

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – POLO
BARRETOS/SP**

**Hipertensão e Educação Física: Investigação dos
Agentes Influenciadores de Sua Prática e Não Prática na
Cidade de Colina – SP**

Lucas Flávio Cruvinel

BARRETOS - SP

2014

**Hipertensão e Educação Física: Investigação dos
Agentes Influenciadores de Sua Prática e Não Prática na
Cidade de Colina – SP**

LUCAS FLÁVIO CRUVINEL

**Trabalho Monográfico como requisito
final para aprovação na disciplina
Trabalho de Conclusão de Curso II do
Curso de Licenciatura em Educação
Física do Programa UAB da Universidade
de Brasília – Pólo Barretos SP.**

ORIENTADOR: LUIZ GUILHERME GROSSI PORTO

TERMO DE APROVAÇÃO

Lucas Flávio Cruvinel

Hipertensão e Educação Física: Investigação dos Agentes Influenciadores de Sua Prática e Não Prática na Cidade de Colina – SP

Monografia aprovada com requisito final para obtenção do grau de Licenciado em Educação Física pela Faculdade de Educação Física- Universidade de Brasília / Universidade Aberta do Brasil

Apresentação ocorrida em ____/____/2014.

Aprovada pela banca formada pelos professores:

NOME DO ORIENTADOR (Orientador)

NOME DO EXAMINADOR (Examinador)

LUCAS FLÁVIO CRUVINEL

POLO BARRETOS - SP

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, Zeila Augusta Cruvinel e Vaci Luiz Cruvinel, pois através deles foi moldada minha existência e adquiridos meus conhecimentos empíricos. Não posso esquecer também de minha esposa Micheli Leão Cruvinel, e minhas filhas Stefany Leão da Silva e Flávia Leão Cruvinel, que suportaram minhas ausências pacientemente.

Quero dedicar também aos meus irmãos, cunhadas, cunhado, sobrinhos, sobrinhas e em especial a minha irmã Raquel Augusta Cruvinel, que sempre fez comentários de incentivo e sempre acreditou em mim e que tudo é possível, basta apenas lutar.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, pois tudo é pela sua infinita misericórdia, pois através dele temos um novo sol da manha todos os dias.

A todos os meus amigos de sala de aula, até mesmo aqueles que ficaram no caminho, pois esses sempre me deram apoio nas dificuldades e estiveram ao meu lado nessa longa jornada e fazem parte dessa conquista.

Ao meu tutor presencial José Nilton e a todos os tutores a distancia que contribuíram para o meu conhecimento.

As pessoas que me receberam em suas casas para realização da pesquisa de campo e fizeram parte desse projeto.

A Secretaria Municipal de Saúde de Colina através de sua Secretaria Priscila Aparecida Ramos Alexandre que autorizou a pesquisa na empresa.

Aos meus orientadores que ao longo da construção desse trabalho estiveram me orientando, sendo eles Robson de Souza Lobato, Bibiano Madrid da Silva e na reta final Luiz Guilherme Grossi Porto.

“E tudo quanto desejaram os meus olhos não lho neguei, nem privei o meu coração de alegria alguma; pois o meu coração se alegrou por todo o meu trabalho, e isso foi o meu proveito de todo o meu trabalho.” (Eclesiastes 2:12).

RESUMO

O presente trabalho verificou a quantidade de óbitos advectos de doenças do aparelho circulatório na Cidade de Colina através do Sistema de Informação de Mortalidade da Vigilância Epidemiológica de Colina, sendo a atividade física uma das prevenções não medicamentosa dessas doenças, além de que uma das recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia é o combate ao sedentarismo. Esse estudo também investigou mulheres da cidade de Colina com hipertensão arterial sistêmica através de pesquisa de campo, para saber o nível de atividade física através do questionário IPAQ e possíveis barreiras para a não prática da atividade física.

Palavra chave: Atividade Física – Hipertensão Arterial

ABSTRACT

This study found the number of deaths advent of diseases of the circulatory system in the City of Colina through the Mortality Information System of Epidemiological Surveillance of Colina, and that physical activity is one of the non-drug preventions of such diseases, and that one of the recommendations of Brazilian Society of Cardiology is to combat sedentary lifestyle. This study also investigated the town of Colina women with hypertension through field research, to know the level of physical activity by IPAQ and possible barriers to the practice of physical activity.

Keyword: Physical Activity – Hypertension

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de Óbitos no Município de Colina e Porcentagem Por Conseqüência de Problema do Aparelho Circulatório.

Tabela 02 - Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ em Valores Absolutos e Relativos.

Tabela 03– Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Satisfação Quanto a Quantidade Desejada e/ou Recomendada.

Tabela 04– Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Barreiras para a Prática da Atividade Física.

Tabela 05 - Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Relação com a Atividade Física.

Tabela 06 – Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Vivencia da Educação Física na Escola.

Tabela 07 – Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Gosto pela Vivencia da Educação Física na Escola.

Tabela 08 – Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Pratica do Exercício Físico Antes da HAS.

Tabela 09 – Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Porcentagem da Renda Familiar por Nível de Classificação.

Tabela 10– Porcentagem do Nível de Atividade Física IPAQ Conforme Idade

Tabela 11- Nível de Atividade Física IPAQ em Relação ao Trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

QVRS- Qualidade de Vida Relacionada a Saúde.

SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade.

mmHg – Milímetro de mercúrio.

HAS – Hipertensão arterial sistêmica.

PA – Pressão arterial.

FR – Fatores de risco.

AVE - Acidente vascular encefálico

DIC - Doenças isquêmicas do coração.

SUS – Sistema Único de Saúde.

CELAFISCS - Centro de Estudo do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul.

Kcal – Quilocaloria

Mj- Megajoule

Sumário

1-Introdução.....	12
2-Revisão Literária.....	14
3-Metodologia de pesquisa.....	21
3.1 Procedimentos Gerais.....	21
3.2 Amostra.....	22
3.3 Critério de Inclusão e Exclusão.....	23
3.4 Material Utilizado	23
3.5 Instrumento da Coleta de Dados	23
4. Coleta de Dados	26
4.1 Levantamento de Óbitos.....	26
4.2 Pesquisa de Campo com Amostra.....	27
5-Analise e Discussão.....	33
6-Conclusão.....	39
7-Referencia.....	41
8-Anexos.....	43

1-INTRODUÇÃO

A pressão arterial (PA) é determinada por dois fatores, a quantidade de sangue ejetado pelo ventrículo esquerdo para a aorta cada minuto, que é denominado débito cardíaco, e a resistência vascular periférica, que é a resistência ao fluxo sanguíneo na circulação periférica (TORTORA, 2000 pag. 366). Em repouso a pressão mais alta gerada pelo coração é chamada de pressão arterial máxima ou sistólica. Esta pressão sistólica proporciona uma estimativa do trabalho do coração e da força que o sangue exerce contra as paredes arteriais durante a sístole ventricular. Por sua vez a pressão arterial diastólica ou mínima, ocorre no relaxamento do ciclo cardíaco, indica uma estimativa da resistência vascularperiférica, ou da facilidade da passagem do sangue das arteríolas para dentro dos capilares (MCARDLE W.D; KATCH F. I. e KATCH V.L; 2003 pag.317 e 320).

