

REGIANE CRISTINA LOBO

**INDIVÍDUOS HIPERTENSOS DO CENTRO DE SAÚDE NOVA
YORK E A MOTIVAÇÃO PARA A PRÁTICA DE
EXERCÍCIOS FÍSICOS: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE-MG

2011

REGIANE CRISTINA LOBO

**INDIVÍDUOS HIPERTENSOS DO CENTRO DE SAÚDE NOVA
YORK E MOTIVAÇÃO PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS
FÍSICOS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Ronaldo Castro d'Ávila

BELO HORIZONTE-MG

2011

REGIANE CRISTINA LOBO

**INDIVÍDUOS HIPERTENSOS DO CENTRO DE SAÚDE NOVA
YORK E MOTIVAÇÃO PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS
FÍSICOS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Ronaldo Castro d'Ávila

Banca Examinadora

Prof. Ronaldo Castro d'Ávila - orientador
Profa. Dra. Ana Cláudia P. Couto

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

**Quem não sobe nas altas montanhas não conhece a planície.
(Provérbio Chinês)**

RESUMO

Os objetivos do presente trabalho foram desenvolver um estudo sobre a relação exercícios físicos/hipertensão arterial e a partir daí elaborar uma estratégia para motivar a população hipertensa para a prática de exercícios físicos. Verificamos no estudo realizado que a hipertensão arterial é um dos grandes desafios da saúde pública no Brasil, de acordo com informações do Ministério da Saúde (2006). Percebemos que a conscientização da população acerca dos métodos não-farmacológicos de controle da pressão ainda é um obstáculo a ser vencido pelos profissionais de saúde, em especial os da Atenção Primária. O caminho metodológico foi construído a partir da descrição do Centro de Saúde Nova York, Regional Venda Nova, município de Belo Horizonte, Minas Gerais e da Equipe 03 deste; além da revisão da bibliografia com textos sobre hipertensão arterial e exercícios físicos. O resultado foi a criação de um grupo de caminhadas que garantiu o fortalecimento dos vínculos equipe-usuário e usuário-usuário, além do benefício fisiológico da queda da pressão arterial em alguns indivíduos. Sendo assim, este trabalho apresenta uma proposta de intervenção direcionada a indivíduos hipertensos cadastrados na Equipe de Saúde da Família 03 do Centro de Saúde Nova York.

Palavras chaves: hipertensão arterial, exercícios físicos, Centro de Saúde Nova York

ABSTRACT

The objectives of this work was to develop a study on the relationship exercise / blood pressure and from there develop a strategy to motivate the hypertensive population for physical exercise. We note the study that hypertension is a major public health challenges in Brazil, according to Ministry of Health (2006). We realize that public awareness about non-pharmacological methods of blood pressure control is still an obstacle to be overcome by health professionals, particularly primary care. The methodological approach was built from the description of the Health Center New York, New Regional Sales, the city of Belo Horizonte, Minas Gerais and the team of 03, besides the texts with literature review on hypertension and exercise. The result was the creation of a hiking group that ensured the strengthening of ties and team-user user-user, beyond the physiological benefit of the fall in blood pressure in some individuals. Thus, this work presents a proposal for targeted intervention for individuals with hypertension enrolled in the Family Health Team 2003 Health Center New York.

Key words: hypertension, exercise, Health Center New York

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	OBJETO DE PESQUISA E ABORDAGEM METODOLÓGICA	
	2.1. Trajetória profissional e o surgimento do problema de estudo	09
	2.2. A hipertensão como problema de estudo	09
	2.3. Objetivos da pesquisa	
	2.3.1. Objetivo geral	10
	2.3.2. Objetivos específicos	10
	2.4. Abordagem Metodológica	
	2.4.1. Centro de Saúde Nova York (CSNY): a Equipe 03 ou Marrom e seus usuários	10
	2.4.2. Os instrumentos de coleta de dados	13
3	REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA	
	3.1. Hipertensão arterial	
	3.1.1. Hipertensão arterial: uma condição crônica de saúde	15
	3.1.2. Hipertensão arterial – caracterização	16
	3.1.3. Hipertensão arterial e exercício físico	17
	3.1.4. Caminhada: exercício físico simples e benéfico	19
4.	A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
5	RESULTADOS	21
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o levantamento atual do Ministério da Saúde, a hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, além de ser o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (Ministério da Saúde, 2006)

