

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

JOÃO ANNÍBAL MILANO PEIXOTO QUEIROZ

**INCIDÊNCIA DE HIPERTENSOS CADASTRADOS A PARTIR DE 2010
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA**

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2011

JOÃO ANNÍBAL MILANO PEIXOTO QUEIROZ

**INCIDÊNCIA DE HIPERTENSOS CADASTRADOS A PARTIR DE 2010
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de bacharel no curso de Educação Física da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador(a): Prof. Eduardo Batista Von Borowski

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2011

JOÃO ANNÍBAL MILANO PEIXOTO QUEIROZ

**INCIDÊNCIA DE HIPERTENSOS CADASTRADOS A PARTIR DE 2010
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel, do curso de Educação Física – Bacharelado da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com linha de pesquisa em Indicadores para promoção de saúde.

Criciúma, 28 Novembro de 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Eduardo Batista Von Borowski – Msc. – (UNESC) - Orientador

Prof^a. Barbara Regina Alvarez – Dra. – (UNESC)

Prof^a. Josete Mazon – Msc. – (UNESC)

Dedico este trabalho aos meus pais Helenice e João Luiz e meu irmão João Gabriel pelo amor e apoio incondicionais.

AGRADECIMENTOS

No meu dicionário as palavras: base, amor, inspiração, estrutura, força, motivação e tudo apresentam fotos com os rostos de três pessoas: Helenice, João Luiz e João Gabriel. Minha família, meus amores e a razão pela qual levanto todos os dias em busca do meu melhor. Agradeço imensamente a eles por estarem sempre comigo, incentivando, ajudando, amando, brigando, existindo.

Mais pessoas na família merecem meus agradecimentos. Em especial, minha avó Helena e minha tia Eloah, que mesmo inicialmente receosas quanto a minha escolha pela Educação Física, sempre me apoiaram muito e tiveram participação na conquista. Vocês sabem o quanto as amo. Lá no céu, eu sei que meu avô Newton está muito contente comigo.

Também cito a minha família paterna, avós Albertina e Sebastião e meus tios. Muito obrigado pelo distante apoio do Alegrete e pelo carinho que recebo de vocês. Mesmo longe há 7 anos sei o quanto torceram por mim neste tempo fora e na trajetória profissional. Aos familiares que não foram citados anteriormente, espero que se sintam cumprimentados e representados.

Ainda pelos pagos alegretenses não posso deixar de citar uma família que quero tão bem quanto a minha biológica. Desde pequeno fui acolhido como filho e irmão por estes anjos chamados Thiago, Rose, Vandeco e Renan. Vandeco, essa também é para ti!

A Deus, agradeço pelas dádivas, minha família, meus amigos, saúde e força para lutar por meus sonhos. Obrigado do fundo do coração.

Os amigos, o que falar dos amigos? Que amigos citar? É amigo, complicadíssimo. Agradeço a todos os amigos que fiz nas em que morei. Amigos do Alegrete, Torres, Lages e outras cidades por aí. Não vou citar nomes, mas espero que saibam o quanto gosto dos amigos de verdade. Alegretenses, torrenses e lageanos, aquele abraço.

Em Criciúma, agradeço primeiramente ao Bruno, que além de amigo, me proporcionou uma oportunidade única que reconheço diariamente. O IAFF, mais uma família na minha coleção... São maravilhosas tardes de aprendizado, diversão e carinho. Chris, Simone, Alexandre, Fernando e Diego, tenho muito orgulho de trabalhar e aprender com vocês!

A Universidade, ah, a Universidade. Esses anos todos foram mais do que especiais e gostaria de partilhar com meus amigos que tornaram as manhãs de estudo únicas e especiais. Renan Fernandes, Renan Bernhardt, Toninho, Celso, Ismael, Brunão, Tiago, Kleber, Vicente, Jadson, Maicon, Ruan, Rodney, Pito, Jonas, Mateus, vocês são demais, “tamojunto”!

Graças a Unesc, pude conhecer e participar da maior e melhor experiência da minha vida, o Projeto Rondon. Nunca vivi momentos tão felizes e intensos em tão pouco tempo. Conheci pessoas que se tornaram essenciais na minha vida.

Estendo o agradecimento aos professores que de alguma forma colaboraram com meu crescimento pessoal e profissional. Cito Victor, Cléber, Luis Afonso que quero muito bem e considero-os muito. Também, as “quase orientadoras” Josete e Bárbara, que tiveram participação fundamental na construção do meu projeto. Obrigado pelas dicas, pela preocupação e espero que fiquem orgulhosas com o trabalho.

Ainda na universidade, agradeço especialmente ao Professor, orientador e agora amigo Eduardo, que, em um momento difícil, abraçou minha causa mesmo não sendo da sua especialidade e, de forma majestosa, conduziu as orientações e nortes do trabalho. Obrigado pela confiança, aprendi muito contigo e seguirei os teus conselhos, que são do bem e que procuram o meu crescimento.

Aproveito para finalizar este momento pessoal confirmando o que muitos dizem: a época da graduação é a melhor da nossa vida. É verdade. Apesar das adversidades, tenho a plena ciência de que tudo o que aconteceu não foi por acaso. Agora, posso dizer que venci uma batalha, mas a guerra pelos meus sonhos ainda está longe de terminar.

“Nas grandes batalhas da vida,
o primeiro passo para a vitória
é o desejo de vencer.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis apresentam uma prevalência em países desenvolvidos e em desenvolvimento, atingindo todas as classes sociais, faixas-etárias e raças. Informações sobre estes agravos são fundamentais para os gestores de saúde na prevenção e tratamento destas patologias. Portanto, o principal objetivo do trabalho é verificar a incidência de hipertensos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma, além de identificar características quanto: ao gênero, à idade, ao peso, à estatura e acometimento de doenças cardiovasculares. O estudo também buscou quantificar o número de Unidades com grupos de exercício, participação nestes e a presença de Profissionais de Educação Física nas Estratégias de Saúde da Família. A pesquisa foi descritiva do tipo documental e a amostra constituiu nos hipertensos cadastrados a partir de 2010 nas Unidades. Em resposta aos objetivos, foram identificados 1748 hipertensos cadastrados a partir de 2010, com predominância de mulheres (62,3%), indivíduos entre 50 e 60 anos (34,76% dos homens e 30,95% das mulheres), sobrepeso (45,17% em homens e 34,16 em mulheres), média de estatura de 1,60m e 1,69m nos homens (44,76%) e 1,50m e 1,59m nas mulheres (49,77%). Tanto nos homens quanto nas mulheres o peso predominante foi entre 70 kg e 80 kg (26,26% e 27,31% respectivamente). Em relação ao acometimento de doenças cardiovasculares, 70,41% e 74,84% dos homens e mulheres respectivamente nunca sofreram outro tipo de cardiopatia além da hipertensão. Em Criciúma, 82,14% das Unidades oferecem programas de exercício, totalizando 571 participantes. Apenas um Profissional de Educação Física é permanente em uma Unidade, outros três pertencem ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família e dão suporte para as Unidades Básicas de Saúde. Portanto, a presença de um Profissional de Educação Física se faz necessária na atenção primária à saúde, assim como a identificação dos hipertensos e estratificação dos dados analisados para uma melhor organização das políticas públicas no combate e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras chave: hipertensão, obesidade, exercício físico, doenças crônicas não transmissíveis, Unidades Básicas de Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ADC:** Acometimento de doenças cardiovasculares;
- AVC:** Acidente vascular cerebral;
- CONFEF:** Conselho Nacional de Educação Física;
- DATASUS:** Departamento de Informática do SUS;
- DCNT:** Doenças crônicas não transmissíveis;
- ESF:** Estratégia de Saúde da Família;
- IAM:** Infarto agudo do miocárdio;
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
- IMC:** Índice de Massa Corpórea;
- HAS:** Hipertensão arterial sistêmica;
- NC:** Não consta acometimento de doença cardiovascular na ficha cadastral;
- OC:** Outras coronariopatias;
- OMS:** Organização Mundial de Saúde;
- NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
- PA:** Pressão arterial;
- SUS:** Sistema Único de Saúde;
- UBS:** Unidade Básica de Saúde.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Classificação de pressão arterial. | 16 |
| Tabela 2: Classificação dos níveis de obesidade. | 18 |
| Tabela 3: Características dos hipertensos cadastrados a partir de 2010 nas UBS do município de Criciúma. | 26 |
| Tabela 4: Classificação de IMC dos hipertensos cadastrados a partir de 2010 nas UBS de Criciúma. | 30 |
| Tabela 5: Profissionais de Educação Física e os grupos de exercício nas UBS. | 31 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 14 |
| 2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | 15 |
| 2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA | 15 |
| 2.3 OBESIDADE | 17 |
| 2.4 EXERCÍCIO FÍSICO..... | 19 |
| 2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE..... | 21 |
| 3 METODOLOGIA..... | 22 |
| 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA | 22 |
| 3.2 POPULAÇÃO | 22 |
| 3.3 AMOSTRA | 22 |
| 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | 22 |
| 3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO | 22 |
| 3.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA | 23 |
| 3.7 PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS | 23 |
| 3.8 ANÁLISE DOS DADOS | 24 |
| 3.9 ASPECTOS ÉTICOS..... | 24 |
| 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS | 25 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| REFERÊNCIAS..... | 34 |