Não obstante, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada por uma elevação sustentada da PA, sendo associada freqüentemente à alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e ou PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg, sendo que o diagnostico deve ser validado por medidas repetitivas, em pelo menos em três ocasiões distintas. A HAS pode trazer como consequência doenças cerebrovasculares, doenças cardíacas (infarto, angina, doença coronária, insuficiência cardíaca) doenças arteriais periféricas, doenças renais e retinopatia avançada (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Em 2001 houve cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo devido à elevação da pressão arterial (PA), sendo que, destes casos 54 % foram por acidente vascular encefálico e 47% por doenças isquêmicas do coração (DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em pessoas de 45 e 69 anos. A prevalência da HAS nos últimos 20 anos, em cidades brasileiras, esta acima de 30% (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). No Brasil a doença cardiovascular tem sido a principal causa de mortalidade, alcançando em 2007 o total de 308.466 óbitos por doenças do

aparelho circulatório.(Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). Por sua vez, o município de Colina pertencente ao estado de São Paulo, possui uma população de 17.371 habitantes (IBGE, 2014), sendo que destes, 1482 são hipertensos, representando 8,53% da população (dados não publicados).

A prevenção primária, não medicamentosa para a HAS, se dá através de mudanças no estilo de vida, especialmente nos indivíduos com PA limítrofe. E essa medida reduz a PA e conseqüentemente a mortalidade cardiovascular, sendo que as principais recomendações da prevenção não medicamentosa da HAS são: controle de peso, alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao tabagismo e ao sedentarismo, através da pratica regular de exercícios físicos. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

2- Revisão de Literatura

O Manifesto do Cirurgião Geral dos Estados Unidos em 1996 definiu que a atividade física é qualquer gasto energético corporal através de movimentos, maior que os níveis de repouso, incluindo as atividades de rotina do dia a dia, como por exemplo, as atividades domésticas como varrer e lavar, do trabalho, de lazer, as diárias como tomar banho e vestir-se. (Johnson JM, Ballin SD apud ARAUJO et al., 2000).

Caspersen e depois Shepard e Balady definiu atividade física como qualquer movimento produzido pela musculatura que gaste energia, sem a preocupação com a intensidade deste gasto, já o exercício físico tem a intencionalidade e é algo planejado pela pessoa. (CASPERSEN 1985; SHEPARD, BALADY, 1999 apud ARAUJO et al., 2000).

A aptidão física é a capacidade do corpo em adaptar-se para aos níveis do esforço físico, seja eles moderados ou vigorosos, sem que esse leve ao estado completo de exaustão, ou seja, sem a fadiga excessiva, sendo os componentes da aptidão física a potencia aeróbica máxima, a força, a flexibilidade, a agilidade, o equilíbrio, a coordenação motora, a potencia e a velocidade (ARAUJO et al., 2000).

Saúde não é apenas a ausência de doenças, mas fatores do comportamento humano do bem estar físico, mental e social, podendo se definir também como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, caracterizada por pólos positivos e negativos, sendo positivos a capacidade do ser humano apreciar a vida e enfrentar os desafios cotidianos e negativos está associado com a morbidade (ARAUJO et al.,2000).

Qualidade de vida está ligada ao estilo de vida do individuo e as suas expectativas, podendo esse dizer que tem qualidade de vida, mas tem uma vida sedentária, pode ser então necessário considerar elementos além da expectativa do individuo, uma vez que temos conhecimento profissional para essa avaliação. Portanto, na ausência da pratica regular de atividades físicas, pode se entender que essa qualidade de vida está ao menos parcialmente comprometida.

A qualidade de vida também está ligada as condições de alimentação, de moradia, ao fator psicológico, como o indivíduo enfrenta as situações adversas do seu dia a dia, condições econômicas e interação social. (ARAUJO et al., 2000).

Nas últimas décadas houve uma mudança no cenário epidemiológico, sabendo que as preocupações anteriores eram apenas com as doenças transmissíveis sendo essas até então a maior causadora de mortalidade, devido a questões ambientais e de saneamento. (PITANGA, 2002).

A era das doenças infecciosas iniciou-se no final do século XIX, estendendo-se até meados do século XX. Tendo como protagonistas dessa época Louis Paster, quando mostrou que os organismos vivos era os agentes das epidemias. Prosseguindo estudos de doenças contagiosas, em 1882 foi descoberto uma micro bactéria responsável pela causa da tuberculose (PITANGA, 2002).

Acreditava-se na teoria do germe, que as doenças infecciosas eram causadas por um único agente, sendo que essa teoria tornou se ineficaz e assim desenvolveram a teoria das doenças infecciosas onde a interação com o agente transmissor com o hospedeiro ocorre no ambiente nos fatores biológicos, físicos e sociais (PITANGA, 2002).

Ao longo do tempo houve uma mudança desse cenário para as doenças não transmissíveis, sendo essa nos dias atuais a maior causadora de mortalidade e morbidade, esse olhar para essas doenças começa em meados do século XX, a cerca de 1950, onde teve aumento das doenças como úlceras pépticas, câncer de pulmão e doenças arteriais coronarianas, surgindo à era das doenças crônicas degenerativas, Na cidade de Colina o cenário não é diferente, tendo como maior causa de mortalidade as doenças do aparelho circulatório. (PITANGA, 2002).

Com essa mudança epidemiológica, surgiram vários estudos que relacionaram o exercício físico como meio de prevenção das doenças não transmissíveis, sendo uma delas as do aparelho circulatório. Um dos primeiros estudos a relacionar a atividade física e doença arterial coronariana, foi em Londres, onde fizeram levantamentos e compararam carteiros e trabalhadores de escritório do serviço postal e motoristas e cobradores de ônibus de dois andares, chegando à conclusão que aqueles trabalhadores que tinham maior gasto

energético no seu trabalho, estavam associados a menores incidências de morte por doenças cardíacas coronarianas (MORIS et al., 1953 apud PITANGA, 2002).

Através da contração muscular ocorre o retorno venoso, a inatividade física faz diminuir a circulação sanguínea, pois os músculos não se contraem, comprometendo o trabalho dos músculos e das válvulas venosas, retardando o retorno venoso, ficando assim suscetível a formação de trombos, responsável por muitos graves problemas do aparelho circulatório (GASPAR, 2004)

O sedentarismo é uma das grandes preocupações em relação as doenças não transmissíveis, pois estudos em adultos mostram há uma relação entre a morbidade e sedentários e esse risco diminui com o aumento da pratica da atividade física, quando há um aumento do gasto energético de 2,1 para 14,7MJ e de 500 para 3.500kcal, diminuindo em 24% as mortes por problemas cardiovasculares naqueles que gastam mais do que 8,4MJ e 2.000kcal. Adultos que saíram das condições de sedentários aumentando seu nível de atividade física mostraram redução dos riscos cardiovascular, comparados aos inativos (ARAUJO et al., 2000).

Para aqueles que já estão acometidos com algum problema crônico de saúde, quando se aumenta a aptidão física a qualidade de vida tende a melhorar. Em estudo, 900 pacientes infartados responderam a um questionário sobre qualidade de vida no ano de 1999, denominado SF36, para verificar a qualidade de vida, 476 delas melhorou sua capacidade de trabalho após quatro anos de intervenção, melhorando sua qualidade de vida. (BROWN et al., 1999. apud ARAUJO, et al., 2000).