A adoção de hábitos de vida saudáveis é de fundamental importância para a prevenção e o tratamento da hipertensão arterial, tal como apontado no presente estudo. A diminuição do consumo de sal quando há o consumo exagerado pelo usuário hipertenso, controle do peso, prática de exercícios físicos, redução do tabagismo e etilismo se o mesmo fuma ou bebe são medidas simples capazes de levar o hipertenso ao melhor controle pressórico. Constitui-se um desafio para a Saúde Pública despertar no indivíduo o interesse em mudar hábitos de vida. Esta é a proposta do Programa Saúde da Família, através da atuação multiprofissional, da criação de vínculos e do olhar holístico sobre o usuário. O incentivo aos hábitos saudáveis constitui-se em uma das ações integrantes de um dos grandes pilares do Programa Saúde da Família – a promoção à saúde.

Pensando na necessidade de se desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção dos agravos ocasionados pela hipertensão arterial foi elaborado este estudo. Inicialmente pretendo apresentar como a hipertensão se tornou um objeto de interesse para mim, em seguida farei uma descrição detalhada do local onde pretendo propor ações que visem à prevenção e tratamento da hipertensão pelos usuários do Centro de Saúde Nova York, depois farei uma revisão de literatura para fundamentar meus estudos e, finalmente, apontarei possíveis propostas para solucionar ou minimizar os problemas detectados no CSNY e os resultados destas.

Partindo deste princípio, este trabalho trata do incentivo à prática de exercícios físicos por indivíduos hipertensos integrantes da ESF 03 do Centro de Saúde Nova York em Belo

Horizonte. Este incentivo poderá acontecer através da atuação multidisciplinar – Equipe de Saúde da Família (ESF) – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

2. OBJETO DE PESQUISA E ABORDAGEM METODOLÓGICA

2.1. Trajetória profissional e o surgimento do problema de estudo

Como enfermeira da Equipe 03 ou Marrom há três anos tenho amplo conhecimento da população – seus problemas, hábitos, costumes, carências, etc. O PSF nos proporciona a construção do vínculo com o usuário. Observo que a maioria dos moradores da área percebe nos integrantes da Equipe verdadeiros pontos de apoio para resolução de seus problemas e esclarecimento de suas dúvidas.

Ao atender diariamente estes usuários no Acolhimento e nas Consultas de Enfermagem passei a observar que é grande o número de pessoas que comparecem à Unidade para renovar receitas de antihipertensivos ou até mesmo com a pressão arterial acima de níveis considerados ideais – até 130/80mmHg. Percebi que mesmo fazendo uso correto dos medicamentos os hipertensos continuavam sem controle. Passei então a desenvolver alguma forma de ajudar estas pessoas a controlar a pressão arterial através de medidas não farmacológicas.

Iniciei uma fase de investigação dos possíveis fatores que explicariam o descontrole pressórico dos usuários. Concluí a partir disso que faltava motivação para a realização de exercícios físicos. Daí veio o desafio: como motivar a população da Equipe Marrom a realizar exercícios físicos? Assim iniciei a construção deste trabalho: uma proposta de intervenção para incentivar os hipertensos da ESF 03 a realizar exercícios físicos.

2.2. A hipertensão como problema de estudo

A hipertensão arterial atinge cerca de 600 milhões de pessoas em todo o mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. A doença atinge, em média, 25% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e, surpreendentemente, a 5% dos 70 milhões de crianças e adolescentes no Brasil, segundo dados recentes da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH).