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apresentam uma crescente prevalência, especialmente a obesidade e a hipertensão arterial. (BORGES, CRUZ e MOURA, 2008). Dados do Ministério da Saúde do Brasil indicam que o maior número de casos de mortalidade e 70% dos gastos assistenciais com saúde do país são decorrentes das DCNT. (BRASIL, 2004 apud COELHO et. al., 2010).

A obesidade, segundo Mediano, Gonçalves e Barbosa (2009), corresponde ao acúmulo excessivo de gordura corporal e representa atualmente um importante problema de saúde pública, pois sua prevalência cresce a níveis alarmantes. Este acúmulo traz inúmeras conseqüências à saúde, como doenças debilitantes que afetam a qualidade de vida, além de maior probabilidade de mortes prematuras. (TAVARES, NUNES, SANTOS, 2010).

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão conceituam a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como a condição clínica multifatorial caracterizada por elevados e sustentados níveis de pressão arterial (PA). Para Rosario et. al. (2009), a hipertensão arterial é considerada uma síndrome, por geralmente estar ligada a distúrbios metabólicos como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes mellitus e dislipidemias, entre outros.

A partir dessa lógica, a análise regular e o levantamento de informações sobre este agravo são de extrema importância para os planejadores e gestores da saúde. (BOING, BOING, 2007). Neste sentido, Siqueira et. al. (2009) citam a necessidade da criação de práticas saudáveis capazes de proporcionar benefícios à população, a partir da educação em saúde nas estruturas de atenção básica à saúde. O exercício físico surge como alternativa para o controle e tratamento da hipertensão arterial, pois sua prática regular diminui os níveis de PA (LATERZA et. al., 2008, RONDON, BRUM, 2003, MONTEIRO, FILHO, 2004, SCHER, NOBRE, LIMA, 2008), justificando a importância do profissional de educação física nas unidades de saúde.

Portanto, o presente estudo tem como **Tema**: Incidência de hipertensos cadastrados a partir de 2010 nas Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma, sendo o **problema**: Qual a incidência de hipertensos cadastrados a partir de 2010 em Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma? Para responder esta questão, o **objetivo geral** é verificar a incidência de hipertensos cadastrados a

partir de 2010 nas Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma. E os **objetivos específicos**: 1. Realizar um levantamento das características quanto: ao gênero, a idade, ao peso, a estatura e ao acometimento de doenças cardiovasculares; 2. Identificar a incidência de hipertensos obesos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde; 3. Identificar a quantidade de UBS que oferecem programas de exercícios físicos; 4. Verificar o número de indivíduos que participam dos programas de exercícios físicos oferecidos nas UBS; 5. Identificar o número de Profissionais de Educação Física nas Unidades Básicas de Saúde.

Para melhor leitura e compreensão do estudo, este foi dividido em capítulos. Após a introdução, o item 2 refere-se à fundamentação teórica onde houve uma revisão da literatura sobre o Sistema Único de Saúde, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, exercícios físicos e educação em saúde. O item 4 contém a metodologia do trabalho e a descrição do tipo de pesquisa e demais informações necessárias e procedimentos utilizados na pesquisa. Na sequência, os resultados e suas devidas análises e discussões. Por fim, as considerações finais, referências bibliográficas e anexos dos instrumentos da pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no ano de 1988 através da Constituição Federal e regulamentado por meio das leis 8080/90 e 8142/90. (BRASIL, 1988). A Constituição Federal define a partir dos artigos 194 e 196, que o acesso à saúde é direito de todo e qualquer cidadão brasileiro, sendo dever do Estado proporcionar acessibilidade e igualdade em ações de saúde, acessibilidade e previdência social.

O SUS é de responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal. Segundo a lei, é estabelecido que cada prefeitura deve gastar pelo menos 15% das arrecadações com a saúde. A cidade de Criciúma conta com 54 pontos de atendimento à saúde, distribuídos entre hospitais, unidades de saúde, policlínicas, serviços de atendimento móvel de urgência e Estratégias de Saúde da Família (ESF). (CRICIÚMA, 2011).

Os atendimentos do SUS são realizados primeiramente nas ESF. Estas, que foram criadas no ano de 1993 e regulamentadas em 1994, com o intuito de prestar assistência de forma diferenciada para aproximadamente 85% dos problemas de saúde da população. (RONCOLETTA, 2003 apud BESEN et. al., 2007). A ESF é caracterizada como um serviço conjunto de ações em saúde, em âmbitos individuais e coletivos, visando a prevenção, proteção, manutenção, reabilitação e promoção da saúde. (CRICIÚMA, 2011).

O município de Criciúma conta com 28 ESF, que abrangem em torno de 40 mil famílias. Para auxiliar as ESF no atendimento a saúde da família, há o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que foi elaborado e aprovado através da Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. O principal objetivo do NASF é apoiar a rede de serviços e aumentar a abrangência de atendimentos básicos de saúde. (BRASIL, 2008). O NASF é caracterizado por um conjunto de profissionais de diversas áreas capazes de prestar suporte as ESF. O Profissional de Educação Física é um dos componentes da equipe multidisciplinar do NASF e tem como principais atribuições a promoção de saúde, garantindo condições de bem-estar físico, mental e social. (DOS SANTOS, 2008).

As UBS atendem inúmeros indivíduos diariamente e para melhor organização, realizam cadastros das famílias do bairro e os dividem em prontuários. Dentre os atendimentos, há um grande número de hipertensos e o sistema de cadastramento é denominado Hiperdia. (Anexo 1).