Outro estudo melhorou a qualidade de vida de 124 pacientes acometidos de infarto do miocárdio assistidos por cinco anos em um programa de exercício físico, diminuindo sua mortalidade mediante a melhora cardiorrespiratória. (DUGMORE et al., 1999 apud ARAUJO, et al. 2000)

Sabendo da importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002 priorizou a construção de políticas públicas que evidenciem a importância da atividade física para uma vida com mais saúde, e fez orientações para que em todo o mundo desenvolvessem eventos que estimulassem a sua prática regular (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2002 apud GASPAR, 2004).

A atividade física é um meio de tratamento e prevenção não medicamentosa para a HAS. A tomada do exercício físico, além da prevenção de doenças do aparelho circulatório, melhora a qualidade de vida do indivíduo. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Essa prevenção também irá refletir nessa qualidade, pois melhora a situação econômica do sujeito com a redução de gastos, convertendo o exercício físico numa importante objeção a vários problemas de saúde com grande impacto social. (GASPAR, 2004).

Notamos então mesmo que a OMS tem se preocupado quanto a prática da atividade física e também há um interesse em gestão pública no impacto financeiro que o sedentarismo traz. Mesmo assim a população sedentária está elevada.

Pesquisa sobre padrões de vida dos brasileiros mostra que 26% dos homens realizam atividade física semanalmente, enquanto são 12,7 % das mulheres que realizam essa prática. A quantidade de pessoas que faz exercício durante trinta minutos ou mais, por pelo menos três dias da semana é de 10,8% os homens e 5,2% as mulheres (IBGE, 1999 apud PALMA, 2000).

Mas as políticas públicas em alguns casos podem transferir parte da responsabilidade para o sujeito sem investigar o real motivo que tem levado a população ao sedentarismo. (PALMA, 2000).

Há pesquisas que aponta que o sedentarismo está diretamente ligado a situação sócio econômica da pessoa. Foi analisado dentre as pessoas que praticam atividade física semanalmente por quintos de renda per capita mensal que 13,8% dessas pessoas pertenciam ao 1º quinto, sendo essa a menor renda, 16,4% de pessoas foram os do 2º quinto, 16% de pessoas foram os do 3º quinto, 18,4% de pessoas foram os do 4º quinto e 31,5% de pessoas foram os do 5º quinto, essa a maior renda, evidenciando que conforme aumenta a renda, aumenta os praticantes da atividade física, sendo assim fica notório a influencia da situação econômica sobre a prática da atividade física (IBGE, 1999 apud PALMA, 2000).

Existem outras pesquisas nesse sentido de investigar a situação econômica com a prática da atividade física. Uma investigação na França mostra que a pratica da atividade física cai conforme decresce a classe social, analisando

as classes trabalhadoras de agricultores, operários, comerciantes, assalariados, dirigentes de nível médio e dirigentes assalariados notou que respectivamente 70%, 53%, 44%, 42%, 42% e 32% nunca realizaram a prática esportiva. Entre aqueles que realizavam e interromperam essa prática antes dos 25 anos, a proporção era: 87%, 79%, 61%, 71%, 71% e 57%. A porcentagem para aqueles que realizavam esportes no momento da pesquisa, com exceção dos comerciantes, foi: 7%, 11,5%, 23%, 31% e 44% (LUC BOLTANSKI, 1989 apud Palma, 2000).

Há pessoas que tem gastos de energia com as atividades cotidianas enquanto aqueles de melhor situação econômica têm maior gasto na prática do exercício físico de forma mais prazerosa, foi constatado que através de uma investigação a partir de dados de residentes na Pensilvânia (EUA), que os homens com melhor situação econômica tinham um gasto energético e de tempo com caminhadas para o trabalho e serviços domésticos, por outro lado os com melhores condições econômicas tinham maior gasto energético e de tempo naquelas atividades físicas realizadas no lazer. (Ford, Merritt, Heath, Powell, Washburn, Kriska&Haile 1991 apud Palma, 2000)

Notamos então que através das tarefas cotidianas recorrentes de seu trabalho há pessoas que tem gastos energéticos altos, sendo que esse não resulta em realização pessoal, justa remuneração e aumento da autoestima, não contribuindo, nesse aspecto, para os níveis de saúde esperado. Trabalhadores do sertão nordestino podem ter uma boa aptidão física, mas não ter uma boa qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), por essas tarefas do cotidiano não serem realizado com prazer e assim não contribuir para os níveis de saúde esperados, partindo do entendimento que saúde não só a ausência de doenças. (ARAUJO, et al., 2000)

Mas é necessário que haja uma investigação em cada comunidade para saber as reais situações da localidade, pois cada comunidade tem seus hábitos e rotina diária, pois é necessário considerar as características da comunidade local (KAPLAN, 1996 apud PALMA, 2000).

Outro fator importante é a tomada de hábitos do exercício físico desde a infância, pois quando a criança se desenvolve com esse hábito, na sua vida adulta tem mais chance de continuar a realizar a prática do exercício físico e

evitando assim problemas de saúde futuro. (PATE et al., 1996; Powell, Dysinger 1987 apud ARAUJO, et al., 2000)

É raro o aparecimento de sintomas de doenças degenerativas em pessoas com idade escolar, por esse motivo tem faltado uma educação na tomada de hábitos saudáveis para que se evite o aparecimento de tais doenças no futuro, por não apresentarem esses sintomas nesse período, não quer dizer que não possam apresentar essas doenças no futuro, sendo que muitos sintomas apresentam período de incubação não inferior a 20 e 25 anos. (GILLIAM & MACCONNIE, 1984 apud GUEDES, 1999).

Dentro do contexto escolar, é necessário que haja uma educação voltada aos hábitos saudáveis, não só de forma prática, mas conscientização da necessidade de adquirir esses hábitos é muito importante, pois pesquisas apontam a hipótese que o ensinamento teórico junto com a prática da atividade física entre crianças e jovens, é mais eficaz que apenas a prática. (BRODIE & BIRTWISTLE, 1990; PATE, 1985; SIMONS-MORTON et al., 1991 apud GUEDES, 1999).

Quando é mencionado o prazer na prática da atividade ou exercício físico, pois essa tem que vir como lazer que gere prazer, não de forma obrigatória como a atividade física relacionada ao trabalho. Esta é uma questão importante quando tratamos a questão saúde, "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Organização Mundial da Saúde, citado por LEWIS, 1986, p.1100 apud PALMA 2000, pag. 97).

[...] no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde: "saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida" (MINAYO, 1992, p.10 apud PALMA 2000, pag. 98).

Então para o bem estar da pessoa e a prevenção e tratamento da morbidade, por doenças cardiovasculares, em específico a hipertensão arterial, que são a maior causa de mortalidade é necessário que se faça o exercício físico

de forma prazerosa, sendo que o estresse também é um fator negativo para o hipertenso, sendo que aquele que pratica o exercício físico com prazer estará diminuindo o nível de estresse e melhorando a aptidão física.

As doenças cardíacas vasculares (DCV) são ainda responsáveis pela grande quantidade de internações, ocasionando um alto gasto médico. E em 2007 foram registrados 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de saúde (SUS), já em 2009 houve 91.970 internações por DCV resultando um custo de R\$ 165.461.644,33 segundo DATASUS, (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Os fatores de risco para a HAS são a idade, gênero e etnia, excesso de peso, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética e outros fatores de risco cardiovascular apresentando de forma agregada como a disposição genética e os fatores ambientais contribuindo para a combinação em famílias com estilo de vida pouco saudáveis. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Medidas medicamentosas são realizadas apenas no tratamento em pessoas em situações de risco cardiovascular global alto ou muito alto, sendo que até o momento não há estudos que indiquem tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidencia de doenças cardiovascular (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Com a realização dos exercícios aeróbicos as pressões arteriais sistólica e diastólica sofrem uma redução de 6 a 10 mmHg em homens e mulheres previamente sedentários, independente da idade. Esses resultados benéficos ocorrem nos indivíduos normotensos e hipertensos durante o repouso e o exercício, contribuindo também como terapia preventiva e controle da tendência de elevação da pressão arterial com o passar do tempo nos indivíduos que possuem fatores de risco de hipertensão (MCARDLE et al., 2003)

3-Metodologia de Pesquisa.

