



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Lisane Spinato, Itana; Zaranza Monteiro, Luciana; Sousa Araújo Santos, Zélia Maria de
Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico: uma proposta educativa em saúde

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 19, núm. 2, abril-junio, 2010, pp. 256-264

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416097006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

ADESÃO DA PESSOA HIPERTENSA AO EXERCÍCIO FÍSICO - UMA PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE

Itana Lisane Spinato¹, Luciana Zaranza Monteiro², Zélia Maria de Sousa Araújo Santos³

¹ Mestre em Educação em Saúde. Professor titular do Curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Ceará. Ceará, Brasil. E-mail: itana.spinato@yahoo.com.br

² Doutoranda pelo Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista CAPES. São Paulo, Brasil. E-mail: lucianazaranza@usp.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Ceará, Brasil. E-mail: lucianazaranza@hotmail.com

RESUMO: Pesquisa participante que avaliou as modificações comportamentais ocorridas com a implementação de uma proposta educativa para adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico, com 15 hipertensos. Os dados foram coletados através de entrevista e analisados com base nas experiências dos sujeitos, de acordo com o Modelo de Estágios de Mudança Comportamental. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin. No primeiro encontro, todos revelaram conhecimento sobre os benefícios do exercício físico. Observou-se que três pessoas hipertensas estavam no estágio de contemplação, cinco na preparação, dois na ação, três na manutenção e os demais na terminação. Após três meses evidenciamos que o grupo evoluiu de formas distintas, revelando estágios diversos de mudanças. A proposta educativa pelo Modelo de Estágios de Mudança Comportamental foi eficiente, uma vez que houve a conscientização dos sujeitos sobre a importância do exercício físico no controle da doença.

DESCRIPTORES: Educação em saúde. Exercício. Hipertensão.

A HYPERTENSIVE PERSON'S ADHESION TO PHYSICAL EXERCISE - AN EDUCATIONAL HEALTH PROPOSAL

ABSTRACT: This study involves participant research which evaluates the occurred modifications with the implementation of a proposal educative for adhesion of the hypertensive subject to the physical exercise, with 15 hypertensive subjects. The data was collected through interviews and analyzed based on the subjects' experiences, according to the Behavioral Change Stages Model and on underlying premises in health education and effective literature. The data was analyzed based on Bardin's content analysis technique. In the first meeting, all the participants disclosed previous knowledge about the benefits of exercise. Three were in the contemplation stage, five in the preparation stage, two in the action stage, three in the maintenance stage, and the remainder in the termination stage. After three months of applying the proposal, we evidence that the group evolved in distinct forms, revealing diverse stages changes. The educational Behavioral Change Stages Model proposal proved itself efficient, since there was subject awareness about the importance of physical exercise in controlling the illness.

DESCRIPTORS: Health education. Exercise. Hypertension.

ADHESIÓN DE LA PERSONA HIPERTENSA AL EJERCICIO FÍSICO - UNA PROPUESTA EDUCATIVA PARA LA SALUD

RESUMEN: Investigación participante que evaluó los cambios de comportamiento que ocurren con la aplicación de una propuesta educativa para la adhesión de la persona hipertensa al ejercicio físico. El estudio se hizo con 15 pacientes hipertensos. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas y analizados a partir de las experiencias de los sujetos, de acuerdo con el modelo de las etapas de cambio de comportamiento, en los supuestos de la educación para la salud y la literatura. Los datos se analizaron según la técnica de análisis de contenido de Bardin. En la primera reunión, todos los hipertensos presentaron conocimientos acerca de los beneficios del ejercicio. Se observó que tres de ellos estaban en la etapa de contemplación, cinco en preparación, dos en la acción, tres en el mantenimiento y los demás en la terminación. Después de tres meses se observó que el grupo evolucionó de diferentes maneras, revelando las diferentes etapas de cambio. La propuesta del modelo educativo de las etapas de cambio de comportamiento fue eficaz, ya que los participantes tuvieron conciencia de la importancia del ejercicio para el control de la enfermedad.