No sentido de organizar os serviços, diagnósticos, distribuição de medicações e sistematização de acompanhamento, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, intitulado Sis-Hiperdia, comumente chamado de Hiperdia. (CHAZAN, PEREZ, 2008). Ferreira, Ferreira (2009) acreditam que o Hiperdia, utilizado da maneira correta, permite um planejamento eficaz para atendimento de indivíduos diagnosticados com HAS e diabetes mellitus, além de fornecer dados epidemiológicos capazes de se tornarem parâmetros para políticas e ações públicas.

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão é caracterizada por níveis pressóricos iguais ou maiores a 140/90 mmHg. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os níveis de pressão arterial são classificados conforme mostra a tabela 1:

Tabela 1 – Classificação dos níveis de PA.

| Pressão sistólica | Pressão diastólica | Classificação |
|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| <120 | <80 | Ótima |
| <130 | <85 | Normal |
| 130 A 139 | 85 A 89 | Limítrofe |
| 140 A 159 | 90 A 99 | Hipertensão estágio I |
| 160 A 179 | 100 A 109 | Hipertensão estágio II |
| ≥ 180 | ≥ 110 | Hipertensão estágio II |

| | | |
|------------|--------|----------------------------------|
| ≥ 140 | < 90 | Hipertensão sistólica isolada |
|------------|--------|----------------------------------|

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010)

Faz-se necessário ressaltar a importância da identificação dessa doença considerando níveis pressóricos, fatores de risco, lesões em órgãos-alvos e comorbidades associadas, visando prevenir equívocos ou danos às pessoas. (ORSOLIN et. al., 2005).

Geralmente a HAS é associada a alterações funcionais e/ou estruturais nos órgãos-alvo, como o coração, rins, vasos sanguíneos e encéfalo, além de alterações metabólicas capazes de aumentar consideravelmente o risco de acidentes cardiovasculares fatais. (WILLIAMS, 2010). A OMS (1998) refere às doenças cardiovasculares como a primeira causa de morte nos países do ocidente, associando a hipertensão como uma das três principais doenças responsáveis.

A HAS é uma doença muito presente na população adulta. Segundo Pinheiro, Couto, Silva (2003), a prevalência no Brasil varia entre 22% e 44%. Entre os gêneros, a prevalência de HAS foi semelhante entre homens e mulheres, 35,8% e 30% respectivamente, o que corrobora com estudos semelhantes de outros países. Segundo uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. (PEREIRA, et. al., 2009). Segundo a VI Diretriz Nacional de Hipertensão, pesquisas populacionais em cidades brasileiras nos último 20 anos mostraram que mais de aproximadamente 50% dos hipertensos diagnosticados tem mais que 60 anos, sendo que 75% destes, estão acima dos 70 anos.

O estudo de Pinheiro, Couto, Silva (2003) mostra ainda que a HAS atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca da metade destes não sabe que possuem a doença por serem algumas vezes assintomáticos. A evolução clínica da HAS é lenta e possui multiplicidade de fatores, que se não tratados corretamente, implicam graves complicações, temporárias ou permanentes. (TOLEDO, RODRIGUES, CHIESA, 2007). No sul do país a incidência de HAS também é preocupante. Gus, et. al. (2004) mostra que 30% dos gaúchos possuem níveis de pressão arterial maior que 140/90 mmHg.

Estima-se que apenas um terço da população hipertensa do Brasil tenha a doença controlada. (GUS, et. al., 2004). Os fatos supracitados podem ser

justificados pela alteração nos hábitos de vida da população brasileira nos últimos anos, que aponta uma exposição crescente e intensa a riscos cardiovasculares. (ROSARIO, et. al., 2009). Na literatura, existe uma carência de estudos em Santa Catarina que apresentem informações concretas sobre o número de hipertensos cadastrados nas UBS do estado.

2.3 OBESIDADE

A obesidade, segundo Mediano, Gonçalves, Barbosa (2009), corresponde ao acúmulo excessivo de gordura corporal. A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza a obesidade baseada no Índice de Massa Corpórea (IMC). A fórmula utilizada para obtenção do IMC é:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso Corporal (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

São classificados como obesos os indivíduos com IMC maior ou igual a 30kg/m². A OMS ainda define os graus de obesidade:

Tabela 2 – Classificação dos graus de obesidade.

| IMC (kg/m²) | Classificação |
|-------------------------------|----------------------------|
| <18,5 | Baixo peso |
| 18,6 a 24,9 | Peso normal |
| 25 a 29,9 | Sobrepeso |
| 30 a 34,9 | Obesidade grau 1 |
| 35 a 39,9 | Obesidade grau 2 |
| >40 | Obesidade grau 3 (mórbida) |

Fonte: OMS (1998)

Ainda, a obesidade pode ser classificada em dois tipos: obesidade ginóide ou periférica - caracterizada pela gordura acumulada nas regiões periféricas do corpo, principalmente no quadril e nas pernas, comumente encontrada nas mulheres – e obesidade andróide ou central – quando a gordura encontra-se acumulada na parte mais central do corpo, geralmente na região abdominal e muito comum nos homens.

(LEE, et. al., 2008 apud URTADO, ASSUMPÇÃO, NUNES, 2008). Para Pitanga (2007), a relação entre obesidade e doenças cardiovasculares está principalmente na concentração de gordura na região abdominal e demais localidades centrais do corpo humano.

A obesidade tem causas multifatoriais e é resultado da combinação de componentes genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais. (TAVARES, NUNES, SANTOS, 2010). O crescimento desenfreado pode estar ligado aos moldes da sociedade atual. Wadden, Butryn, Byrne (2004), apontam o estilo de vida como principal causador do excesso de peso e sugerem alternativas para prevenir e tratar as DCNT: (re)educação alimentar, combate ao sedentarismo e abordagem comportamental.

Monteiro et. al. (2004) afirma que os níveis de sobrepeso e obesidade têm crescido de forma significativa em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, atingindo todas as faixas etárias e classes sociais. No estudo, constatou-se que em países ricos o excesso de peso está presente principalmente na população mais pobre e nos países em desenvolvimento a prevalência é na população de renda mais alta. Já no Brasil, os maiores índices de obesidade vêm sendo detectados na população mais carente. (MONTEIRO, CONDE, POPKIN, 2007).

A prevalência da obesidade está aumentando em ambos os sexos, atingindo pessoas de todas as faixas etárias. Em indivíduos do sexo masculino a maior incidência é observada entre os 45 e 54 anos, e entre as mulheres entre os 54 e os 65 anos sem associação significativa com raça e escolaridade. (GIGANTE, MOURA, SARDINHA, 2009). Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008/2009 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indiciam que a obesidade cresce a cada década no país, em homens e mulheres. Desde o primeiro senso em 1975, o número de obesos adultos no Brasil aumentou cerca de 10%.

A obesidade é um dos fatores de risco mais importante para outras condições crônicas de saúde: resistência à insulina, intolerância à glicose, diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemia, síndrome metabólica, dentre outras, além de ser um fator de risco independente para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006 apud OLIVEIRA, et. al., 2010). Segundo Colombo et. al. (2003), a influência da obesidade sobre acometimentos cardiovasculares aumenta consideravelmente quando o excesso de gordura está caracterizado como andróide. Kobayashi et. al. (2010) cita a obesidade como principal fator de risco para complicações cardiovasculares, que

podem ser agravados por alimentação inadequada, sedentarismo, entre outros aspectos ambientais as quais as pessoas são expostas diariamente. Para amenizar, Cobayashi et. al. (2010) traz como sugestões a mudança de hábitos, alimentação mais saudável e maior prática de atividades e exercícios físicos.