3.1 Procedimentos Gerais:

O presente trabalho foi feito uma pesquisa descritiva, de caráter transversal, realizado no município de Colina SP, através de entrevista de forma consensual com assinatura do termo de consentimento.

As coletas de dados foram realizadas através de pesquisa, sendo essa feita apenas por pequenos grupos representativos, sendo essas feitas de forma individual, com questionário fechado.

A pesquisa foi através de visitas realizadas no mês de Setembro de 2014, sendo feitas de acordo com as listagens dos hipertensos levantadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde de Colina, sendo na sua maioria através de visitas nas residências e poucas pessoas obtiveram o formulário para responder e depois me retornar.

Foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física IPAQ versão curta (9v – adaptado ao TST em Movimento), pois se trata de um questionário de baixo custo e de fácil aplicação e um alto nível de confiabilidade.

Em vários estudos brasileiros, o IPAQ tem sido objeto de pesquisa de diversos cientistas, com o intuito de verificar sua validade e reprodutibilidade e sua utilização na mensuração dos níveis de atividade física. De forma geral, as pesquisas analisadas chegam ao consenso de que o IPAQ tem boa estabilidade e apresenta boa aceitação em estudos epidemiológicos realizados com diversas populações. (VESPASIANO; DIAS e CORREA, 2012. pag. 52)

Foi utilizado também outro questionário com características das amostras para fins de obter informações desejadas para esse estudo sobre hipertensão e educação física.

As coletas de dados foram feitas por vários dias no período da tarde, dentre 5 e 7 horas, não podendo prolongar esse horário para não causar incômodo ou medo aos participantes devido à violência urbana.

Foram pesquisadas duas mulheres por bairro com idade entre 29 a 79 anos. Os bairros pesquisados foram Jardim Hípico, Vila Hípica, Nosso Teto, Vila Guarnieri, CDHU II, Cohab III, Cohab II, Cohab I, CDHU I, Jardim Andorinha, Jardim Primavera, Pedreira, Centro, Vila Cunha, Jardim São Sebastião, Jardim Nova Colina, Jardim Santa Lúcia e Patrimônio, tendo o total de 18 bairros pesquisados.

Com vistas a dimensionar o problema das doenças cardiovascular no município, realizou-se levantamento da quantidade de óbitos por causas básicas dos moradores de Colina, avaliados entre os anos 2007 a 2013.

Os números de óbitos ocorridos no Município de Colina foram obtidos através do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) da Vigilância Epidemiológica de Colina, sendo esse sistema de controle de óbitos das vigilâncias epidemiológicas de todo o Brasil, fornecido pelo DATASUS às vigilâncias epidemiológicas municipais.

Através deste é possível realizar duas formas de pesquisas, óbitos segundo município de ocorrência e segundo município de residência. Segundo município de ocorrência é daqueles falecidos no município independente onde é seu município de residência e o segundo município de residência são óbitos de pessoas que residem no município, mas que não necessariamente faleceram no município, sendo essa forma de pesquisa usada neste trabalho para mapeamento de todos os óbitos dos munícipes de Colina.

3.2 Amostra

Obeve a participação de um grupo da população acometidos da hipertensão arterial sistêmica, sendo que o levantamento dessa população foi feito pelas Agentes Comunitárias de Saúde, separando cinco pessoas acometidas com a hipertensão arterial sistêmica em cada um dos dezoito bairros da cidade.

Dessas cinco pessoas foram selecionadas duas pessoas de forma aleatória, conforme a disponibilidade de estarem participando da pesquisa e filtrado as pessoas do sexo feminino, ou seja, duas munícipes por bairro. Sendo assim foram escolhidos pessoas com realidades distintas no município, tendo a oportunidade de abranger o município como um todo.

Quanto a quantidade óbitos por doenças do aparelho circulatório no município foram coletados dado de todos os falecidos no município para se chegar a porcentagem desse grupo.

3.3 Critério de inclusão e exclusão

Para participar da pesquisa o individuo tinha que estar acometido da hipertensão arterial sistêmica, e cadastrado como tal no sistema de saúde do município. Havendo a constatação de que a potencial voluntaria pré-selecionada não era hipertenso e também aqueles que se negassem a participar seriam excluídos da pesquisa.

3.4 Material utilizado

Para tal pesquisa foi utilizado o questionário internacional de atividade física (IPAQ) versão curta (9v – adaptado, com inclusão de questões sobre barreira à pratica) além de materiais para anotação, prancheta e canetas, um veículo para transporte, e um micro computador em que está instalado o Sistema de Informação de Mortalidade.

3.5 Instrumento da coleta de dados

Como já mencionado os dados foram colhidos através de visitas feitas pelo pesquisador às residências dos hipertensos escolhidos, sendo que a pesquisa foi realizada no ato da visita. Para investigar os níveis de atividade física foi usado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em anexo.

Para análise e classificação do nível que a pessoa se encontra em relação a atividade física conforme a resposta das perguntas mencionadas foi verificado se o voluntário cumpria ou não as recomendações mínimas de atividade física para a saúde, de acordo com o algoritmo divulgado pelo centro que validou o

IPAQ para no Brasil - CELAFISCS (Centro de Estudo do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul), como segue:

SEDENTÁRIO:

Não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

INSUFICIENTEMENTE ATIVO:

Realiza atividade física por pelo menos 10 minutos por semana, porém insuficiente para ser classificado como ativo. Pode ser dividido em dois grupos:

A) Atinge pelo menos um dos critérios da recomendação

a) Freqüência: 5 dias /semana OU

b) Duração: 150 min / semana

B) Não atingiu nenhum dos critérios da recomendação

Obs. Para realizar essa classificação soma-se a freqüência e a duração dos diferentes tipos de atividade (CAMINHADA + MODERADA + VIGOROSA)

ATIVO:

Cumpriu as recomendações

a) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão

b) MODERADA OU CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão

c) Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem
(CAMINHADA + MODERADA + VIGOROSA)

MUITO ATIVO:

Cumpriu as recomendações e:

- a) VIGOROSA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão OU
- b) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão

E para investigar outros fatores foi usado questionário adaptado para fins de obter informações desejadas para esse estudo com as seguintes questões:

- É trabalhador ou aposentado;
- Idade;
- Fazia exercício físico antes de se tornar hipertenso;
- Fazia exercício físico na escola, Gostava de Fazer;
- Renda familiar.

Através desta pesquisa foi possível fazer o levantamento estatístico dos agentes possíveis influenciadores na prática e não prática da atividade física, sendo esses agentes a situação econômica, falta de tempo pela rotina diária, incentivo público através de locais para a realização da prática, tomadas de hábitos através da educação na escola, falta de orientação profissional, restrição médica, cansaço, falta de companhia. Além disso, verificou-se a quantidade de óbitos ocorridos no município, por problemas do aparelho circulatório, com vistas ao dimensionamento do problema.