DESCRIPTORES: Educación en salud. Ejercicio. Hipertensión.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença altamente presente na população adulta, cuja prevalência no Brasil oscila entre 22% e 44%.¹ 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. Mesmo a população portadora de hipertensão leve está sob o jugo do risco aumentado.²⁻³

O estudo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel 2006, mostrou que o número de pessoas com diagnóstico prévio de hipertensão foi de 23,1%, sendo maior entre as mulheres (25,5%) do que nos homens (20,3%). Segundo o Vigitel, a hipertensão se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 6% dos indivíduos entre os 18 e 24 anos e de 60% nas pessoas acima de 65 anos.⁴

Grande ênfase tem-se dado às medidas não farmacológicas, dentre elas vem-se destacando a prática regular de atividades físicas, componente importante na melhoria da qualidade de vida. Estudos constataram menor morbidade e mortalidade, por doenças do sistema cardiovascular, em indivíduos treinados fisicamente, com benefícios evidentes no subgrupo de hipertensos.⁵

O estilo de vida sedentário, o tabagismo, a hipertensão arterial e a dislipidemia compõem situações passíveis de modificação, para um conjunto de doenças crônico-degenerativas consideradas o principal problema de saúde dos tempos atuais. Dados indicam que 20% dos adultos são pouco ativos (apenas uma vez por semana) e somente 8% fazem atividade física regular (três vezes por semana) no Brasil. Isso evidencia a importância que se deve atribuir aos programas de atividade física terapêutica como meio para a abordagem ao hipertenso.⁶

O exercício físico realizado regularmente provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular,⁷ com o objetivo de manter a homeostasia celular diante do incremento das demandas metabólicas. Há aumento no débito cardíaco, redistribuição no fluxo sanguíneo e elevação da perfusão circulatória para os músculos em atividade.⁸

Em 1996, o Colégio Americano de Medicina do Esporte e o Centro de Prevenção e Controle de Doenças⁹ desenvolveram guias para quantificar o montante de atividade física requerida para propiciar benefícios à saúde, preconizando a execução de atividades moderadas em pelo menos 30 minutos diários, todos dias da semana, de preferência, ou pelo menos em três dias. As sessões de atividade física não precisam ser de esforços continuados, podem ser realizados em pequenas sessões (três vezes de 10 minutos, por exemplo, ou duas vezes de 15 minutos).

É nesse contexto que se desenvolve e aprimora estudos relacionados ao comportamento humano e à atividade física, considerando-se a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção e promoção da prática regular, com vistas à adoção e manutenção de comportamentos saudáveis.^{10,11}

Para que se desenvolva uma intervenção efetiva em atividade física, é importante o conhecimento dos fatores que possibilitam as mudanças de comportamento de uma população. O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento tem sido freqüentemente utilizado para tal finalidade.¹²

Contudo, mudanças profundas de comportamento (tais como modificações do estilo de vida) exigem antes de tudo compreensão da situação externa (o que ocorre onde o sujeito está inserido), e depois um movimento interno – e, normalmente, lento – em direção às modificações de hábitos.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar as modificações comportamentais ocorridas com a implementação de uma proposta educativa para adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico.

Educação em saúde e a interface com a teoria de mudança comportamental

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, conhecido também como Modelo de Estágios de Mudança de Comportamento (EMC), descreve como as pessoas movem-se através de uma série de seis estágios distintos, à medida que avaliam a informação e a relevância da atividade física para suas vidas.¹² Esse modelo compreende os seguintes estágios:

Pré-contemplação: as pessoas que se encontram nesse estágio ainda não consideram a possibilidade de mudança em suas vidas, ou são alheios ao risco de saúde em seu comportamento.

Quando eles se tornam perceptivos ao problema, podem progredir para o próximo estágio.

