. [periódico na Internet]. 2006 Jun [citado 2006 Set 06]; 22(6): 1335-1342. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=pt&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2006000600022.

MUSSART, Norma Beatriz; COPPO, José Antonio; COPPO, Diego Javier, Overweight and sedentarism as conditions for atherogenic risk in elderly people. **Prensa méd. argent**; 92(4):262-273, 2005. tab, graf. Es.

NUNES, J.O.M.; BARROS, J.F. Fatores de risco associados à prevalência de sedentarismo em trabalhadores da indústria e da Universidade de Brasília. <http://www.efdeportes.com/> **Revista Digital** - Buenos Aires - Año 10 - N° 69 - Febrero de 2004.

Organização Mundial da Saúde – OMS. Carta de Ottawa. In: **Promoção da Saúde e Saúde Pública: Contribuição para o Debate entre as Escolas de Saúde Pública na América Latina** (P. M. Buss, org.), p.158-162, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

PATE, R.R. et al. **Physical activity and public health**: recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273:402-407.

PROCHASKA, J.O.; NORCROSS, J.C.; DICLEMENTE, C.C. **Changing for good**. New York: Copyright, 2002.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. **Transtheoretical therapy**: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1982, p. 161-173.

SANTOS, Z.M.S.A.; SILVA R;M. Reelaborando o saber de enfermagem na assistência à mulher hipertensa. In: \_\_\_\_\_. **Hipertensão arterial – abordagem para a promoção do cuidado humano**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.p.113-20.

SMELTZ, S.C.; BARE, B.G. Educação para saúde e promoção da saúde. In: \_\_\_\_\_. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 34-43.

WETZEL JUNIOR, W.; Silveira, M.P.T. **Hipertensão arterial**: um problema de todos. *Nursing*: 2005; 8(81):70-5.

ZASLAVSKY, Cláudio. **Idoso**: Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arq. Bras. Cardiol.* [serial in the Internet]. 2002 Dec [cited 2006 Aug 29]; 79(6): 635-639. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde constitui-se integrando o conhecimento popular ao científico, sendo desta forma importante a utilização de estratégias de intervenção populacional que viabilizem a integração destes conhecimentos. Neste estudo, constatamos que os usuários apresentavam certo conhecimento sobre os benefícios do exercício físico, assim como os aspectos importantes relacionadas à sua prática, em partes pela exposição deste conteúdo na mídia e pelas orientações recebidas pelos profissionais de saúde durante suas consultas. Neste contexto, o *Modelo de Estágios de Mudança Comportamental*, como base para as estratégias de intervenção utilizadas no estudo, com o intuito de promover a adesão de pessoas hipertensas ao exercício físico, nos permitiu identificar características do grupo, facilitando o encorajamento para a inclusão ou re-inclusão dessa conduta, entre as medidas de controle da hipertensão arterial e como prevenção de outros problemas de saúde.

O grupo em questão constituiu-se homogêneo na doença, porém heterogêneo no que diz respeito aos *Estágios de Mudança*. Isso nos permitiu diversificar os argumentos utilizados nos encontros educativos, assim como nas intervenções. Compreendemos que esta diversidade produziu interação no grupo, compartilhando conhecimentos e soluções de problemas comuns. A motivação para a mudança por meio da ação grupal constituiu um fator de extrema importância para o bom andamento do processo educativo. Observamos que o desejo de modificar hábitos, em alguns casos, tornava-se um problema devido à tendência ao imediatismo.

Acostumados a soluções instantâneas, muitas vezes os usuários não conseguiam esperar por uma gratificação a longo prazo. Nesse contexto, a proposta educativa se mostrou eficiente dentro do que esperávamos, uma vez que a conscientização de que o controle da doença depende da adoção de novos hábitos, incluindo a prática do EF, constituiu a principal meta da proposta. A continuidade do estímulo para a mudança tem papel fundamental nos estágios de consolidação do processo educativo, por essa razão acreditamos ser necessária a realização de um programa continuado de extensão que contribua no processo de mudança das pessoas hipertensas, embasado nos pressupostos da educação em saúde, objetivando conduzir os usuários na adoção de hábitos saudáveis, entre esses a prática regular do EF.