2.4 EXERCÍCIO FÍSICO

Atualmente, os tratamentos não farmacológicos estão sendo utilizados no tratamento das DCNT. Sabe-se que uma única sessão de exercícios físicos provoca alterações imediatas em indivíduos normotensos e principalmente hipertensos de todas as idades. (CIOLAC, GUIMARÃES, 2004).

Enquanto apenas uma sessão de exercícios físicos gera comportamentos fisiológicos transitórios, a prática regular de exercícios provoca adaptações crônicas, denominadas respostas ao treinamento físico. (LATERZA, RONDON, NEGRÃO, 2007). Gordon et. al. (1990) apud Ciolac, Guimarães (2004) afirmam que a prática regular de exercícios físicos previne o aumento de níveis de pressão e reduz os níveis em repouso de pessoas normo e hipertensas.

O exercício físico é essencial no combate às dislipidemias, fato que vem sendo alvo de inúmeros estudos e debates científicos em todo o mundo. Em longo prazo, os exercícios físicos praticados regularmente geram uma melhora no perfil lipídico, sendo o exercício aeróbio o que mais atua no metabolismo das lipoproteínas. (FAGHERAZZI, DIAS, BORTOLON, 2008). Os exercícios físicos regulares ainda provocam alterações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular com o objetivo de manter a homeostasia celular diante do incremento das demandas metabólicas. Há ainda um aumento do débito cardíaco, redistribuição do fluxo sanguíneo e elevação da perfusão circulatória dos músculos envolvidos. (STAESSEN, et. al., 1999, RONDON, BRUM, 2003 apud SPINATO, 2010).

Além dos benefícios supracitados, o exercício físico é um fator auxiliar na diminuição do peso corporal. Mediano, Gonçalves, Barbosa (2009) mostram que a prática regular de exercícios físicos parece possuir efeitos diretos na manutenção da massa magra e uma contribuição na obtenção de déficit energético. Mediano, Barbosa, Sichieri (2007) confirmam que a prática de exercícios físicos aliada ao

controle e reeducação alimentar se mostra extremamente efetiva na diminuição do peso corporal, além de reduzir os riscos mórbidos causados pela obesidade.

Na literatura já é bem estabelecido que a perda de 5% a 10% de massa corporal total é significativa na diminuição de doenças crônicas (Rippe, 1998; ACSM, 2001; ADA, 2002 apud Rocca et. al. 2008). Barbato et. al. (2006) complementa os estudos acima, verificando que uma redução de massa corporal superior a 5% diminui a circunferência de cintura, glicemia em jejum, colesterol total e colesterol LDL. O exercício físico associado a dietas alimentares favorecem a perda de massa corporal, diminuição da gordura abdominal e tolerância à glicose. (MONTEIRO, RIETHER, BURINI, 2004).

2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Além dos exercícios físicos, outra ferramenta não farmacológica para o combate das DCNT é a educação em saúde. Para Barroso, Vieira, Varela (2006), a educação em saúde deve proporcionar circunstâncias favoráveis às reflexões sobre saúde, comportamento prejudicial, obtenção de hábitos favoráveis ao bem comum e saúde pessoal, contribuindo para a promoção da saúde. Já Machado et. al. (2007), a educação em saúde deve ser baseada na integralidade profissional, visando a ação em saúde através de prevenção de fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação conforme o processo saúde-doença.

Menezes, Gobbi (2010) apontam que estudos confirmam que a frequência de atividades de educação em saúde nas unidades de saúde está reduzida e os indivíduos estão com carência de informações sobre o estado de saúde e sobre o que fazer para reduzir suas complicações.

Alguns estudos estão sendo realizados neste âmbito. Souza et. al. (2010) propôs técnicas educativas em saúde nas salas de espera do Hiperdia de uma unidade de saúde. Os resultados foram positivos e os pacientes puderam esclarecer dúvidas a respeito da HAS, do propósito do Hiperdia, além do controle, tratamento e prevenção da patologia.

As atividades físicas e exercícios físicos vêm mostrando uma importante contribuição quando se trata de saúde. Segundo Pieron (2004), eles estão intimamente ligados a redução de níveis de risco aos quais as pessoas são sujeitas

durante a vida. Ou seja, segundo Pieron (2004), quanto maior o nível de atividade física, menor o risco de acidente cardiovascular.

Dentro deste contexto, a presença de um Profissional de Educação Física em Unidades de Saúde é de extrema importância. Nahas (2006) afirma que o exercício físico além de melhorar a aptidão física, previne e auxilia no tratamento de inúmeras doenças, principalmente as de âmbito cardiovascular. O autor afirma ainda que nenhum outro estímulo age direta ou indiretamente em tantos órgãos e sistemas. Portanto, o Profissional de Educação Física em UBS pode prescrever exercícios físicos, orientações de estilo e qualidade de vida, contribuindo na prevenção e tratamento de inúmeras patologias.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi do tipo descritiva com análise documental. Segundo Cervo, Brevian (1989) apud Dos Santos (2011), a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona variáveis sem manipulá-las. Trata-se ainda, de um estudo que descreve características, propriedades ou relações, com a necessidade da observação, registro, análise e classificação dos dados sem influência do pesquisador. (DOS SANTOS, 2011). Para Thomas, Nelson (2007), o objetivo deste tipo de estudo é quantificar a magnitude de problemas de saúde específicos, identificar subgrupos com maior incidência à doenças e probabilidade de desenvolvimento de fatores determinantes.

3.2 POPULAÇÃO

A população do estudo consistiu em todos prontuários dos hipertensos cadastrados no sistema Hiperdia das Unidades Básicas de Saúde do Município de Criciúma.

3.3 AMOSTRA

A amostra correspondeu aos hipertensos cadastrados no sistema Hiperdia a partir do ano de 2010.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Possuir ficha cadastral do Hiperdia a partir do ano de 2010;
- Ficha completa com os dados a serem pesquisados.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo todos os indivíduos que não preencherem os requisitos supracitados.

3.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os instrumentos utilizados consistiram em: Protocolo de Encaminhamento de Projeto de Pesquisa para Avaliação na Comissão da Universidade (ANEXOS 2 e 3); solicitação de abertura do campo de pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde; carta de apresentação autorizada pela Secretaria para cada UBS (ANEXO 5); prontuários das UBS para análise; fichas cadastrais do Hiperdia (ANEXO 1); planilha de controle dos dados a serem pesquisados.

3.7 PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS

Primeiramente, a Secretaria Municipal de Saúde foi procurada para abertura do campo de pesquisa e, uma vez liberados e aprovados pelo Comitê de Ética da Universidade (ANEXO 4), os procedimentos começaram com a identificação das UBS da cidade de Criciúma. A partir da quantificação, o pesquisador realizou contato telefônico com os responsáveis por cada UBS para agendar visitas.

As visitas às Unidades foram realizadas nos períodos matutino e vespertino conforme disponibilidade do pesquisador, do responsável pela UBS e do número de pacientes atendidos. Inicialmente houve a explanação dos objetivos do estudo e exposição da carta de apresentação. Após, uma análise dos prontuários e fichas cadastrais do Hiperdia para a verificação do número de hipertensos cadastrados na UBS. A partir da quantificação dos hipertensos, os cadastrados a partir de 2010 tiveram os prontuários e fichas selecionados para o levantamento de características quanto: ao gênero, à idade, ao peso, à estatura e ao acometimento de doenças cardiovasculares.