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

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

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

Manutenção: o novo comportamento é sustentado, e a pessoa move-se dentro de um estilo de vida saudável. Para algumas pessoas, a continuidade da mudança pode ser difícil, e esta poderá regredir para algum dos estágios anteriores.

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

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

Educação em saúde, conceito associado ao de promoção da saúde, alcança uma definição mais ampla como um processo de capacitação das pessoas, proporcionado por uma abordagem sócio-educativa que assegure conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social. Incluindo políticas públicas e reorganização de serviços.¹³

A interface entre a educação em saúde e os EMC implica em viabilizar a mudança de

comportamento, evidenciada na incorporação de condutas no cotidiano, compartilhando-as socialmente, e contribuindo para a transformação da realidade. Possibilitando, desta forma, a compreensão e a comunicação do sujeito com o mundo, pois a educação em saúde evolui dos modelos explicativos causais para compreender as diversas formas de reações comportamentais dos indivíduos e grupos, considerando experiências pessoais e as condições sócio-estruturais em que

são construídas suas respostas e o entendimento da situação saúde-doença.¹⁴

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Essa pesquisa é do tipo participante, permitindo o conhecimento coletivo, a partir do trabalho grupal com o auxílio do pesquisador, no processo de pensar, produzir e dirigir o uso de seu saber a respeito de si.

Foi desenvolvida na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana (LHAHM). A liga é composta por uma equipe multiprofissional, e desenvolve um programa de hipertensão arterial, que tem como meta reduzir a taxa de morbimortalidade por doenças associadas à hipertensão arterial, integrando e/ou reintegrando a clientela hipertensa ao seu convívio social. A liga funciona no Hospital de Messejana - Instituição pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), situada em Fortaleza - CE.

Participaram do estudo 15 pessoas hipertensas das 30 que faziam parte da Liga. A seleção ocorreu durante a sessão educativa mensal promovida pela LHAHM, independentemente do sexo, idade, estado civil, escolaridade ou renda familiar. Foram incluídas aquelas que residiam nas áreas próximas à instituição, com indicação médica para a prática de exercício físico, com condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos propostos, e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídas as que não preenchiam os critérios acima.

A proposta educativa foi desenvolvida com base no referencial teórico do Modelo de Estágios de Mudança de Comportamento.¹² A coleta de dados constituiu em oito encontros, com periodicidade semanal e duração de 60 minutos cada, no período de Novembro de 2005 a Janeiro de 2006. Cada encontro foi dividido em dois momentos distintos: a prática da caminhada na pista do Hospital de Messejana, de acordo com o protocolo modificado da American Heart Association¹⁵, e desenvolvimento de oficinas educativas, no qual eram discutidos temas sobre: hipertensão arterial sistêmica e sedentarismo, risco cardiovascular e outros riscos para a saúde em geral; exercício físico: conceitos e modalidades de exercício físico; caminhada: indicações, contra-indicações, benefícios e preparação para a prática da caminhada

Estas oficinas tinham como objetivo, através de dinâmicas de grupo do tipo freiriana, despertar as pessoas hipertensas para a susceptibilidade ao risco de complicação secundária ao sedentarismo,

orientar para a prática regular da caminhada e perceber as modificações corporais e resgatar o conhecimento do aprendizado.

A modalidade de exercício aeróbico escolhida foi a caminhada, devido à facilidade da realização, visto que os participantes eram incentivados a continuar esta atividade em sua comunidade de origem. As intervenções foram controladas pelos pesquisadores que estavam presentes do início até o final da atividade.

As entrevistas seguiam um roteiro prévio, onde as questões eram sempre as mesmas nos três momentos. As questões abordadas eram: 1 - O que você aprendeu nos encontros com o grupo? 2 - Quais os benefícios da caminhada? 3 - Como devemos nos preparar para a caminhada? 4 - Você caminhou entre nossos encontros? Como foi? 5 - Como você se sentiu neste período? Percebeu alguma mudança corporal? 6 - Você sentiu-se motivado a continuar a caminhar? Justifique?