## REFERÊNCIAS

- BERLIN, J.A.; COLDITZ, G.A. A meta analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. **Am J. Epidemiol**, v. 132, p. 612–628, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2003). **Controle da hipertensão Arterial: Uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDVS/NUTES, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (1994). **Doença Cardiovascular – SUS: Dados epidemiológicos e Assistência médica**. Brasília: PNDV, 1994.
- \_\_\_\_\_. Sociedade Brasil de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. SBH/SBC/SBN. 2006
- FARIAS, J. **Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis**. Santa Catarina, Brasil [Dissertação]. Centro de Desportos: UFSC, 2002.
- FUNCHAL, M. **Hipertensão arterial: manual técnico**. São Paulo: Racine, 2004.
- GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R.P. **Exercício físico na promoção da saúde**. Londrina: Midiograf, 2003.
- MARINS, J. C. B. **Avaliação & prescrição de atividade física**. Rio de Janeiro: Shape, 2000.
- MONTEIRO, C.A.(org). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: A evolução do país e de suas doenças**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP, 2000, p. 435.
- NOBRE, F.; LIMA, N. K. C. Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação e Critérios Diagnósticos. In: **Manual de Cardiologia**, SOCESP, São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 70; p. 303.

SALLIS, JF. BAUMAN, A. PRATT, M. **Environmental and policy intervention to promote physical.** 2002;10:41activity. Am J Prev Med 1998; p.379-97.

TAVARES, A. Hipertensão Arterial. **Rev. Brás. Méd.**, São Paulo, v. 51, p. 239-250, Janeiro 1995.

THE SEVENTH REPORT OF THE JOINT NACIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF BLOOD PRESSURE. **Hipertension report.** JAMA. Disponível em:<<http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/42/6/1206>>. Acesso em 23 Dezembro 2004.

WILLIAMS, P.T. Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. **Med Sci Sports Exerc.** v. 33(5), p. 754–761, 2001.