A coleta de dados do total de óbitos por problemas do aparelho circulatório foi como já mencionada, feita através Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) da Vigilância Epidemiológica de Colina, sendo esse sistema de controle de óbitos das vigilâncias epidemiológicas de todo o Brasil, fornecido pelo DATASUS.

4. Coleta de dados.

Inicia-se a apresentação dos dados obtidos, iniciando-se com a apresentação da quantidade de óbitos e sua causa básica, ou seja, o motivo principal que levou essa pessoa a mortalidade, vejamos a seguir:

4.1. Levantamento de Óbitos

A tabela 1 mostra a quantidade de óbitos por anos, a porcentagem em consequência de doenças do aparelho circulatório e dentre essa causa básica a proporção entre homens e mulheres, e sua colocação em relação a quantidade de óbitos por outras causas. Notamos que a causa básica doença do aparelho circulatório, em todos os anos foi a que mais levou a população a óbito.

Tabela 1 – Quantidade de Óbitos no Município de Colina e Porcentagem Por Consequência de Problema do Aparelho Circulatório.

	Total de Óbitos	Óbitos Por Doença do aparelho circulatório	Proporção de Homens	Proporção de Mulheres	Média de idade	Colocação em relação a outras causas
2007	128	27%	57,14 %	42,86 %	74,31	1º
2008	114	29%	51,52 %	48,48 %	69,48	1º
2009	120	37%	55,56 %	44,44 %	73,82	1º
2010	132	24%	54,84 %	45,16%	71,61	1º
2011	117	31%	58,33 %	41,67	67,92	1º
2012	131	34 %	50 %	50 %	71,91	1º
2013	143	32%	50 %	50 %	69,5	1º

4.2 Pesquisa de Campo com Amostra

A pesquisa de campo realizada com as pessoas acometidas da hipertensão arterial sistêmica de como estão em relação ao nível de atividade física como instrumento o questionário IPAQ teve as seguintes resultados:

A tabela 2 nós traz como estão as mulheres acometidas da HAS em relação a atividade física, mostrando que maior parte são ativos com 53% e a seguir vem os insuficientemente ativos com 33%.

Tabela 2– Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ em Valores Absolutos Relativos.

	Sedentário	Insuficientemente ativo	Ativo	Muito Ativo
Total	1	12	19	4
Porcentagem	3%	33%	53 %	11%

Foi alvo de pesquisa de como está à satisfação dessas pessoas quanto a realização da atividade física, se essas acreditam se faz a quantidade deseja ou recomendada, veja o resultado:

Tabela 3– Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Satisfação Quanto a Quantidade Desejada e/ou Recomendada.

	Sedentário	Insuficientemente ativo	Ativo	Muito Ativo	Total	Porcentagem
Não	1	9	11	3	24	67%
Sim		3	8	1	12	33%

A tabela 3 mostra que 67 % das mulheres acometidas com HAS não estão satisfeitas com a quantidade desejada ou recomendada de atividade física, sendo

que dessas, 42% praticam menos que a recomendação básica para saúde pública.

Através do questionário tivemos como proposta a investigação de quais as barreiras que impedem a realização da prática da atividade física, respondendo apenas aquelas mulheres que acreditavam que não faziam a quantidade desejada ou recomendada.

Através da tabela 4 mostra que as maiores barreiras que tem impedindo a pratica da atividade física para essas mulheres são cansaço 26%, falta de tempo 20% e restrição médica e outros com 18% ambos.

Tabela 4– Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Barreiras para a Pratica da Atividade Física.

	Sedentário	Insuficientemente ativo	Ativo	Muito Ativo	Total	Porcentagem
Cansaço		5	2	2	9	26%
Falta de tempo		2	3	2	7	20%
Restrição médica	1	2	2	1	6	18%
Outros		1	5		6	18%
Não Gosto		2		2	4	12%
Falta de orientação profissional		1			1	3%
Falta de companhia			1		1	3%
Falta de local apropriado					0	0%
Falta de dinheiro					0	0%

Quando indagado a relação pessoal dessas mulheres em relação a atividade física tivemos os seguintes respostas:

Tabela 5 - Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Relação com a Atividade Física.

	Muito Ativo	Ativo	Insuficientemente e Ativo	Sedentário	Total	Porcentagem
Gosta	1	14	10	1	26	72%
Não Gosta	2	3	2		7	20%
Gosta muito	1	2			3	8%
Indiferente						0%
Detesta						0%

A tabela 5 mostra que 72 % das pessoas gostam da pratica da atividade física, 8 % gostam muito e 20% não gostam.

Foi questionado se essas mulheres tiveram a vivencia da atividade física quando estudavam, veja os dados obtidos:

Tabela 6 – Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Vivencia da Educação Física na Escola.

	Muito Ativo	Ativo	Insuficientemente Ativo	Sedentário	Total	Porcentagem
Não	4	12	7	1	24	67%
Sim	0	7	5		12	33%

A Tabela 6 mostra que 67% das pessoas não tiveram a oportunidade de vivenciar a educação física na escola e as outras 33% tiveram a vivencia.

Quando a resposta fosse sim, quanto a vivencia da educação física na escola, a voluntária respondia através do questionário se essa gostava ou não, veja os dados obtidos:

Tabela 7 – Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Gosto pela Vivencia da Educação Física na Escola.

	Muito Ativo	Ativo	Insuficientemente Ativo	Sedentário	Total	Porcentagem
Sim		7	4		11	92%
Não			1		1	8%

Dentre as mulheres que tiveram experiências com a educação física escolar 92% gostava e apenas 8% disseram que não.

Outra informação levantada desse grupo é se essas pessoas tinham o hábito do exercício física antes de se tornarem hipertensas.

Tabela 8 – Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Pratica do Exercício Físico Antes da HAS.

	Muito Ativo	Ativo	Insuficientemente Ativo	Sedentário	Total	Porcentagem
Não	3	12	7	1	23	64%
Sim	1	7	5		13	36%

Nota-se que 64 % das mulheres acometidas da HAS não tinham o hábito do exercício físico, e outras 36% faziam o uso dessa prática.

Também foi levantada a relação dos níveis de atividade física com a renda familiar.

Tabela 9 – Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ e Porcentagem da Renda Familiar por Nível de Classificação.

	1 Salário	2 Salário	3 Salário	4 Salário	5 Salário
Muito Ativo	50%		50%		
Ativo					
Ativo	47%	32%	16%	5%	
Insuficientemente Ativo	55%	27%	9%		9%
Sedentário	100%				

Vimos que a questão renda familiar é bem diversificada em relação aos níveis de atividade física.

Foi pesquisada a idade do grupo de mulheres acometidas da HAS, vejamos os dados obtidos:

Tabela 10 – Porcentagem do Nível de Atividade Física IPAQ Conforme Idade

	Idade 21 a 30	Idade 31 a 40	Idade 41 a 50	Idade 51a 60	Idade 61 a 70	Idade 71 a 80
Sedentário						16,5%
Insuficientemente Ativo			33%	25%	47 %	16,5%
Ativo						
Ativo	100%		50%	75%	33%	67%
Muito Ativo			17%		20%	

A tabela mostra as porcentagens conforme os níveis de atividade física, mostrando diversificação em relação sua faixa etária.

Foi pesquisado se essas pessoas são trabalhadoras ou aposentadas, tendo os seguintes dados obtidos;

Tabela 11 – Nível de Atividade Física IPAQ em Relação ao Trabalho.