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas aplicadas em três momentos distintos: a primeira ocorreu no início de novembro de 2005, e objetivou identificar o nível dos EMC em que o usuário se encontrava e resgatar as experiências prévias dos participantes sobre a temática abordada. A segunda entrevista aconteceu no final do mês de dezembro de 2005, tendo como objetivo descrever e compreender as mudanças ocorridas. A terceira entrevista ocorreu no final de janeiro de 2006, com a finalidade de perceber a adesão dos sujeitos ao exercício físico, e a progressão dos participantes em relação aos EMC. As informações obtidas foram gravadas em áudio, segundo autorização dos sujeitos e complementadas com o diário de campo.

Os resultados foram organizados em categorias empíricas, e analisados com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin¹⁶, fundamentando-se nas experiências dos participantes, nos pressupostos da educação em saúde, e na literatura selecionada.

Todos os procedimentos éticos previstos na Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos.¹⁷ Os hipertensos foram orientados sobre o anonimato e foram informados de que poderiam desistir da participação do estudo a qualquer momento. Em respeito ao anonimato, identificamos os sujeitos pela letra S e um número. Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e emissão do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana, sob o N° 319/2005.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos sujeitos

A idade dos participantes variou entre 60 e 75 anos. Desses, seis (40%) eram homens e nove (60%) mulheres, sendo que, 12 residiam na cidade de Fortaleza-CE e três em outros municípios. Sobre o estado civil, nove (60%) eram casados, três (20%) separados e três (20%) viúvos.

Três (20%) entrevistados informaram uma renda mensal inferior a um salário mínimo, quatro (27%) de um a dois salários mínimos e oito (53%) mais de três salários mínimos. Com relação à ocupação, nove (60%) eram aposentados, cinco (33,3%) ocupavam-se de prendas do lar e um (6,7%) era comerciante. A maioria (93,3%) morava com cônjuges e/ou filhos.

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

Resgate das experiências prévias com o exercício físico

As experiências vividas pelas pessoas constituem uma das fontes mais significantes na produção do saber. Neste estudo, percebemos nas falas dos entrevistados um conhecimento prévio acerca dos benefícios do exercício físico. Ensinar exige respeito ao saberes dos educandos, sobretudo os das classes populares que adquirem os saberes socialmente construídos na prática comunitária.¹² Esta realidade foi expressa pelos sujeitos através de declarações do tipo: *o exercício físico é bom para a saúde, para o corpo* (S4); *reduz o colesterol e controla a pressão* (S11). A esse respeito, três sujeitos relacionaram a prática do exercício à promoção da saúde, nove atribuíram ao controle da Pressão Arterial (PA), dois à prevenção da osteoporose, dislipidemia e controle da PA, e um entrevistado declarou não ter conhecimento sobre o exercício físico.

A caminhada foi a modalidade de exercício físico eleita, escolha que se justifica pela facilidade da prática, e pelo incentivo da equipe da LHAHM. Nesse universo, cinco pessoas caminhavam diariamente. Conforme o Quadro 1, os participantes S14 e S15 encontravam-se no estágio de terminação, uma vez que aderiram ao exercício físico regular, incorporando essa conduta no seu

estilo de vida: *eu faço caminhada há quatorze anos, porque o exercício é muito bom [...]* (S14); *para o ser humano o exercício é a melhor coisa. Se ele compreendesse isso fazia exercício 24 horas por dia [...]* pois dá-se o nome de saúde (S15).

Outros sujeitos, como S4, S11 e S13 encontravam-se no estágio de manutenção, em decorrência

da prática efetiva da caminhada há aproximadamente um ano: *o exercício é um espetáculo, a gente se sente disposta, com mais vontade [...]* (S13). Dois sujeitos praticavam a caminhada três vezes por semana. Os participantes S5 e S6 atingiram o estágio de ação (Quadro 1), pelo fato de terem iniciado a prática regular do exercício físico.