## APÊNDICES

## Apêndice 1

### ENTREVISTA 1

#### *Caracterização dos Sujeitos*

1. Iniciais: \_\_\_\_\_

2. Sexo  masc  fem Procedência: \_\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

4. Estado Civil  solteira  casado  separado  viúvo

5. Filhos  sim  não  quantos \_\_\_\_\_

6. Grau de instrução:

analfabeto  alfabetizado  Ens. fund  Ens. Médio

7. Com quem mora: \_\_\_\_\_

8. Renda familiar - salários  <1  1 - 2  3 ou +

9. Preferência Religiosa:  católico  protestante  outros

10. Profissão/ocupação  do lar  aposentado  outros

#### *Conhecimento sobre exercício físico*

1. O que o Sr(a) sabe sobre exercício físico? E para a pessoa hipertensa?

---

---

2. Para que serve o exercício?

---

---

3. Quando a pessoa não pode fazer exercício físico? E no caso da pessoa com hipertensão?

---

---

4. Quais são os horários mais indicados para fazer caminhada? Justifique.

---

---

---

5. Durante quante tempo se deve caminhar? Justifique.

---

---

6. Quantas vezes por semana se deve caminhar? Justifique.

---

---

7. Que tipo de roupa deve ser usada na caminhada? Justifique.

---

---

8. Que tipo de calçado deve ser usado para caminhar? Justifique.

---

---

9. A pessoa pode caminhar em jejum? Por que?

---

---

10. Qual o local adequado para caminhar?

*Experiências vivenciadas com o exercício físico*

1. O Sr(a) caminha atualmente? Justifique.

---

---

1.1 O Sr(a) já caminhou? Por que parou?

---

---

2. Quantos tempo por dia? \_\_\_\_\_

3. Quantos vezes por semana? \_\_\_\_\_

4. Que tipo de roupa o Sr(a) usa para caminhar? Por que?

---

---

5. Que tipo de calçado o Sr(a) usa para caminhar? Por que?

---

---

5. Em que horário o Sr(a) caminha?

---

---

6. Em que local o Sr(a) caminha?

---

---

7. O Sr(a) se alimenta antes de caminhar?

---

---

8. Que vantagens a caminhada trouxe para a sua saúde e bem estar?

---

---

9. A prática da caminhada trouxe mudanças para a vida?

   pessoal

   familiar

   social

## Apêndice 2

### Proposta Educativa

<b>Encontros</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Estágios do Modelo de Mudança</b>
1º	Despertar os usuários hipertensos para a susceptibilidade o risco de complicação secundária ao sedentarismo	Hipertensão Arterial Sistêmica e sedentarismo, como risco cardiovascular e outros riscos para a saúde em geral.	Dinâmica e discussão circular	Aparelho de som,	Questões colocadas ao grupo para discussão	<b>Preparação</b>
2º ao 6º	Orientar para a prática da regular de caminhada	Exercício físico – conceitos modalidades. Caminhada - indicações, contra-indicações, benefícios, preparação e a para a prática da caminhada	Dinâmicas e a prática de caminhada	Aparelho de som, papel, caneta, tesoura cola, cartolina lápis de cor e giz de cera	<i>Feedback</i> através de perguntas ao grupo e dinâmicas de conhecimento	<b>Preparação</b>
7º e 8º	Perceber as modificações corporais e resgatar o conhecimento do aprendido	Revisão do conteúdo explorado, esclarecimento de dúvidas inerentes a prática realizada e motivação para a continuidade do exercício	Dinâmicas e a prática de caminhada	Aparelho de som, papel, tesoura, caneta, cola, cartolina lápis de cor e giz de cera	<i>Feedback</i> através de perguntas ao grupo, e dinâmicas de conhecimento	<b>Preparação</b>

## Apendice 3

### **Entrevista - 2**

1 O que você aprendeu nos encontros com o grupo?

Quais os benefícios da  
2 caminhada?

3 Como devemos nos preparar para a caminhada?

4 Você caminhou entre nossos encontros? Como foi?

5 Como você se sentiu neste período? percebeu alguma mudança corporal?

6 Você se sente motivado a continuar a caminhar? Justifique?

## Apêndice 4

### **Entrevista - 3**

O que você aprendeu nos encontros com o grupo?

Quais os benefícios da caminhada?

Como devemos nos preparar para a caminhada?

Você continuou caminhando próximo a sua casa desde nosso último encontro?

Como você tem se sentido neste período? percebeu alguma mudança corporal?

Você se sente motivado a continuar a caminhar? justifique?

## Apêndice 5

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu Itana Lisane Spinato Dalcastel, fisioterapeuta, acadêmica do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **PROPOSTA EDUCATIVA PARA A ADESÃO DO USUÁRIO HIPERTENSO AO EXERCÍCIO FÍSICO**, que tem como objetivo avaliar as mudanças comportamentais ocorridas com a implementação de uma proposta educativa para a adesão do usuário hipertenso ao exercício físico. Portanto, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa e a autorização para utilizar os dados coletados. Esclareço que:

- As informações coletadas nas entrevistas, somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, e que seu anonimato será preservado.
- Que o senhor(a) tem a liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, e que não terá prejuízo no seu tratamento e/ou financeiro.

Ressalto que para a coleta de dados serão utilizados: fotografias, gravador de voz e filmagens dos participantes durante as entrevistas e encontros educativos.

Em caso de esclarecimento sobre a pesquisa entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço:

Nome: Itana Lisane Spinato Dalcastel

Endereço: Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiroz Fortaleza/Ceará

Telefone: 85 3477-3280 / 3477-3000

Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para o desenvolvimento da pesquisa e para a aplicação de seus resultados, que subsidiarão o planejamento de estratégias de educação em saúde, com vistas à adesão do hipertenso ao exercício físico.

#### **Dados do entrevistado:**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Data do Nascimento: \_\_\_\_\_

## ANEXOS

## Anexo 1

### **Dinâmicas de Grupo**

#### 1. ENTREVISTA

**Objetivos:** Iniciar o processo de integração do grupo, partindo da forma mais elementar de estabelecer-se um relacionamento: a conversa a dois.

**Tempo previsto:** 30 minutos

**Procedimentos:** O facilitador deve dar todo o esclarecimento necessário, antes de iniciar a dinâmica. É importante a participação integral para que no final todos saibam quem é quem. Os participantes devem se agrupar em duplas preferencialmente desconhecidas. As duplas deverão conversar durante cinco minutos, em forma de entrevista. Ao final cada todos voltam ao grupão, onde cada membro fará a apresentação de seu novo colega. Não é permitida a auto-apresentação.

#### 2. TEMPESTADE CEREBRAL (BRAINSTORMING)

**Objetivos:** Estimular o interesse pela novidade, pela aventura de criar algo, enfim estimular a criatividade.

**Tempo previsto:** 15 minutos

**Procedimentos:** Definir o tema-assunto; o facilitador faz as anotações no bloco de notas. Instigar os participantes a falarem do assunto proposto. Efetuar em voz alta a leitura do que foi gerado.