Simultaneamente, foi realizada uma entrevista com os gestores, para identificar as Unidades que possuem grupos de exercícios físicos, a participação dos hipertensos e o número de Profissionais de Educação Física que atuam nas UBS do município. Todas as informações recolhidas foram armazenadas em computador, através do software Microsoft Excel 2007 para Windows 7.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

A coleta dos dados foi inserida e tabulada em uma planilha do software Microsoft Excel 2007. A partir da planilha, o pesquisador calculou as incidências e percentuais propostos nos objetivos e a utilizou como suporte para a criação de tabelas para expor os dados de forma que facilite a leitura e entendimento dos resultados.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade e aprovada com o parecer nº. 347/2011.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Ao término da coleta de dados, constatou-se a incidência de 10260 hipertensos cadastrados nas UBS do município de Criciúma. Mais recentemente, a partir do ano de 2010, 1748 cadastrados. Para responder o primeiro objetivo específico, a tabela 3 corresponde ao levantamento das características dos hipertensos. Estão explicitados: gênero, idade, estatura e acometimento de doença cardiovascular (ADC).

Tabela 3 – Características dos hipertensos cadastrados a partir de 2010 nas UBS do município de Criciúma

| | Homens | | Mulheres | |
|-----------------|---------------|----------|-----------------|----------|
| Gênero | n | % | n | % |
| Total | 659 | 37,7 | 1078 | 62,3 |
| Idade | n | % | n | % |
| <20 anos | 3 | 0,46 | 1 | 0,09 |
| 20 a 29 anos | 17 | 2,58 | 25 | 2,29 |
| 30 a 39 anos | 48 | 7,28 | 87 | 7,99 |
| 40 a 49 anos | 134 | 20,33 | 254 | 23,32 |
| 50 a 59 anos | 228 | 34,6 | 337 | 30,95 |
| 60 a 69 anos | 139 | 21,09 | 229 | 21,03 |
| >70 anos | 90 | 13,66 | 156 | 14,33 |
| Peso | n | % | n | % |
| <50 kg | 31 | 2,85 | 5 | 0,76 |
| 50 a 59 kg | 137 | 12,58 | 21 | 3,19 |
| 60 a 69 kg | 277 | 25,44 | 107 | 16,24 |
| 70 a 79 kg | 286 | 26,26 | 180 | 27,31 |
| 80 a 89 kg | 190 | 17,45 | 164 | 24,89 |
| 90 a 99 kg | 95 | 8,72 | 107 | 16,24 |
| >100 kg | 73 | 6,70 | 75 | 11,39 |
| Estatura | n | % | n | % |
| <1,40m | 2 | 0,3 | 8 | 0,73 |

| | | | | |
|---------------|----------|----------|----------|----------|
| 1,40m a 1,49m | 2 | 0,3 | 143 | 13,13 |
| 1,50m a 1,59m | 50 | 7,59 | 542 | 49,77 |
| 1,60m a 1,69m | 295 | 44,76 | 339 | 31,13 |
| 1,70m a 1,79m | 251 | 38,09 | 55 | 5,05 |
| >1,80m | 59 | 8,96 | 2 | 0,19 |
| ADC | n | % | n | % |
| IAM | 58 | 8,8 | 67 | 6,15 |
| AVC | 35 | 5,31 | 45 | 4,13 |
| OC | 29 | 4,4 | 58 | 5,32 |
| IAM/AVC | 15 | 2,28 | 23 | 2,11 |
| IAM/OC | 16 | 2,42 | 25 | 2,3 |
| AVC/OC | 4 | 0,61 | 10 | 0,92 |
| IAM/AVC/OC | 5 | 0,76 | 9 | 0,83 |
| NÃO | 464 | 70,41 | 815 | 74,84 |
| NC | 33 | 5,01 | 37 | 3,4 |

ADC: Acometimento de doenças cardiovasculares; IAM: Infarto agudo do miocárdio; AVC: Acidente vascular cerebral; OC: Outras coronariopatias; NÃO: Não possui nenhum acometimento de doença cardiovascular; NC: Não consta informação de acometimento de doença cardiovascular na ficha cadastral.

Fonte: Dados do pesquisador

Após o levantamento das características, observou-se a maior incidência de mulheres hipertensas nas UBS (62,3% dos hipertensos são do sexo feminino e 37,7% do sexo masculino). Em praticamente todos os estudos encontrados, o número de mulheres varia entre 60% e 70%. Os resultados obtidos corroboram com um estudo de Lima et. al. (2011) que analisou o perfil de pacientes cadastrados em três UBS do município gaúcho de Pelotas. No estudo, há 69,6% de mulheres e 30,4% de homens.

Os dados também concordam com estudos publicados no site do DATASUS, em que o percentual de mulheres sempre varia entre 60% e 65%. Andrade et. al. (2002) mostra em seu trabalho que entre as pessoas que buscam tratamento de HAS, 60% são mulheres. Oliveira, Lange (2011) analisaram o perfil epidemiológico de hipertensos cadastrados no sistema Hiperdia em uma UBS no município de Herval – RS. No estudo, constataram que 65,8% dos cadastrados eram do sexo feminino e 34,2%, do sexo masculino.

Tal fato pode ser justificado, pois segundo Andrade et. al. (2002) as mulheres tendem a ter uma maior preocupação com a saúde em comparação com os homens. Para Moreira et. al. (2009), mulheres têm uma maior percepção sobre o estado de saúde e um maior autocuidado. Zaitune et. al. (2006) concorda que mulheres têm maior percepção sobre seu estado de saúde e ainda acrescenta que elas têm uma menor resistência à procura por serviços médicos.

Analisando a idade dos participantes, notou-se a predominância da faixa-etária compreendida entre os 50 e 59 anos (34,6% dos homens e 30,95% das mulheres). Nos homens, o número de hipertensos com idade entre 60 e 69 anos foi maior que entre os 40 e 49 anos (21,09% e 20,33% respectivamente). Já nas mulheres, ocorreu o inverso, a quantidade de hipertensas com idade entre 40 e 49 anos (23,32%) é maior que as que estão na faixa-etária compreendida entre 60 e 69 anos (21,03%). O número de hipertensos menores de 20 anos foi semelhante entre os sexos, assim como a faixa-etária de 20 a 30 anos, 30 a 40 anos e maiores de 70 anos. Todos apresentaram baixo percentual de indivíduos.

Os resultados obtidos são semelhantes aos de Borges, Cruz, Moura (2008) que analisou a associação de hipertensão e excesso de peso em 1260 indivíduos na cidade de Belém. Independente do peso, 33,7% dos homens estavam na faixa-etária de 50 e 60 anos, e as mulheres apresentaram 60% de prevalência entre os 40 e 60 anos. Outro estudo que concorda com os dados, é de Andrade et. al. (2002) que estudou a aderência ao tratamento da HAS em 401 indivíduos no estado da Bahia. Sem distinção de sexos, 51,6% das pessoas apresentaram idade entre 40 e 60 anos.