Quadro 1 - Identificação dos estágios de mudança atingidos pela aplicação da proposta educativa. Fortaleza-CE, 2005-2006

Sujeitos	Identificação do estágio de mudança (1ª entrevista)	Avaliação da prática e continuidade do exercício (2ª entrevista)	Avaliação da proposta para adesão ao exercício físico (3ª entrevista)
S1	Preparação	Ação	Ação
S2	Contemplação	Ação	Preparação
S3	Contemplação	Ação	Contemplação
S4	Manutenção	Manutenção	Manutenção
S5	Ação	Ação	Manutenção
S6	Ação	Ação	Manutenção
S7	Contemplação	Ação	Manutenção
S8	Preparação	Ação	Manutenção
S9	Preparação	Ação	Manutenção
S10	Preparação	Ação	Ação
S11	Manutenção	Manutenção	Manutenção
S12	Preparação	Ação	Ação
S13	Manutenção	Manutenção	Preparação
S14	Terminação	Terminação	Terminação
S15	Terminação	Terminação	Terminação

Observamos no Quadro 1 que os pacientes S1, S10 e S12 continuaram no mesmo estágio de mudança (Ação) da 2ª para a 3ª entrevista. Os pacientes S2 (Ação – Preparação), S3 (Ação – Contemplação) e S13 (Manutenção – Preparação) regrediram um estágio da 2ª para a 3ª entrevista. Os pacientes S4, S11, S14 e S15 permaneceram no mesmo estágio da 1ª até a 3ª entrevista. S5 e S6 não permaneceram no mesmo estágio, eles passaram de ação para manutenção entre a 2ª e a 3ª entrevista. Os pacientes S7, S8 e S9 mudaram de estágio no decorrer das entrevistas.

Nesse contexto, três sujeitos (S7, S8 e S9) migraram para um estágio de mudança seguinte, e seis entrevistados permaneceram nos estágios em que se encontravam na entrevista anterior, quatro permaneceram no mesmo estágio desde a primeira entrevista até a última, e os outros pacientes regrediram um estágio da 2ª para a 3ª entrevista.

Apoiando-se na experiência obtida com a atuação junto à clientela, acreditamos que a adesão a uma conduta específica, como no caso do

exercício, precisa ser vivenciada pelo sujeito e os seus benefícios percebidos de tal forma que essas sensações obtidas superem o comodismo ou as dificuldades diárias de organização do tempo.

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

É recomendado às pessoas hipertensas exercícios de intensidade moderada, de três a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração, realizadas com frequência cardíaca entre 60% e 80% da máxima ou entre 50% e 70% do consumo máximo de oxigênio.¹⁸

Os participantes S2, S3 e S7 eram sedentários, todavia revelaram o propósito de praticar o exercício, deste modo encontravam-se no estágio de contemplação, conforme evidenciamos nas falas: *já faz tempo que quero caminhar, mas sempre aparece alguma coisa para fazer [...] (S3); [...] quando termino de ajeitar a casa já está tarde e não vou mais (S7)*. O alto impacto na saúde pública, proporcionado por um estilo de vida mais ativo, ocasionou o surgimento de campanhas de combate ao sedentarismo em vários países, levando inclusive a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar o ano de 2002 como o Ano Mundial de Combate ao Sedentarismo.¹⁹ Porém, para que a modificação aconteça, é importante que o indivíduo esteja consciente de sua necessidade, e receptivo a sugestões de mudança. A aprendizagem é influenciada pela prontidão do aprendiz em aprender, incluindo o estado emocional, físico e as suas experiências.²⁰ O modelo da orientação comunitária enfatiza o desenvolvimento de ações coletivas no ambiente e nos fatores relacionados aos agravos, questionando o conceito de responsabilidade estritamente individual na manutenção da saúde.²¹