#### 3. MURAL

**Objetivo:** Desenvolvimento interpessoal.

**Tempo previsto:** 35 minutos

**Procedimento:** Separar a turma em pequenos grupos de até seis participante, distribuir o material onde será embasado o mural. Em seguida o facilitador faz destaques da temática com os grupos para que haja consenso. Utilizando revistas,

\*Militão, Albigenor. S.O.S. dinâmicas de grupo. Rio de Janeiro: Qualitmark Ed., 1999.

cola, fita gomada pinceis, tinta, enfim o maior número de material disponível, elaborar um cartaz representando as idéias do grupo. Ao final o grupo fará a apresentação para os demais.

#### 4. POSSO ENTRAR?

**Objetivo:** promover o entrosamento dos que estiverem mais deslocados e levar os participantes a refletirem sobre as razões que levam um grupo a ser tão fechado, de difícil acesso.

**Tempo previsto:** 20 minutos

**Procedimentos:** Uma vez percebido quem está deslocado no grupo o facilitador orienta a formação de um círculo, ou mais de um se for o caso, onde os participantes ficam com os braços entrelaçados fortemente. As pessoas que formarão o círculo devem ser convidadas pelo facilitador a deixar de fora aquelas que irão tentar entrar no círculo. A intenção é que sob hipótese nenhuma o “intruso” penetre no círculo.

Ao final o facilitador sugere questionamentos como:

Qual o sentimento experimentado durante o exercício?

Qual a sensação de não ser escolhido para participar do grupo?

O que você sentiu ao não conseguir entrar no grupo?

O que você sentiu ao conseguir?

#### 5. TROCA DE PAR

**Objetivos:** analisar as diferenças existentes e quebrar resistências e preconceitos.

**Tempo previsto:** 15 minutos

**Procedimento:** O grupo deverá estar em pé em local amplo. Os participantes serão divididos em duplas. O facilitador comanda “ *vocês vão dançar!*” quando a música parar os participante trocam de par.

\*Militão, Albigenor. S.O.S. dinâmicas de grupo. Rio de Janeiro: Qualitmark Ed., 1999.

## 6. TELEGRAMA

**Objetivos:** Esta dinâmica estimula o raciocínio e proporciona a competitividade.

**Tempo previsto:** 30 minutos

**Procedimentos:** escolher uma palavra, que pode ser o tema central objeto do estudo. Cada participante deverá montar uma frase utilizando as palavras escolhidas. Promover um concurso para escolher a melhor frase.

## 7. PAPEL AMAÇADO

**Objetivo:** Levar os participantes a refletir sobre o seu aprendizado e avaliar a experiência vivenciada – o quanto foi válida e o quanto agregou de novo ao seu nível de conhecimento anterior.

**Tempo previsto:** 15 minutos

**Procedimento:** Informar a todos que se preparem pois “iremos realizar a nossa prova final de mensuração do nível de aprendizado do grupo”.

Distribuir uma folha de papel em branco pra cada participante, oriente que todos formem um grande círculo. Pedir que amassem, o máximo que puderem a folha de papel. Iniciar a música e em seguida, solicitar que voltem as folhas ao que era antes, ou seja desamassem-na. Deixe a música tocar por algum tempo.

Diz o facilitador: *“Ninguém jamais consegue tomar banho num mesmo rio duas vezes... isso significa que, por mais simples, elementar e superficial que uma experiência possa nos parecer, sempre é possível aprender algo novo com ela. Espero que vocês tenham aprendido algo novo aqui, e que a folha de papel de suas vidasnunca mais sejam as mesmas de quando vocês entraram aqui, no início deste evento. Que saiam modificados por algum aprendizado.”*

Criar oportunidade para abraços e despedidas.

## Anexo 2

### Programa de Caminhada

Adaptado de The Healthy Heart Walking Book - American Heart association

Número de semanas para cada etapa do programa	Aquecimento em passo lento	Exercício em passo rápido com pulsação adequada*	Recuperação em passo lento	Número de dias de caminhada por semana
2	5 min	15 min	5 min	3
1	5 min	20 min	5 min	3
1	5 min	25 min	5 min	3
4	5 min	30 min	5 min	3

\* Pulsação adequada é o número de batimentos cardíacos que se deve ser mantido durante o exercício. Os valores corretos, devem ser baseados no teste ergométrico, usando uma fórmula ou fazendo um cálculo aproximado.

\* Para medir a pulsação do coração, coloque as pontas dos dedos indicador e médio em uma de uma mão sobre a parte interna do pulso. Conte o número de pulsações em 10 segundos e multiplique por 6 para saber o número de pulsações por minuto

Adaptado da "American Heart Association"

Consultoria do Dr. Décio Mion Jr., chefe, Liga de Hipertensão, Hospital das Clínicas, Disciplina de Nefrologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)