Além do controle farmacológico é necessário ao indivíduo hipertenso realizar algumas medidas como: reduzir o consumo de sal, evitar o tabagismo e o etilismo, controlar o peso e praticar exercícios físicos. É um desafio contínuo para a Saúde Pública, especialmente a

Atenção Básica, conscientizar o hipertenso acerca da importância da mudança de hábitos de vida. Construir estratégias para tal deve ser um dos objetivos dos profissionais de saúde, especialmente os que atuam na Estratégia de Saúde da Família.

Sabe-se que o estilo de vida sedentário é fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e que os exercícios aeróbicos, dentre eles alongamentos e caminhadas são utilizados como meio terapêutico isolado ou associado ao tratamento farmacológico, visando à redução dos níveis tensionais em indivíduos hipertensos. (TIPTON,1984)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão o exercício físico, regular, aeróbico de baixa e moderada intensidade deve ser incluído como uma conduta não-farmacológica no tratamento da hipertensão arterial.

2.3. Objetivos da pesquisa

2.3.1. Objetivo geral

- Apresentar uma proposta de intervenção direcionada a indivíduos hipertensos cadastrados na Equipe de Saúde da Família 03 do Centro de Saúde Nova York, Regional Venda Nova, Belo Horizonte, Minas Gerais .

2.3.2. Objetivos específicos

- Conscientizar a população hipertensa da ESF 03 do Centro de Saúde Nova York quanto à importância do controle pressórico;
- Incentivar a prática de exercícios físicos pelos hipertensos.

2.4. Abordagem Metodológica

2.4.1. O Centro de Saúde Nova York (CSNY): a Equipe 03 ou Marrom e seus usuários

Com o objetivo de contextualizar o local onde será desenvolvido meu estudo, e que poderá resultar em uma proposta de intervenção, passo a descrever o Centro de Saúde Nova York (CSNY) e uma de suas Equipes de Saúde da Família – A Equipe 03 ou Marrom.

O Centro de Saúde Nova York situa-se no município de Belo Horizonte, na Regional Venda Nova, nos bairros Nova York e Jardim dos Comerciários A. Possui uma população adstrita de cerca de 15000 usuários, divididos em quatro Equipes de Saúde da Família (ESF). São elas: Equipe 1 (Azul), Equipe 2 (Verde), Equipe 3 (Marrom) e Equipe 4 (Amarela). Cada ESF é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

Os limites do C.S. Nova York são: a Norte o município de Vespasiano, a Leste a área de abrangência do Centro de Saúde Jardim Europa, a Oeste a área de abrangência do Centro de Saúde Jardim dos Comerciários e ao Sul a área de abrangência do Centro de Saúde Mantiqueira.

A área física do C.S. Nova York conta com oito consultórios, recepção e sala de espera, uma sala de observação, uma sala de vacinas, uma sala de curativos, uma pequena sala para coleta de exames laboratoriais, gerência, almoxarifado, sala de reuniões, expurgo, farmácia e consultório odontológico.

Os trabalhadores da Unidade somam setenta pessoas, dentre gerente, pessoal administrativo, corpo de enfermagem, médicos, agentes de controle de endemias, agentes comunitários de saúde, estagiários, porteiros e faxineiras.

Ao compararmos o CS Nova York com outros Centros de Saúde da mesma Regional não encontramos grandes diferenças no que diz respeito à quantidade populacional atendida por Equipe de Saúde da Família, aos equipamentos e à área física da Unidade.

De acordo com dados atuais encontrados nos registros dos agentes comunitários de saúde, na área de abrangência da ESF 03 do Centro de Saúde Nova York existem 3257 pessoas cadastradas. Este número equivale-se àqueles encontrados em outras equipes da mesma Unidade de Saúde.

Todas as famílias da área de abrangência da Equipe Marrom são classificadas como sendo de risco elevado para adoecer ou morrer, tendo em vista Índice de Vulnerabilidade à Saúde, 2003. Este roteiro leva em consideração: condições de saneamento básico, habitação, educação, renda e saúde.

A população desta Equipe, assim como das demais do Centro de Saúde Nova York é extremamente carente de recursos financeiros, sociais, culturais e educacionais.