Dias et. al. (2009) verificou o perfil epidemiológico de hipertensos cadastrados em uma UBS do município de Belém. Nos resultados, o índice de indivíduos com idade superior a 60 anos é maior que o deste estudo. O percentual de idosos entre 60 e 70 anos é de 40% e de maiores de 70 anos, 21%. Não foram encontrados indivíduos hipertensos com menos de 40 anos. Em um estudo que observou o perfil epidemiológico de mulheres portadoras de HAS e diabetes mellitus constatou que 31,9% das participantes tinham entre 50 e 60 anos, corroborando com o presente estudo. Não há no estudo mulheres com menos de 20 anos, porém, 59,1% apresentaram idade igual ou superior a 60 anos. (NASCIMENTO, PEREIRA, SARDINHA, 2010).

A estatura dos homens demonstrou maior incidência entre 1,60m e 1,69m (44,76%) e de 1,70m a 1,79m (38,09%). Nos outros intervalos sugeridos o índice foi baixo. Praticamente a metade do número de mulheres encontrou-se no intervalo de 1,50m a 1,59m (49,77%). Também se verificou um número alto entre 1,60m e 1,69m (31,13%). Menores de 1,40m, entre 1,40m e 1,49 e maiores de 1,70m apresentaram baixo nível de participação.

Na literatura, há uma carência de trabalhos que quantifiquem a média de estatura de hipertensos. Contudo, segundo a última Pesquisa de Orçamentos Familiares, do IBGE (2008/2009), a altura média do homem brasileiro com idade entre 45 e 54 anos é 1,70m, diminuindo para 1,68m dos 55 aos 64 anos e para 1,67m entre os 65 e 74 anos. Já entre as mulheres, a estatura média é 1,58m, 1,56m e 1,55m nas faixas-etárias de 45 a 54 anos, 55 a 64 anos e 65 a 74 anos, respectivamente. Portanto, os indivíduos participantes do estudo encontram-se dentro da média nacional.

Em relação aos ADCs, praticamente 70% dos homens e mulheres não sofreram algum tipo de ADC além da HAS. Nos indivíduos que já sofreram, verificou-se uma prevalência de casos de infarto agudo do miocárdio (IAM). Se forem analisados apenas os ADC, em torno de 60% teve IAM de forma isolada ou acompanhado por outra cardiopatia. Nos homens, a quantidade de indivíduos que relataram AVC é maior do que OC, enquanto nas mulheres ocorreu o contrário. Aproximadamente 5% das fichas cadastrais estavam incompletas ou ilegíveis nas questões de ADC.

O estudo desenvolvido por Lima et. al. (2011) que verificou o perfil epidemiológico de 752 hipertensos cadastrados no sistema Hiperdia em três UBS de Pelotas – RS apresentou resultados diferentes do presente trabalho. Além de mais altos, os maiores índices foram encontrados nas OC (19,3%), seguidos por IAM (9,1%) e AVC (8,1%). Oliveira, Lange (2011) em seu trabalho trouxeram apenas informações sobre infarto agudo do miocárdio e outras coronariopatias. Nos 292 hipertensos, 9,9% informaram o acometimento de IAM e 23% sofreram OC.

Outro estudo realizado na cidade de Luzerna – SC buscou identificar o perfil de hipertensos e diabéticos (96% e 4% respectivamente) cadastrados no sistema Hiperdia em apenas uma UBS do município. 95,4% nunca tiveram nenhuma complicação decorrente da hipertensão, 1,8% tiveram IAM e 1,8% AVC. As outras

doenças apresentaram índices irrisórios. (DALLACOSTA, DALLACOSTA, NUNES, 2010).

Considerando a falta de preenchimento de dados, Zillmer et. al. (2010) realizou um estudo onde verificou a completude de fichas cadastrais do Hiperdia em uma UBS de Pelotas – RS e concluiu que há uma falta de dados nas fichas. Os autores acreditam que o cadastro do Hiperdia é uma forma de diagnóstico de situações de saúde e possibilitam a criação de estratégias de acordo com as especificidades de cada grupo populacional.

Para responder o segundo objetivo específico, foi analisada a incidência de obesidade entre os hipertensos cadastrados. Nos dados encontrados, a população apresentou uma predominância de excesso de peso. A tabela 4 mostra em detalhes.

Tabela 4 – Classificação de IMC dos hipertensos cadastrados a partir de 2010 nas UBS de Criciúma

| Class. IMC | Homens | | Mulheres | |
|-------------------|---------------|----------|-----------------|----------|
| | n | % | n | % |
| Baixo peso | 3 | 0,46 | 8 | 0,73 |
| Normal | 125 | 18,97 | 196 | 18 |
| Sobrepeso | 297 | 45,07 | 372 | 34,16 |
| Obesidade I | 175 | 26,55 | 291 | 26,72 |
| Obesidade II | 42 | 6,37 | 147 | 13,5 |
| Obesidade III | 17 | 2,58 | 75 | 6,89 |

Fonte: Dados do pesquisador

O índice de indivíduos acima do peso é alto. Praticamente 80% dos homens e mulheres estão com excesso de peso corporal. A maioria está inserida na faixa considerada sobrepeso, sendo que uma boa parcela já está caracterizada como obesa. Em ambos os sexos, o percentual de indivíduos com baixo peso é reduzido, assim como os que estão classificados como peso ideal.

. Um estudo desenvolvido por Lima et. al. (2011) encontrou sem distinção de sexos, a incidência de 41% de indivíduos com sobrepeso, 30% de obesos e 27% de indivíduos em peso normal. Em relação aos índices de sobrepeso, os resultados corroboraram entre os homens, diferentemente das mulheres. Já os índices de obesidade foram semelhantes e os de peso adequado apresentaram discrepância.

Os níveis de sobrepeso e obesidade também concordaram com um estudo de Sabry, Sampaio, Silva (2002) que analisou a relação de HAS e obesidade em professores de uma instituição de nível superior de Fortaleza. A diferença mais notória foi nos indivíduos de peso normal, com quantidade significativamente maior nos professores. Jardim et. al. (2007) analisou 632 indivíduos de ambos os sexos na cidade de Goiânia e verificou que aproximadamente 49% são portadores de HAS e estão com o IMC acima de 25 kg/m², apresentando resultados diferentes do estudo. No estudo desenvolvido por Dias et. al. (2009), que analisou o perfil dos pacientes cadastrados no Hiperdia de uma UBS do município de Belém – PA (n=33) verificou-se o maior percentual de indivíduos caracterizados com obesidade (49%), 33% dos estudados estavam na faixa de sobrepeso e apenas 15% apresentavam o peso indicado, por fim, 3% estavam com peso abaixo do normal.

A tabela 5 corresponde a quantidade de UBS que oferece grupos de exercícios, além da presença de Profissionais de Educação Física nas ESF.

Tabela 5 – Profissionais de Educação Física e grupos de exercícios nas UBS

| Unidades Básicas de Saúde | | |
|---|----------|----------|
| (n=28) | | |
| | N | % |
| Possui grupo de exercício e Profissional de Educação Física próprio | 1 | 3,57 |
| Possui grupo de exercício e não conta com Profissional de Educação Física próprio | 22 | 78,57 |
| Não possui grupo de exercício | 5 | 17,86 |

Fonte: Dados do pesquisador

Após a quantificação do número de UBS que possuem grupos de exercícios, observou-se que 82,14% das ESF do município de Criciúma oferecem grupos de exercícios aos usuários. Apenas 17,86% não oferecem programa de exercícios. Dentre os grupos, apenas uma UBS possui um Profissional de Educação Física próprio, integrante da residência multiprofissional em atenção básica/saúde coletiva. Nas UBS que não possuem Profissionais próprios, três graduados pertencentes ao NASF se dividem para a realização dos programas de exercício físico.