	Trabalha	Aposentado
Sedentário	1	
Insuficientemente Ativo	5	7
Ativo	9	10
Muito Ativo	1	3
Total	16	20

Vimos que 20 amostras são aposentadas e outras 16 são trabalhadoras.

5. ANALISE E DISCUSSÃO

Por meio do levantamento das causas básicas dos óbitos ocorridos Município de Colina, observou-se que a maior causa básica de óbitos é por problemas do aparelho circulatório, sendo a HAS uma das patologias que leva a várias complicações.

Os resultados mostram que a realidade de Colina não é diferente do que ocorre Brasil. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2010) no Brasil a DCV tem sido a principal causa de mortalidade, alcançando em 2007 o total de 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório.

Fica evidente que as maiores causas de mortalidade na cidade de Colina são as doenças não transmissíveis, onde estamos vivendo a era das doenças crônicas degenerativas (PITANGA, 2002).

A atividade física é um meio de tratamento e prevenção não medicamentosa para a HAS. A tomada do exercício físico, além da prevenção de doenças do aparelho circulatório, melhora a qualidade de vida do indivíduo. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Essa prevenção poderá também refletir a qualidade de vida, pois melhora a situação econômica do sujeito com a redução de gastos, convertendo o exercício físico numa importante objeção a vários problemas de saúde com grande impacto social. (GASPAR, 2004).

A pesquisa permitiu avaliar fatores que tem influenciado a pratica e não pratica da atividade física na rotina das mulheres acometidas da HAS em Colina. Para melhor entendimento, os dados obtidos foram analisados separadamente, assim fazendo cruzamento das informações para que possamos verificar fatores da população de mulheres acometidas com a HAS.

Primeiro temos os resultados obtidos acerca de como está a situação desse grupo de pessoas em relação à atividade física.

De acordo com a Tabela 2– Classificação do Nível de Atividade Física os dados apontam que 11 % estavam muito ativas, 53 % das pessoas são ativas em relação ao nível de atividade física e sendo a situação desses dois grupos satisfatória tendo assim na sua soma 64 %. No entanto, observou que 36% estavam com a prática insuficiente de atividade física.

Sabe-se que a contração muscular favorece o retorno venoso, a inatividade física faz diminuir a circulação sanguínea, pois os músculos não se contraem, comprometendo o trabalho dos músculos e das válvulas venosas, retardando o retorno venoso, ficando assim suscetível a formação de trombos, responsável por muitos graves problemas do aparelho circulatório (GASPAR, 2004)

Para ver como está a satisfação na quantidade de atividade realizada durante a semana das mulheres acometidas da HAS em relação à atividade física 67% das pessoas não acreditam que faziam a quantidade desejada ou recomendada, sendo que nesse grupo, havia mulheres classificadas como muito ativas e ativas, mostrando que até mesmo aqueles que têm o gasto energético recomendado estão insatisfeitos com a quantidade praticada. Esse achado pode indicar a falta de conhecimento quanto ao mínimo recomendado de atividade física para a saúde ou mostrando talvez a falta de prazer nas atividades realizadas.

Quando é mencionado o prazer na prática da atividade ou exercício físico, pois essa tem que vir como lazer que gere prazer, não de forma obrigatória como a atividade física relacionada ao trabalho. Esta é uma questão importante quando tratamos a questão saúde, "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Organização Mundial da Saúde, citado por LEWIS, 1986, p.1100 apud PALMA 2000, pag. 97).

Através das tarefas cotidianas recorrentes de seu trabalho há pessoas que tem gastos energéticos altos, sendo que esse não resulta em realização pessoal, e aumento da auto estima, não contribuindo, nesse aspecto, para os níveis de saúde esperado. Trabalhadores podem ter uma boa aptidão física, mas não ter uma boa qualidade de vida relacionada à saúde, por essas tarefas do cotidiano não serem realizado com prazer e assim não contribuam para os níveis de saúde esperados, partindo do entendimento que saúde não só a ausência de doenças. (ARAUJO, et al., 2000)

Vamos ver quais as barreiras encontradas para que esse grupo de mulheres acometidas da HAS que relataram insatisfação com a quantidade recomendada ou necessária para a melhoria da prática da atividade física, analisando os dados da Tabela 4. Observou-se que falta de dinheiro e falta de local apropriado não foram apontados como barreira à prática da atividade física.

Uma explicação possível é que a cidade conta com vários locais para essa prática, como local para caminhada, quadras esportivas, ginásticas para idosos em locais praças e outros projetos de esportes adaptados para diversas faixas etárias.

Falta de orientação e falta de companhia teve uma margem de 3% cada, podendo assim o poder público intensificar o marketing das atividades realizadas na cidade para que essas pessoas possam conhecer os projetos que existem na cidade.

Temos 12% de relato que não gostam da atividade física, algo que carece atenção, pois esse fato pode estar relacionado às experiências vividas na escola.

Temos 18% de voluntárias que relataram “outros” como resposta relatando acomodação, falta de vontade, visitas, não aguentar, preguiça e fratura no pé. Houve ainda 18% que relataram restrição médica, para a falta de prática. Nesse aspecto, caberiam estudos futuros com vista à avaliar a possibilidade de oferta pública de ações de reabilitação física, onde muitos casos de restrição médica poderiam ser atendidos.

Outras respostas que vem ao encontro daquilo que estamos discutindo, 26 % relatou cansaço e 20 % falta de tempo, mas temos naquelas que responderam outros sinônimos de desânimo (falta de vontade, não agüentar, preguiça, acomodação), o que pode ser reflexo da vida diária dessas mulheres que tem sua rotina exaustiva no trabalho e nas suas residências com os afazeres domésticos, faltando assim tempo e disposição para a pratica de atividades que gere prazer.

Para o bem estar da pessoa e a prevenção e tratamento da morbidade, em especifico a hipertensão arterial sendo essa maior causa de mortalidade é necessário que se façam atividades de forma prazerosa, sendo que o estresse também é um fator negativo para o hipertenso, sendo que aquele que pratica a atividade física com prazer estará diminuindo o nível de estresse e melhorando a qualidade de vida.

Nesta pesquisa também foi abordado a relação pessoal com a atividade física, ou seja, o que a pessoa sentia em sua relação. Oito por cento relataram gostar muito, 72% gostam e 20 % não gostavam, somando 72 % dos que gostam mais os 8 % que gostam muito, temos 80 % das mulheres acometidas da HAS

que tem uma boa relação com a atividade física. Há que se buscar a compatibilidade entre “gostar” e implementar a prática no cotidiano.

No entanto ainda temos 33% de pessoas insuficientemente ativas e 3 % sedentária, tendo um total de 36 % com gasto energético abaixo do recomendado. Novamente reforça-se a hipótese de que devido suas rotinas diárias as impossibilitam de dispensar seu tempo para essa prática, muitas mulheres ficam limitadas na sua prática, mesmo gostando.

Quanto aos 20 % dos que não gostam da atividade física, novas investigações são necessárias, mas pode-se especular se esse fato tem alguma relação com experiências escolares, o que pode ser visualizado nos dados na Tabela 6, que mostram que 67 % das pessoas não tiveram experiências da educação física escolar e apenas 33 % tiveram essa vivência. Dentre essas que tiveram experiência com a educação física escolar, quando perguntado se elas gostavam 92% responderam que sim e 8 % que não.