Na área não há equipamentos de lazer, como por exemplo, praças ou academias públicas. Existem três igrejas evangélicas e uma católica. No salão desta última é que são realizadas, por nós, profissionais do Centro de Saúde algumas atividades de promoção à saúde.

12 a 19 anos	36,2	26,4	21,7	15,7
20 a 40 anos	33,9	28,3	29,4	8,4
41 anos e mais	17,5	40,1	30,4	12

Fonte: Dados da ESF 03.

Como pode ser verificado na tabela acima é grande o número de indivíduos que morrem por doenças do aparelho circulatório. Dentre estas as principais são os acidentes vasculares cerebrais (avc's), desencadeados, na maioria das vezes pela hipertensão arterial não controlada.

Na ESF 03 consultas por descontrole pressórico ou renovação de receitas de anti-hipertensivos representam 38% dos atendimentos totais da semana (*Fonte: dados da ESF 03, 2011*). O número de hipertensos, de acordo com dados recentes da equipe é de 567 pessoas (17,4% da população total). Este número é alto se considerados os 15% de hipertensos esperados de acordo com os cálculos da prevalência estimada de hipertensão para o território, elaborados pelo Ministério da Saúde.

Dentre as pessoas cadastradas, destaco os 18 indivíduos hipertensos adultos ou idosos que realizam controle pressórico farmacológico e são acompanhados pelo generalista da ESF 03 e/ou por cardiologista, para desenvolver o presente estudo.

2.4.2. Os instrumentos de coleta de dados

Este estudo constitui-se em uma abordagem qualitativa. De acordo com ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER (2004), pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, isto é, usam uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados, sendo os principais a observação (participante ou não), a entrevista em profundidade e a análise de documentos técnicos.

Neste trabalho procurei utilizar a revisão bibliográfica para fundamentar teoricamente meu estudo. Para obter as informações necessárias procurei recorrer a documentos disponíveis na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da

Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Foram feitas duas associações de descritores, a saber:

- Exercício físico e controle e pressão arterial – 22 artigos
- Doenças crônicas não-transmissíveis e Brasil e hipertensão arterial – 4 artigos

Dos 26 artigos encontrados foram selecionados oito, a saber: Araújo e GUIMARÃES (2007), Campos (2009), Krinski et al (2006), Malta et al (2006), Monteiro e Sobral (2004), Plavnik (2010), Rondon e Brum (2003), e Scher, Nobre e Nereida (2008) O primeiro critério de inclusão foi a disponibilidade do texto na íntegra, dispensando-se aqueles que apresentavam apenas resumos. Posteriormente foi analisado cada um dos artigos e utilizados aqueles que se adequavam aos objetivos e finalidade do estudo.

Além dos artigos foram colhidas informações pertencentes às quatro Equipes do Centro de Saúde Nova York encontradas nos livros de registros das enfermeiras e agentes comunitários de saúde.

3. REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA

3.1. Hipertensão arterial

3.1.1. Hipertensão arterial: uma condição crônica de saúde

O termo “Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (DCNT) pode ser caracterizado por um conjunto de doenças com história natural prolongada, fatores de risco complexos e múltiplos, interação de fatores etiológicos desconhecidos, de causa necessária desconhecida ou especificidade de causa desconhecida. Também é caracterizado pela ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático. O curso clínico, em geral, é lento, prolongado e permanente, e as manifestações clínicas manifestam-se com períodos de remissão e de exacerbação. (LESSA,1998).

As lesões celulares ocasionadas pela doença são geralmente irreversíveis e podem evoluir para diferentes graus de incapacidade e até morte. As principais doenças crônicas são as cardiovasculares e as neoplasias. Dentre as cardiovasculares, as de maior importância em saúde pública são: a hipertensão arterial, os acidentes vasculares cerebrais e a doença isquêmica do coração. (LESSA,1998).