A alimentação desempenha um papel importante na atividade física, pois prepara o organismo para o esforço, fornecendo os nutrientes necessários que irão variar de acordo com o tipo de exercício e o objetivo que se pretende alcançar, como, por exemplo, perda de peso ou ganho de massa muscular.²²

Avaliação da prática e continuidade do exercício físico

A segunda entrevista foi realizada no final de Dezembro de 2005 com a finalidade de avaliar as modificações ocorridas, o que foi evidenciado com a progressão nos estágios de mudanças e permanência nos estágios iniciais, que por si já eram avançados. Oito participantes iniciaram o programa de exercício a partir dos encontros continuando no estágio de ação, pois migraram das etapas anteriores – contemplação e preparação (Quadro 1). Os depoimentos revelaram a importância desta conduta na promoção de sua saúde e bem-estar: [...] *até a reunião do grupo é uma coisa que deixa a gente saudável, feliz, a gente fica amigo, não tem coisa desagradável [...]. Aprendi a caminhada, que eu não sabia como fazer [...] hoje me sinto forte, corajosa, acabando com aquela moleza no corpo (S9). Se eu não tivesse feito os exercícios eu tinha batido as botas [...] pois o exercício traz saúde para o corpo e para a mente (S13)*.

Sete sujeitos permaneceram no estágio de mudança anterior à intervenção, contudo houve aporte de novos saberes relativos à busca de saúde em geral. De acordo com essa abordagem, “o homem é visto como um ator social, que, interagindo em seu meio, modifica-se e adapta-se, vencendo obstáculos, limitações ou corrigindo rumos, sempre superando limites pessoais, valoriza a liberdade e busca o sentido da vida pela auto-transcendência”.^{13:28}

A educação em saúde, como parte de um processo de educação mais ampla, passa a ser entendida como uma instância importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável.²¹

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

[...] *quando acabou os encontros dei uma parada por que não tinha quem fosse comigo, mas agora tô caminhando com minha cunhada que também precisa (S6)*.

Meu neto estava comigo, daí não podia sair deixando ele só, mas agora comecei de novo a caminhar cedinho (S5).

De acordo com as entrevistas, três sujeitos estavam na fase de manutenção e dois na terminação. Consideramos positiva esta situação, pois a intervenção educativa contribuiu na motivação da continuidade dessa prática, além de despertá-los para a socialização das experiências entre os demais integrantes do grupo, atuando como agentes multiplicadores. Este processo mostrou-se importante, uma vez esses sujeitos perceberam o interesse dos demais participantes pelas soluções encontradas por eles para resolver problemas do dia a dia.

[...] *eles vieram perguntar como eu faço para não parar as caminhadas, e eu disse que levo o exercício como um funcionário, ou seja, se tem chuva eu levo a capa e o guarda-chuva, não tem conversa não, quando chega o dia eu vou (S14)*.

Ensinar deve ser uma prática crítica, reflexiva e associada às experiências do aprendiz e ao conhecimento do educador, objetivando uma aprendizagem transformadora e, conseqüentemente, a mudança de comportamento, tornando-o agente de autocuidado.²² Articulando o pensamento das au-

toras com a nossa experiência vivenciada no atendimento à clientela hipertensa, podemos constatar que a pessoa incorporada no papel de agente de autocuidado sente-se capaz para tornar-se agente multiplicador destas ações na comunidade.

A educação em saúde utiliza estratégias que integram saberes interdisciplinares e da cultura popular, constituindo-se numa rede de comunicação que revele desejo, crenças, valores das pessoas na busca por mudança.²³

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

Após três meses (novembro e dezembro de 2005 e janeiro de 2006) da aplicação da proposta educativa, evidenciamos que o grupo evoluiu de formas distintas, fato que é incomum ao processo educativo, no qual cada educando apresenta particularidades que influenciam o seu desenvolvimento nesse processo, revelando estágios diversos de mudanças.