É um fator importante a tomada de hábitos do exercício físico desde a infância, pois quando a criança se desenvolve com esse hábito, na sua vida adulta tem mais chance de continuar a realizar a prática do exercício físico e evitando assim problemas de saúde futuro. (PATE et al., 1996; Powell, Dysinger 1987 apud ARAUJO, et al., 2000)

É raro o aparecimento de sintomas de doenças degenerativas em pessoas com idade escolar, por esse motivo tem faltado uma educação na tomada de hábitos saudáveis para que se evite o aparecimento de tais doenças no futuro, por não apresentarem esses sintomas nesse período, não quer dizer que não possam apresentar essas doenças no futuro, sendo que muitos sintomas apresentam período de incubação não inferior a 20 e 25 anos. (GILLIAM & MACCONNIE, 1984 apud GUEDES, 1999).

Os 20 % que disseram na sua relação pessoal com a atividade física que não gostam de atividade física e os 12% que apontaram que não gostarem como barreira à prática da atividade pode estar relacionado à falta de experiência da educação física na escola, pois daquelas que relatam sua relação pessoal não gostar da atividade física, 86% não praticaram atividade física na escola, enquanto 14 % tiveram essa prática, e daquelas que apontaram como barreira à prática da atividade física 75 % não fazia atividade física na escola e 25 % fazia,

mostrando a importância de a pessoa conhecer para poder gostar e uma educação para a saúde no ambiente escolar.

Outro comportamento dessas mulheres que foi alvo de pesquisa foi se essas mulheres faziam exercício físico antes de se tornarem hipertensas. Os resultados mostram que 64 % dessas mulheres não faziam exercício físico antes de se tornarem hipertensas, sendo apenas 36 % tinham essa prática, mostrando a importância daquilo que já discutimos uma educação para a saúde no ambiente escolar para conscientizar a população da importância dessa prática.

Sabendo da importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002 priorizou a construção de políticas públicas que evidenciem a importância da atividade física para uma vida com mais saúde, e fez orientações para que em todo o mundo desenvolvessem eventos que estimulassem a sua prática regular (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2002 apud GASPAR, 2004).

O sedentarismo é uma das grandes preocupações em relação às doenças não transmissíveis, pois estudos em adultos mostram há uma relação entre a morbidade e sedentarismo e esse risco diminui com o aumento da prática da atividade física, quando há um aumento do gasto energético de 2,1 para 14,7MJ e de 500 para 3.500kcal, diminuindo em 24% as mortes por problemas cardiovasculares naqueles que gastam mais do que 8,4MJ e 2.000kcal. Adultos que saíram das condições de sedentários aumentando seu nível de atividade física mostraram redução dos riscos cardiovasculares, comparados aos inativos (ARAUJO et al., 2000).

Há estudos que mostram que a renda familiar tem ligação direta com a inatividade física. Foi analisado dentre as pessoas que praticavam atividade física semanalmente por quintos de renda per capita mensal que 13,8% dessas pessoas pertenciam ao 1º quinto, sendo essa a menor renda, 16,4% de pessoas foram os do 2º quinto, 16% de pessoas foram os do 3º quinto, 18,4% de pessoas foram os do 4º quinto e 31,5% de pessoas foram os do 5º quinto, essa a maior renda, evidenciando que conforme aumentava a renda, aumentavam os praticantes da atividade física, sendo assim fica notório a influência da situação econômica sobre a prática da atividade física (IBGE, 1999 apud PALMA, 2000).

Diferentemente, os dados de Colina indicam que em todos os níveis de classificação de atividade física, os maiores percentuais são de mulheres que vivem com renda familiar de um salário mínimo, mostrando que no caso específico da cidade de Colina, a questão renda familiar não influi na atividade ou inatividade física.

Através dos dados obtidos na pesquisa nos dá também a possibilidade de investigar se o fator idade tem influencia na situação desse grupo de mulheres com o nível de atividade física.

Podemos ver através da Tabela 10 que o fator envelhecimento parece não ter sido associado aos níveis de atividade física, pois as pessoas da faixa etária 71 a 80 anos, sendo esses os mais idosos da pesquisa, tiveram 67% de pessoas ativas e a faixa etária 61 a 70 anos foi a faixa que teve maior percentual de pessoas muito ativas, mas por outro lado teve um percentual muito grande de insuficientemente ativos, sendo 47 %, já 51 a 60 anos teve 50 % de pessoas ativas e 17 % muito ativas, na faixa de 31 a 40 não teve participantes e 21 a 30 100% ativo, notamos então que a proporção de insuficientemente ativos tiveram uma oscilação entre as faixas etárias, não podendo mensurar assim como causador do sedentarismo a faixa etária.

Vejamos os níveis de atividade física em relação ao trabalho, ou seja, se é trabalhadora ou aposentado, sendo considerado trabalhadora aquelas mulheres que tem trabalho fora de casa e aquelas que se autodenominaram dona de casa e aposentada aquelas que são de fato aposentadas e que relataram ser pensionistas, novamente não foi observada associação entre a condição trabalho ou aposentado a baixos níveis de atividade física, visto que os dados ficaram muitos distribuídos nesse requisito.

6. CONCLUSÃO

Esse trabalho teve com um dos objetivos verificar a quantidade óbitos advectos de doenças cardiovasculares no Município de Colina, sendo que com êxito esse objetivo foi alcançado, observando-se que as principais causas de óbitos na Cidade de Colina foram relacionadas a problemas do aparelho circulatório, havendo vários fatores que podem influenciar nesses óbitos, sendo um deles a inatividade física, visto que segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia uma das recomendações de prevenção não medicamentosa é o combate ao sedentarismo.

Outro objetivo foi verificar os níveis de atividade física em mulheres hipertensas no Município de Colina, chegando assim ao conhecimento através do questionário IPAQ que 11 % dessas mulheres eram muito ativa, 53 % das mulheres estavam ativas, 33 % insuficientemente ativas e 3 % sedentárias, apontando assim que a maior parte das mulheres acometidas com a HAS estava com níveis de atividade física satisfatória.

O terceiro objetivo desse trabalho foi investigar por quais motivos essas mulheres não são mais ativas, fazendo assim o levantamento das barreiras que vem impedindo essas mulheres a pratica da atividade física.

Algo interessante foi verificar que a falta de tempo não liderou, como de costume, as barreiras, ficando atrás do cansaço e à frente de restrições médicas, que também é comum entre idosas.

Outros Fatores que foram objetos de estudos sobre as influencias na prática da atividade física, foram alvo dessa pesquisa, como renda familiar, havendo pesquisas que indicam que a inatividade física está ligada a renda familiar da pessoa. No entanto, na investigação tivemos como resultado que essa barreira não se mostrou associada ao nível de atividade física para as mulheres acometidas da HAS de Colina, mostrando a necessidade de cada localidade realizar sua pesquisa, pois existem variações de acordo com a cultura local.

Outras barreiras que não tiveram influência na inatividade física foram às questões se a mulher trabalhava ou estava aposentada e o fator idade.

Outro achado de destaque foi a constatação que a maioria das mulheres hipertensas avaliadas no Município de Colina só passaram a fazer atividade física

após o diagnóstico de HAS, mostrando a importância de uma educação para saúde.