Atualmente, as doenças não transmissíveis são responsáveis por 45,9% da carga mundial de doenças. Estima-se que, em 2020, dois terços dessa carga serão atribuídos às DCNT, com um possível deslocamento da epidemia de doenças crônicas para países menos desenvolvidos. A Organização Mundial de Saúde tem como um dos objetivos priorizar o acompanhamento dos indivíduos portadores de doenças crônicas, com foco nos principais fatores de risco: hipertensão arterial, tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física, sobrepeso e obesidade, consumo inadequado de frutas e hortaliças e hiperglicemia. (CAMPOS,2009). Destes fatores de risco os de maior representatividade para os usuários hipertensos do Centro de Saúde Nova York são o sobrepeso e, principalmente, a inatividade física.

O cenário epidemiológico brasileiro é complexo. Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se redução progressiva; em 2003, essas doenças já responderam por apenas 5% dessas mortes, aproximadamente. As doenças cardiovasculares, contudo, representavam somente 12% das mortes na década de 30, são, atualmente, suas principais causas em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço de nossos óbitos. (MALTA et al, 2006).

No contexto de promoção à saúde destaca-se o Programa Saúde da Família, através da atuação multiprofissional centrada no usuário.

A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional. (ARAÚJO e GUIMARÃES, 2007).

No Centro de Saúde Nova York há uma participação importante do ACS no processo de trabalho. É este profissional que leva até os demais integrantes da ESF as informações sobre o que acontece na área de abrangência – nascimentos, óbitos, chegada de novos indivíduos, situação, psicológica, social e econômica da família, etc.

3.1.2. Hipertensão arterial – caracterização.

Um dos principais objetivos do Programa Saúde da Família é o combate aos agravos crônicos, dentre eles a hipertensão arterial. No Centro de Saúde Nova York é a hipertensão arterial a DCNT de maior representatividade na população, como pode ser visto no quadro de morbidade por doenças crônicas não transmissíveis abaixo:

Representatividade das principais doenças crônicas não transmissíveis na população do Centro de Saúde Nova York, 2011 (%)			
Hipertensão arterial	Diabetes	Neoplasias	Doenças ósseas (artrose osteoporose)
12,67	5,72	2,21	3,77

Fonte: Dados disponibilizados pelas ESF's do Centro de Saúde Nova York, 2011.

De acordo com Rondon e Brum (2003), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença altamente presente na população adulta, cuja prevalência no Brasil oscila entre 22% e 44%. A HAS é uma doença que atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca de 50% destes não sabem que são hipertensos por serem muitas vezes assintomáticos, sendo ela, considerada importante fator de risco para as doenças cardiovasculares

ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral, doença coronariana, insuficiência vascular periférica e cardíaca.

O diagnóstico de hipertensão arterial é classicamente feito pela aferição dos níveis pressóricos, onde cifras iguais ou superiores a 140/90 mmHg determinam o quadro de hipertensão arterial. Cabe ressaltar que, para se estabelecer este diagnóstico, são necessárias algumas medidas padronizadas no processo de aferição. Recomenda-se que a medida da pressão arterial feita na consulta inicial deva ser realizada em ambos os braços, optando-se pelo braço em que se detectaram os valores mais elevados, caso haja diferença, para as medidas subsequentes. Além disso, na primeira avaliação é recomendado que se meça a pressão com o paciente nas três posições (deitado, sentado e em pé), visto que alguns pacientes diabéticos ou com disautonomia podem apresentar hipotensão postural quando mudam de postura. Ainda com relação ao número obtido, a medida para o diagnóstico deve ser feita em duplicata ou triplicata, e a média destes valores usada para determinar a pressão arterial. Quando os valores diastólicos obtidos forem iguais ou superiores a 110 mmHg, não há necessidade de se repetir as medidas para confirmação diagnóstica, visto que pacientes que apresentam esses valores já podem cursar com lesões em órgãos-alvo e há indicação para início do tratamento farmacológico, de acordo com os consensos em hipertensão arterial. (PLAVNIK,2010).

No Centro de Saúde Nova York, especialmente na ESF 03, sempre que um usuário comparece pela primeira vez no Acolhimento ou que algum usuário sabidamente não hipertenso chega com alguma queixa que possa levar à suspeita de crise hipertensiva o mesmo tem sua pressão aferida em ambos os braços e nas três posições – sentado, deitado e em pé. Assim, confirmando-se o diagnóstico de hipertensão arterial o generalista inicia o tratamento medicamentoso e encaminha ao Cardiologista, se for o caso.