O sedentarismo está muito presente nas UBS estudadas. A participação é baixa em grande parte das ESF. Verificou-se no estudo que apenas a ESF que possui Profissional de Educação Física na equipe multidisciplinar tem um controle dos participantes dos grupos de exercício. Nas outras Unidades não há contato direto entre o grupo e a ESF. Os profissionais do NASF desenvolvem as atividades e em alguns casos os próprios funcionários da ESF desconhecem. Não há controle e acompanhamento dos hipertensos que participam dos grupos por parte das UBS, tanto é que os gestores não sabem quantos hipertensos realizam exercícios no grupo de exercícios. O sedentarismo também foi detectado em um estudo que analisou os fatores que interferem no controle da PA de pessoas acompanhadas em uma UBS da cidade de Fortaleza – CE. Dos 85 hipertensos entrevistados, 75% informaram não praticar qualquer tipo de exercício físico, sendo que destes, 90% utiliza entre 1 e 4 medicamentos hipotensos diariamente. (FORTES, LOPES, 2004). O alto índice de sedentarismo também foi encontrado no estudo de Dias et. al. (2009) que verificou o perfil epidemiológico dos hipertensos cadastrados em uma UBS de Belém – PA. Dentre os 33 hipertensos, 64% são sedentários. No estudo publicado por Oliveira, Lange (2011), o percentual de indivíduos que não praticam exercícios físicos chegou a 63,9%. Foram 293 pacientes cadastrados no sistema Hiperdia de uma UBS da cidade de Herval – RS. Lima et. al. (2011) em seu estudo conseguiu identificar a presença de 63% de indivíduos sedentários nos 752 hipertensos cadastrados em três UBS do município de Pelotas – RS. Porém, Monteiro, Farias, Alves (2009) encontraram resultados em seu estudo que diferem dos índices supracitados. Analisando 50 hipertensos da zona urbana de uma cidade de Minas Gerais, 79% dos 50 indivíduos praticam algum tipo de exercício físico. Apenas 21% não realizam exercícios. O mesmo estudo também verificou a incidência de exercícios em uma população rural da mesma cidade e, dos 50 hipertensos, apenas 24% praticam exercícios.

Sobre a participação em grupos de exercícios das UBS, constatou-se que 571 pessoas praticam exercícios orientados por Profissionais de Educação Física. Não foi possível fazer uma relação com a quantidade de hipertensos, pois as UBS não possuem o controle e acompanhamento dos praticantes de atividade física supervisionada pelo Profissional da UBS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hipertensos cadastrados a partir de 2010 nas UBS do município de Criciúma apresentam situação de saúde preocupante. Além do alto número de diagnósticos, o sedentarismo é explícito, podendo desencadear outras complicações. As UBS da cidade não parecem preparadas para oferecer informações educativas em saúde sobre o exercício físico, assim como seus benefícios para a prevenção e tratamento de DCNT.

O estudo apresenta algumas limitações. Em decorrência da falta de organização de grande parte das UBS, o número de hipertensos cadastrados pode ser maior do que o apresentado. Em diversas ESF, houve dificuldade de obtenção das fichas por vários motivos, como: desconhecimento do armazenamento das fichas; extravio; transferência de responsabilidades entre servidores; falta de conhecimento sobre grupos de exercícios físicos; falta de relação entre grupo e UBS; desinteresse com a pesquisa por parte dos servidores; péssimo estado de conservação de fichas; entre outros. Vale ressaltar que a recepção por parte das Enfermeiras sempre foi cordial e praticamente todas contribuíram com a pesquisa e se colocaram à disposição para qualquer eventualidade. Porém, em alguns casos o término da coleta precisou ser realizado em 3 ou até 4 visitas à Unidade, pois as responsáveis deixaram o estudo em segundo plano.

A partir das experiências vivenciadas pelo pesquisador, sugere-se:

- a) Padronização de preenchimento e organização das fichas cadastrais do sistema Hiperdia.
- b) Maior relação e troca de informações entre grupos de exercícios, Profissionais de Educação Física e UBS;
- c) Intervenções que visem a educação em saúde voltada para a prevenção das DCNT, principalmente através do exercício físico nas próprias UBS e visitas domiciliares;
- d) Organização de palestras ou mesas redondas com Profissionais de Educação Física com o intuito de explanar os benefícios agudos e crônicos do exercício para diferentes patologias.

Por fim, crê-se que identificar a incidência de hipertensos e suas características, assim como estratificar os resultados pode contribuir de maneira eficiente para a organização e difusão de políticas públicas de combate à

hipertensão, obesidade e demais doenças cardiovasculares. Também, a importância do Profissional de Educação Física nas equipes de atendimento das UBS se vê justificada, pois, através dos benefícios comprovados do exercício físico, o Profissional contribui no tratamento e principalmente na prevenção das DCNT.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. P. et. al. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.79, n.4, p.375-379, 2002.
- BARBATO, K. B. G. et. al. Efeito da redução de peso superior a 5% nos perfis hemodinâmico, metabólico e neuroendócrino de obesos Grau I. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.87, p.12-21, 2006.
- BARROSO, Maria; VIEIRA, Neiva; VARELA, Zulene. Ensino de educação em saúde, interdisciplinaridade e políticas públicas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.19, n.3, p.182-187, 2006.
- BESEN, C. B. et. al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, 2007.
- BOING, Alexandra; BOING, Antonio. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.14, n.2, p.84-88, 2007.
- BORGES, Hilma; CRUZ, Nilma; MOURA, Ely. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Belém, v.91, n.2, p.110-118, 2005.
- BRASIL, Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. SisHiperDia [Internet]. Brasília – DF, 2009. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.
- CHAZAN, Ana Cláudia; PEREZ, Edson Aguilar. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento de hipertensos e diabéticos (hiperdia) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v.11, n.1, p.10-16, 2008.
- CIOLAC, Emmanuel; GUIMARÃES, Guilherme. Exercício Físico e Síndrome Metabólica. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.10, n.4, jul./ago, 2004.
- COBAYASHI, F. et. al. Obesidade e fatores de risco cardiovascular em adolescentes de escolas públicas. **Arq. Bras. Cardiol.** v.95, n.2, p.200-206, 2010.
- COELHO, C. et. al. Impacto de um programa de intervenção para mudança do estilo de vida sobre indicadores de aptidão física, obesidade e ingestão alimentar de

indivíduos adultos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v.15, n.1, p.21-27, 2010.

COLOMBO, R. C. R. et. al. Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2003, vol.11, n.4, pp. 461-467. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a08.pdf>

CRICIÚMA, Secretaria Municipal do Sistema de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://www.criciuma.sc.gov.br/conteudo.php?codigo=43&secretaria=16>

CRICIÚMA, Secretaria Municipal do Sistema de Saúde. Unidades de Saúde. Disponível em: <http://www.criciuma.sc.gov.br/conteudo.php?codigo=42&secretaria=16>

DALLACOSTA, F. M.; DALLACOSTA, H.; NUNES, A. D. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v.1, n.1, p.45-52, jan./jun. 2010

DOS SANTOS, Lúcio Rogério. O Profissional de Educação Física e a Saúde da Família. **Revista E.F.** ano VIII, n.27, março de 2008. Disponível em: http://www.confef.org.br/extra/revistaef/arquivos/2008/N27_MAR%C3%87O/14_PROF_EF_SAUDE_NA_FAMILIA.PDF

DIAS, E. M. et. al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica cadastrados na Casa de Saúde da Família Águas Lindas II, Blém, PA. **Rev. Med.**, São Paulo, v.88, n.3/4, p.191-198, 2009.