Destaca-se que a educação para a saúde deve ser iniciada precocemente, visto que no contexto das escolas, é necessário que haja uma educação voltada aos hábitos saudáveis, não só de forma prática, mas conscientização da necessidade de adquirir esses hábitos é muito importante, pois pesquisas apontam a hipótese que o ensinamento teórico junto com a prática da atividade física entre crianças e jovens, é mais eficaz que apenas a prática. (BRODIE & BIRTWISTLE, 1990; PATE, 1985; SIMONS-MORTON et al., 1991 apud GUEDES, 1999).

O presente trabalho nos mostra através dos resultados obtidos a importância da realização de pesquisas que permitam descrever realidades locais, pois cada comunidade tem seus hábitos e rotinas, sendo necessário considerar as características da comunidade local com vistas às possibilidades de intervenção para promoção da atividade física (KAPLAN 1996 apud PALMA 2000).

7. REFERÊNCIAS

Pitanga, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, v.10, n3, p49-54, julho 2002.

Araujo, Denise Sardinha Mendes Soares; Araujo, Claudio Gil Soares. Aptidão física, qualidade de vida relacionado à saúde em adultos. **Revista brasileira de medicina do esporte**, v.6, n. 5, pag. 194-203, set/out., 2000.

Gaspar, Pedro João. **Efeitos do sedentarismo a nível cardiovascular: a importância da atividade na manutenção da saúde**. Dissertação (mestrado em comunicação e educação em ciência) Universidade de Aveiro, 2004.

Palma, Alexandre. Atividade Física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. **Revista Paulista de Educação Física**. São Paulo, 97-106, Jan/Jun. 2000

Guedes, Dartagnan Pinto. Educação para a saúde mediante programa de educação física escolar. **Motriz**, v5, n1, Junho, 1999.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, informações sobre os municípios brasileiros: Colina - SP, disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=351200&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es>, acesso em 28/abr/2014

Mcardle, Willian D.et al. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 5 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2003.

Powers, Scott k. Howley Edward T. **Fisiologia do exercício: Teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho**. 5 ed. São Paulo. Manole Ltda. 2005.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rio de Janeiro, pag. 1-51, 2010.

Tortora, Gerald J. **Corpo humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Vespasiano, Bruno de Souza; Dias, Rodrigo; Correa, Daniel Alves. A utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) como ferramenta diagnostica do nível de aptidão física: uma revisão do Brasil. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v.12, n.32, p. 49-54, set. – dez, 2012.

8. Anexos

Resultados do questionário IPAQ

Iniciais do nome	NATF	Faz Quant. Recomendada	Não Gosta	Falta de Orientação	Falta de companhia	Falta de tempo	Falta de local apropriado	Cansaço	Restrição médica	Falta de dinheiro	Outros	Relação AF
MHS L	4	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
JNM	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
LMS	4	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	4
SCM A	4	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	4
WISC M	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
NMS	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
RFC	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MIAM	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1*	4
ENA	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CMG S	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1**	2
MJFS	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MAZF	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1***	2
CP	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1****	2
DMS	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
APV	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
JLCS	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
RAP	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
TABF	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
EIS	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	4
LHRP	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
MTM R	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1*****	2
BMC	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	4
CFS	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MRG M	2 A	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
MJM F	2 A	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
JBP	2 B	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MLS	2 A	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
NCB	2 B	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2

CMC R	2 B	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
QGR	2 B	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
SASA	2 B	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
RAS	2 B	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	4
TACA	2 A	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1 *****	4
CPL	2 B	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PTSH	2 A	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
HVS	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
*Acomodação ** Vontade ***Visitas **** Não aguenta ***** Preguiça ***** Fratura do pé												
Nível de atividade física: 1 – Sedentário 2A- Insuficientemente ativo Critério A. 2B - Insuficientemente ativo critério B 3- Ativo 4- Muito ativo			Faz quantidade recomendada Não gosta Falta de orientação Falta de companhia Falta de tempo Falta de local Cansaço Restrição médica Falta de dinheiro 1 – Sim 2- Não					Relação de Atividade Física: 1 – Gosta muito 2 – Gosto 3 – Indiferente 4 –Não gosto 5 - Detesto				

Resultado do Questionário das Características das Amostras.

Iniciais do nome	NATF	Trabalhador ou aposentado	Idade	Fazia exercício Antes da hipertensão	Fazia exercício na escola	Gostava	Renda família
MHSL	4	2	69	1	2	-	1
JNM	4	2	66	2	2	-	1
LMS	4	2	65	2	2	-	3
SCMA	4	1	42	2	2	-	3
WISCM	3	2	57	1	1	1	3
NMS	3	2	54	1	1	1	2
RFC	3	2	58	2	2	-	1
MIAM	3	2	70	2	2	-	1
ENA	3	2	65	2	2	-	1

CMGS	3	2	61	2	2	-	1
MJFS	3	2	69	2	2	-	1
MAZF	3	2	72	1	1	1	3
CP	3	2	77	2	1	1	1
DMS	3	2	71	2	2	-	1
APV	3	1	29	1	1	1	3
JLCS	3	1	42	2	2	-	2
RAP	3	1	49	1	2	-	1
TABF	3	1	50	2	2	-	2
EIS	3	1	59	2	2	-	2
LHRP	3	1	53	2	1	1	4
MTMR	3	1	57	2	1	1	2
BMC	3	1	65	1	2	-	1
CFS	3	1	72	1	2	-	2
MRGM	2 A	2	68	1	2	-	2
MJMF	2 A	2	65	1	1	2	1
JBP	2 B	2	68	1	2	-	1
MLS	2 A	2	65	1	2	-	1
NCB	2 B	2	70	1	2	-	2
CMCR	2 B	2	61	2	2	-	2
QGR	2 B	2	72	2	2	-	1
SASA	2 B	1	45	2	1	1	3
RAS	2 B	1	45	2	1	1	1
TACA	2 A	1	58	2	2	-	5
CPL	2 B	1	59	2	1	1	-
PTSH	2 A	1	63	2	1	1	1
HVS	1	1	79	2	2	-	1
1 – Trabalhador 2- Aposentado			Fazia exercício físico antes da hipertensão?			Renda familiar 1 – 1 Salário	

Nível de atividade física: 1 – Sedentário 2A- Insuficientemente ativo Critério A. 2B - Insuficientemente ativo critério B 3- Ativo 4- Muito ativo	Fazia exercício na escola?	2 – 2 Salário
	Gostava?	3 – 3 Salário
	1 – Sim	4 – 4 Salário
	2- Não	5 – 5 Salário ou mais

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

Caso considere que não faz a quantidade desejada e/ou recomendada de atividade física, indique as 3 principais causas desse fato: Não gosto, Falta de orientação profissional, falta de companhia, falta de tempo, falta de local apropriado, cansaço, restrição médica, falta de dinheiro e outro.

Defina sua relação pessoal com a educação física: Gosta Muito, Gosto, Indiferente, Não gosto e Detesto.

Questionário das Características das Amostras

É Trabalhador () ou Aposentado ()

Idade:

Fazia Exercício Físico antes de se tornar Hipertenso? () Sim () Não

Fazia exercício físico na escola? () Sim () Não

Preencher o quadro se a resposta for SIM

Gostava de fazer () Sim () Não

Qual é a renda familiar?

- () 1 Salário mínimo (R\$ 724,00).
- () 2 Salários mínimos. (R\$ 1448,00)
- () 3 Salários mínimos. (R\$ 2.172,00)
- () 4 Salários mínimos. (R\$ 2.896,00)
- () 5 ou mais salários mínimos. (R\$ 3.620,00 ou mais)