3.1.3. Hipertensão arterial e exercício físico

Para se evitar as consequências desastrosas da hipertensão arterial, grande ênfase tem-se dado às medidas não farmacológicas, dentre elas vem-se destacando a prática regular de exercícios físicos, componente importante na melhoria da qualidade de vida. (RONDON e BRUM, 2003).

Para Silverthorn (2003) entende-se por exercício físico qualquer atividade muscular que gere força e interrompa a homeostase (homeo = igual; stasis = ficar parado).

Barros (1999) caracteriza o exercício físico como uma atividade realizada com repetições sistemáticas de movimentos orientados, com conseqüente aumento no consumo de oxigênio devido à solicitação muscular, gerando, portanto, trabalho.

O exercício físico regular ou reabilitação cardíaca utilizando grandes grupos musculares como caminhar, pedalar, correr ou nadar, produz um ajuste cardiovascular que aumenta a capacidade de se exercitar, resistência e força muscular esquelética. Na verdade, ela é considerada uma das principais estratégias em saúde pública, contribuindo para reduzir a morbidade e mortalidade (MONTEIRO e SOBRAL, 2004).

A melhora na saúde de indivíduos hipertensos que praticam exercício físico se deve à exposição regular do organismo a um trabalho acima dos níveis de repouso capaz de promover adaptações hemodinâmicas e autonômicas, seguida de uma diminuição do débito cardíaco e da resistência vascular periférica que geram efeitos hipotensores pós-exercício, contribuindo para um maior transporte e captação de oxigênio, aumentando a utilização de ácidos graxos como substratos energéticos pelo metabolismo basal, contribuindo para uma melhor eficácia do hormônio insulina, diminuindo os níveis de glicose plasmática, ajudando na perda de peso, melhorando a auto-estima, proporcionando uma melhora na saúde e qualidade de vida. (KRINSKI et al,2006).

Os efeitos benéficos do exercício físico devem ser aproveitados no tratamento inicial do indivíduo hipertenso, visando evitar o uso ou reduzir o número de medicamentos e de suas doses. O efeito protetor do exercício físico vai além da redução da pressão arterial, estando associado à redução dos fatores de risco cardiovasculares e à menor morbimortalidade, quando comparadas pessoas ativas com indivíduos de menor aptidão física. (SCHER, NOBRE E NEREIDA,2008).

Em indivíduos sedentários e hipertensos, reduções clinicamente significativas na pressão arterial podem ser conseguidas com o aumento relativamente modesto no exercício físico, acima dos níveis dos sedentários, além do que o volume de exercício requerido para reduzir a pressão arterial pode ser relativamente pequeno, possível de ser atingido mesmo por indivíduos sedentários. (MONTEIRO e SOBRAL, 2004).

3.1.4. Caminhada: exercício físico simples e benéfico

Como relatado anteriormente, os exercícios físicos são de grande valia para que o indivíduo hipertenso tenha diminuição de seus níveis pressóricos. Dentre estes os de maior relevância são os exercícios aeróbicos.

O exercício aeróbico é aquele que trabalha uma grande quantidade de grupos musculares de forma rítmica. As caminhadas, alongamentos, corridas, natação são alguns deles. Os exercícios aeróbicos típicos são contínuos e prolongados, realizados com movimentos não muito rápidos. Esta categoria de exercício, é a que traz mais benefícios ao organismo, diminuindo a chance de doenças cardiovasculares e melhorando qualidade e expectativa de vida.