DOS SANTOS, Saray Giovana. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Quantitativa Aplicada à Educação Física**. Tribo da Ilha. Florianópolis, 2011.

FAGHERAZZI, S.; DIAS, R.; BORTOLON, F. Impacto do exercício físico isolado e combinado com dieta sobre os níveis séricos de HDL, LDL, colesterol total e triglicérides. **Rev. Bras. Med. Esporte [online]**, v.14, n.4, p.381-386, 2008.

FERREIRA, Celma Lucia Rocha Alves; FERREIRA, Marcia Gonçalves. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – Análise a partir do Sistema Hiperdia. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**, v.53, n.1, p.80-86, 2009.

FORTES, A. N.; LOPES, M. V. O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto e Contexto Enferm**, v.13, n.1, p.26-34, 2004.

GIGANTE, Denise; MOURA, Eryl; SARDINHA, Luciana. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, vol.43, n.2, p. 83-89, 2009.

GUS, I. et. al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.83, n.5, p.424-4288, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008/2009**. Disponível em: http://ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/quarto_forum/Informe_POF_2008-2009.pdf. e http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_e_ncaa/pof_20082009_encaa.pdf

JARDIM, P. C. B. V. et. al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.88, n.4, p.452-457, 2007.

LATERZA, Mateus; AMARO, Graziela; NEGRÃO, Carlos; RONDON, Maria. Exercício físico regular e controle autonômico na hipertensão arterial. **Rev. SOCERJ**, v.21, n.5, p.320-328, 2008.

LATERZA, Mateus; RONDON, Maria; NEGRÃO, Carlos. Efeito anti-hipertensivo do exercício. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.14, n.2, p.104-111, 2007.

LIMA, L. M. et. al. Perfil dos usuários do hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.323-329, 2011.

MACHADO, M. et. al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MEDIANO, M. F. F.; BARBOSA, J. S. O.; SICHIERI, R. Efeito do exercício físico na sensibilidade à insulina em mulheres obesas submetidas a programa de perda de peso: um ensaio clínico. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.51, n.6, p.993-999, 2007.

MEDIANO, M. F. F.; GONÇALVES, T. R.; BARBOSA, J. S. O. Efeito do exercício físico sobre a composição corporal de mulheres obesas submetidas a programa de perda de peso. **Brazilian Journal Biomotricity**, v.3, n.2, p.139-145, 2009.

MENEZES, Ana Gabriela.; GOBBI, Débora. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.1, p.97-102, 2010.

MONTEIRO C. A.; CONDE W. L.; POPKIN B. M. Incomespecific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. **Am J Public Health**, 2007.

MONTEIRO C. A.; MOURA E. C.; CONDE W. L.; POPKIN B. M. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. **Bull World Health Organ**, 2004.

MONTEIRO, C. N.; FARIAS, R. E.; ALVES, M. J. M. Perfil de hipertensos em populações urbana e rural no estado de Minas Gerais. **Rev. APS**, v.12, n.1, p.48-53, 2009.

MONTEIRO, Maria de Fátima; FILHO, Dário. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.10, n.6, nov./dez., 2004.

MOREIRA, T. et. al. Caracterização dos pacientes acompanhados pelo programa HiperDia em uma unidade básica de saúde da família em Fortaleza. **Nursing online**, p.137-42, 2009. Disponível em: <http://www.nursing.com.br/paper.php?p=440>.

NAHAS, Markus Vinícius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4.ed. rev. e atual. Londrina: Madiograf, 2006.

NASCIMENTO, J. S.; PEREIRA, A. N. S.; SARDINHA, A. H. L. Perfil epidemiológico em mulheres portadoras de hipertensão arterial e diabetes mellitus atendidas pela estratégia saúde da família de uma comunidade em São Luís – MA. **Rev. Pesq. Saúde**, v.11, n.2, p.14-19, maio-ago, 2010.

OLIVEIRA, N. B.; LANGE, C. Perfil dos pacientes cadastrados no Hiperdia da equipe III na Estratégia Saúde da Família do município de Herval - RS. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas, v.1, n.1, p.91-98, 2011.

OLIVEIRA, T. C. S. et. al. Obesidade abdominal associada a fatores de risco cardiovasculares: abordagem da enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental [online]**. v.2, p.641-645, 2010.

ORSOLIN, Cássia et. al. Cuidando do ser humano hipertenso e protegendo sua função renal. **Rev. bras. enferm. [online]**, v.58, n.3,p, 316-319, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a12v58n3.pdf.

PEREIRA, M. et. al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension**, v.27, n.5, p.963–975, 2009.

PIERON, M. Estilo de vida, prática de atividades físicas e esportivas, qualidade de vida. **Fitness e Performance Journal**, v.3, n.1, p.10-17, 2004.

PINHEIRO L.; COUTO A.; SILVA, E. Sobrevida e morbidade na hipertensão arterial tratada – um estudo clínico. **Rev. Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v.1, n.2, p.16-26, 2003.

PITANGA, G. J. F., LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador – Bahia. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.2, p. 239-248, 2007.

ROCCA, S. V. S. et. al. Efeito do exercício físico nos fatores de risco de doenças crônicas em mulheres obesas. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.44, n.2, 2008.

RONDON, Maria; BRUM, Patricia. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.10, n.2, abr./jun, 2003.

ROSARIO, Tânia et. al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, vol.93, n.6, p. 672-678, 2009.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. **Rev. Nutr. [online]**. v.15, n.2, p.132-147, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v15n2/11830.pdf>.

SCHER, Lúria; NOBRE, Fernando; LIMA, Nereida. O papel do exercício físico na pressão arterial em idosos. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.15, n.4, p.228-231, 2008.

SIQUEIRA, F. et. al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.203-213, jan., 2009.

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., v.43, n.4. ago., 1999.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: BG Cultural, 2010.

SOUZA, B.; CHAGAS, M.; DOMINGOS, C.; SILVA, E. Grupo de Hiperdia: Educando para vida. **Rev. Pesq. Cuid.Fundam (online)**, 2.ed. supl., p.401-404, out./dez., 2010.

SPINATO, Itana; MONTEIRO, Luciana; SANTOS, Zélia. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico: uma proposta educativa em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.19, n.2, p.256-264, abr./jun, 2010.

TAVARES, Telma; NUNES, Simone; SANTOS, Mariana. Obesidade e qualidade de vida: uma revisão da literatura. **Rev. Med.**, Minas Gerais, 2010.

THOMAS, J.; NELSON, J..**Métodos de pesquisa em atividade física**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TOLEDO, Melina; RODRIGUES, Sandra; CHIESA, Anna. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.2, p.233-8, abr./jun., 2010.

URTADO, C. B.; ASSUMPCÃO, C. O.; NUNES, A. S. Alterações neuroendócrinas e exercício físico na obesidade. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**, v.12, n.2, p.247-266, 2008.

WADDEN, T. A.; BUTRYN, M. L.; BYRNE, K. J.. Efficacy of lifestyle management for long-term weight control. **Obesity Research**, v.12, p.151-162, 2004.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **JACC.**, v.55, n.1, p.66–73, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1998. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>

ZAITUNE, M. P. A. et. al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. v.22, n.2, p.285-294, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/06.pdf>

ZILLMER, J. G. V. et. al. Avaliação da completude das informações do Hiperdia em uma unidade básica do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.2, p.240-246, 2010.