De acordo com uma pesquisa recente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP após uma única sessão de exercício aeróbico, como a caminhada, em média, a pressão arterial sistólica cai 14 milímetros de mercúrio (mm Hg) e a pressão arterial diastólica cai 4 milímetros, ou seja, de 13 por 9, por exemplo, passa para 11 por 8. E, após 24 horas, essa pressão continuou reduzida em 3 milímetros na pressão sistólica e 2 milímetros na diastólica. Os participantes realizaram uma sessão intensa de 40 minutos de caminhada, seguida de uma sessão de repouso também de 40 minutos. Os resultados apontaram que a redução é mais expressiva naqueles com pressão arterial elevada e menor naqueles com pressão arterial normal. O diferencial do estudo, segundo os pesquisadores, é o fato de ter sido analisado o impacto do exercício aeróbico em pista, na modalidade caminhada, e não em esteira e bicicleta ergométrica, como era feito até então.

A caminhada, para a ESF em questão atua como coadjuvante na manutenção de menores níveis pressóricos em indivíduos hipertensos e também na construção dos relacionamentos sociais. Aqueles que se propuserem a participar do grupo de alongamentos e caminhadas serão beneficiados tanto física como psicologicamente, já que terão a oportunidade de interagir com os outros e com a equipe.

4 A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tendo em vista que a área de abrangência da ESF 03 do Centro de Saúde Nova York não dispõe de mecanismos de lazer como academias, por exemplo, pensei em realizar com a população hipertensa exercícios ao ar livre, como alongamentos e caminhada. Porém, deparei-me com um obstáculo: a grande quantidade de ruas íngremes na área. Assim, percebi que teria que escolher uma rua, de preferência a mais plana de todas para a realização das caminhadas. A melhor opção foi realizar as atividades em frente à única igreja católica da área de abrangência, onde os usuários encontrar-se-iam e quando seria aferida a pressão arterial de cada um deles, posteriormente iniciariam os alongamentos e a caminhada. Após 30 minutos de caminhada retornariam ao local de saída para realização de mais uma série de alongamentos e nova aferição da pressão arterial.

Apresentei a proposta aos profissionais do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em especial à educadora física, e estes se propuseram a auxiliar-me na construção e condução do grupo. O NASF é composto por fisioterapeuta, fonoaudióloga, educadora física, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista.

Assim, ficou decidido que eu, as ACS's, após orientação da educadora física, faríamos as atividades com o grupo de hipertensos nas terças-feiras e a educadora física e a terapeuta ocupacional do NASF fariam as atividades nas sextas-feiras. Seria um incentivo aos usuários para caminhar também pelo menos mais uma vez na semana. A Sociedade Brasileira de Hipertensão recomenda que os indivíduos hipertensos iniciem programas de exercício físico regular, de intensidade moderada, de três a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração.

O passo seguinte foi convidar os indivíduos para participar do grupo – confeccionar convites que seriam posteriormente distribuídos aos hipertensos pelos ACS's. Foram convidados 5 indivíduos hipertensos por ACS, totalizando 20 usuários. Os critérios para participação foram: ser adulto ou idoso, hipertenso, fazer uso de medicamentos anti-hipertensivos e realizar acompanhamento com o generalista da equipe e/ou cardiologista. Na primeira participação o usuário deveria levar uma autorização de seu médico para a realização de exercícios físicos (o ACS iria orientá-lo ao entregar o convite). Nos demais encontros só seria permitido ao hipertenso realizar os alongamentos e a caminhada se tivesse feito uso correto de sua medicação naquele dia, o que seria observado após aferição da PA no início do encontro.

5 RESULTADOS

O grupo de alongamentos e caminhadas teve início no Centro de Saúde Nova York há dois anos e cinco meses. Há três meses passou a se chamar *Grupo Vida Saudável*. No início contávamos com a participação de oito pessoas, a maioria idosas do sexo feminino. Hoje temos dezoito participantes – cinco homens e treze mulheres que participam ativamente das reuniões do grupo, além de alguns que comparecem esporadicamente. Todos estes realizam caminhadas mais duas ou três vezes na semana. Dois usuários (11,1%) conseguiram a redução de níveis pressóricos a ponto de não precisar mais realizar tratamento farmacológico; treze deles (72,2%) conseguiram redução da pressão arterial de cerca de 10mmHg na pressão sistólica e 5mmHg na pressão diastólica. Semestralmente fazemos passeios a parques, zoológico, museus, etc. Foi confeccionada uma camiseta para ser utilizada durante os encontros, uma espécie de identificação do grupo.

O projeto da caminhada foi difundido nas demais equipes do Centro de Saúde e já começa a ser implementado por mais uma equipe.

Para mim é gratificante perceber que o grupo de caminhadas superou a expectativa de simplesmente incentivar os hipertensos para a prática de exercícios físicos e passou a ser coadjuvante na redução da pressão arterial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando da população hipertensa a mudança de hábitos é um desafio constante. Como profissionais da ESF precisamos usar estratégias para motivar o usuário, diariamente.

O grande desafio do Programa Saúde da Família é a construção do vínculo. Este vínculo precisa ser sólido a ponto de criar confiança mútua e co-responsabilização. Uma equipe que trabalha com união e harmonia consegue fazer com que seu usuário passe a ter maior interesse pela própria saúde. Ao conseguirmos isso fazemos com que haja também a multiplicação das informações na comunidade e, conseqüentemente, a promoção da saúde.

Despertar nos hipertensos a vontade e o interesse em reunir-se duas vezes por semana para a realização dos alongamentos e caminhadas foi (e continua sendo) uma tarefa complexa. O fator positivo mais importante neste caso foi a confiança adquirida pelos usuários nos profissionais da equipe.

7 REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J., GEWANDSZNAJDER, Fernando. O método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004, 203 p.

ARAUJO, Jairo Carneiro de e GUIMARAES, Armênio Costa. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de. Saúde Pública**, vol.41, n.3, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf>>. Acesso em 2011-03-23

Barros Neto TL, César MC, Tebexreni AS. Fisiologia do exercício. In: Ghorayeb N, Barros TL, editores. O exercício. Preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. São Paulo: Atheneu, 1999;3-13.

CAMPOS, Maryane Oliveira de e RODRIGUES NETO, João Felício. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, vol.33, 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-549559>>. Acesso em: 2011-05-15

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO (FMRP), DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). **Caminhada reduz níveis de pressão arterial por até 24 horas**. Acesso em: <<http://www.minhavidacom.br/conteudo/10963-Caminhada-reduz-niveis-de-pressao-arterial-por-ate-24-horas.htm>>. Acesso em 23 mai 2011.

KRINSKI, K; ELSANGEDY, MH; GORLA, JI; CALEGARI, DR. Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Digital**, ano 10, n.93, Fev. 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd93/diabetes.htm>>.

LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.

MALTA, Débora Carvalho; CEZÁRIO, Antônio Carlos; MOURA, Lenildo de; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 15(1) : 47 – 65,2006. Disponível em: <<http://http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/porta/ess/v15n3/pdf/v15n3a06.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica n.15 – **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006.

MONTEIRO, Maria de Fátima e SOBRAL FILHO, Dário C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol.10, n.6, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000600008>. Acesso em 2011-03-25

Plavnik, FL e Johlmann, OJ. Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Medicina**, vol.67, n.12, 2010. Disponível em: <

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2171>. Acesso em: 15 mar 2011.

Rondon, MUPB, Brum PC. Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol. 10, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Índice de Vulnerabilidade à Saúde**. Belo Horizonte: Gerência de Epidemiologia e Informação – GEEPI, 2003.

SCHER, Luria M.L.; NOBRE, Fernando; LIMA, Nereida K.C. O papel do exercício físico na pressão arterial em idosos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol.15 (4),228-231,2008. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/14-espaco-jovem-pesquisador%20.pdf>. Acesso em: 06 mai.2011.

Silverthorn, DU. Fisiologia integrada. Fisiologia humana. Uma abordagem integrada. 2ª ed. Barueri (SP): Manole, 2003

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Consenso brasileiro de hipertensão arterial. Campos do Jordão (SP): Sociedade Brasileira de Hipertensão; 1998. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/Pag1.shtml>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

Tipton CM - Exercise training and hypertension. *Exerc Sport Sci Rev* 1984; 12: 245-306.