A adesão às condutas preventivas e/ou terapêuticas resulta em promoção da saúde, que é o incremento do poder (*empowerment*) comunitário e pessoal, por meio do desenvolvimento de habilidades e atitudes, conducentes à aquisição de poder técnico (saberes) e político para atuar em prol de sua saúde, como propõe a Carta de Ottawa. O *empowerment* está diretamente relacionado ao desenvolvimento de programas que promovam nas comunidades uma consciência crítica sobre sua realidade vivida.²⁴

Consideramos satisfatório este resultado, tendo em vista que a maioria dos participantes informou continuar a exercer a prática da caminhada seis meses após o início da intervenção. Fato que se deve ao método didático-pedagógico utilizado na aplicação da proposta educativa. O facilitador está ao mesmo nível de importância em relação aos sujeitos, visto que seu papel é estimular a discussão.

A comunicação é uma relação social igualitária, dialógica, que produz conhecimento: [...] aprendi muita coisa boa para se cuidar, para a saúde da gente [...] todo mundo participou, todo mundo falou [...] (S8); e se for em termos de caminhar em grupo, você fica mais motivado. Se não for uma pessoa determinada para caminhar só, muita gente relaxa. Aqui é mais uma pessoa que você conhece, é um relacionamento diferente, um bate-papo, você fica descontraído, a sua pressão baixa mais [...] não existe a palavra competição, você não vem competir (S4); achei o pessoal muito consciente, quando marcava vinha até gente a mais [...] o que

é bom nisso? É saber receber o que tão passando para você, trocar informações, melhorar o seu dia-a-dia, é um negócio esplêndido (S9).

Sete sujeitos atingiram o estágio de manutenção, que é caracterizado pela continuidade do programa em domicílio, demonstrando adesão ao exercício físico. No entanto, é oportuno afirmar que os sujeitos devem continuar sendo motivados para alcançar a terminação, etapa que demanda mais tempo para a sua efetividade, pois os mantenedores que executaram o plano e estão começando a ver alguns resultados, sendo motivados, ficam comprometidos a cuidar dele até o final. O ponto chave deste estágio reside na mudança do foco para a descoberta do ganho obtido com a mudança de hábito: [...] o doutor falou que a minha pressão está boa e que eu devo continuar caminhando [...] (S8); lá em casa tem uma escada que antes eu subia me arrastando, agora depois dos exercícios nem me canso mais para subir [...] (S8); eu continuo caminhando com as minhas parceiras do grupo, a gente mora perto e caminha na pracinha [...] fiz boas amizades nestas caminhadas [...] (S7).

Tradicionalmente, manutenção é vista como um estágio estático, porém, trata-se de um estágio dinâmico, pois se entende como a continuação do novo comportamento para a mudança que demora algum tempo para se estabelecer.²⁵

Três indivíduos retornaram a um estágio de mudança anterior, fato este previsto pelo referencial teórico, uma vez que o modelo de mudança comportamental é cíclico, ou seja, o indivíduo pode retornar aos estágios anteriores ao longo da vida, a menos que tenha atingido o estágio de terminação.¹²

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

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

A maioria normalmente retorna aos estágios de contemplação, preparação ou ação, mas dificilmente retornam ao estágio de pré-contemplação, caracterizado pela negação do problema.¹² Este acontecimento liga-se ao fato da educação ser um constructo permanente e incorporado ao indivíduo, formando os alicerces para ensinar as mudanças pessoais.²³ É importante ressaltar que o entrevista-

do S13 interrompeu o programa de caminhada em decorrência da detecção de doença coronariana, que resultou em intervenção cirúrgica para a revascularização do miocárdio: [...] *foi um susto grande, agora só quero ficar bom para poder me cuidar melhor [...] o médico disse que depois posso voltar a caminhar. Vou fazer de tudo para cuidar da saúde [...]* (S13).

A adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico, ao uso regular do esquema terapêutico e a adoção de estilo de vida saudável, é resultante do seu engajamento efetivo nas atividades de autocuidado, tornando-se agente de autocuidado e multiplicador destas atividades na família e na comunidade.²⁶

CONCLUSÕES

O EMC, como base para estratégias de intervenção no intuito de promover a adesão de indivíduos hipertensos ao exercício físico, nos permitiu identificar características do grupo, facilitando o encorajamento para a re-inclusão do exercício entre as condutas de controle da hipertensão arterial, e preventivas de outros problemas de saúde.

O grupo constituiu-se homogêneo na doença, porém heterogêneo no que diz respeito aos Estágios de Mudança. Isso nos permitiu diversificar os argumentos utilizados nos encontros educativos, assim como nas intervenções. Compreendemos que esta diversidade produziu interação no grupo, compartilhando conhecimentos e soluções de problemas comuns.

A motivação para a mudança por meio da ação grupal constituiu um fator de importância para o bom andamento do processo educativo. Observamos que o desejo de modificar hábitos, em alguns casos, tornava-se um problema devido à tendência ao imediatismo. Acostumados a soluções instantâneas, muitas vezes os pacientes não conseguiam esperar por uma gratificação a longo prazo. A proposta educativa se mostrou eficiente dentro do que almejamos, uma vez que a conscientização de que o controle da doença depende da adoção de novos hábitos, incluindo a prática do exercício, constituiu a principal meta da proposta.

Portanto, faz-se necessário que os profissionais desenvolvam uma prática profissional pautada na interação e troca de experiência entre os integrantes da equipe de trabalhadores em saúde, com vistas a oferecer uma assistência holística ao indivíduo e sua família, valorizando o autocuidado como parte da vida e necessário ao desenvolvimento humano e ao bem estar.

Com vista a essa realidade, torna-se essencial o desenvolvimento de ações e estratégias de educação em saúde voltadas a grupo de pessoas hipertensas, visando o autocuidado, com o objetivo de informá-los e conscientizá-los da necessidade e importância da adoção de um estilo de vida saudável, da mudança de hábitos e comportamentos de saúde no controle e prevenção da HAS e dos possíveis agravos.

Então, diante desses achados, sugere-se um (re)planejamento de estratégias educativas em saúde com vistas a capacitar não somente as pessoas hipertensas, mas também os familiares no controle da HAS, resgatando o saber dessas pessoas, bem como valorizando a sua cultura.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro LAF, Couto AA, Silva EN. Sobrevida e morbidade na hipertensão arterial tratada - um estudo clínico. Rev SBC. 2003 Set-Out; 1(2):16-26.
2. Ferrais AS, Buglia S. Condutas práticas no paciente hipertenso que será submetido ao teste ergométrico. Rev Bras Hipertens 2001 Julho-Set; 8(3):344-6.
3. Almeida GPL, Lopes HF. Impacto da hipertensão arterial sistêmica sobre o risco cardiovascular. Rev SBC. 2003 Out-Nov; 6(4):135-41.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): MS; 2007.
5. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. Lancet. 2003 Abr; 360 (9349):1903-13.
6. Godoy M. I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 1997 Out; 69(4):267-91.
7. Staessen JA, Thijs L, Fagard R, O'Brien ET, Clement DL, Leeuw PW, et al. Predicting cardiovascular risk using conventional vs. ambulatory blood pressure in older patients with systolic hypertension. JAMA. 1999 Ago; 282:539-46.
8. Rondon MUPB, Brum PC. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens. 2003 Abr-Jun; 10(2):134-9.
9. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control Prevention and American College of Sports Medicine. JAMA. 1995 Fev; 273(2):402-7.
10. Salles-Costa R, Werneck GL, Lopes CS, Faerstein E. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no estudo pró-saúde. Cad Saúde Pública. 2003 Jul-Ago; 19(4):1095-105.

11. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med.* 2002 Jan-Fev; 22(4S):67-72.
12. Prochaska JO, Norcross JC, Diclemente CC. *Changing for good.* New York (US): Ed. Copyright; 2002.
13. Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. Educação em saúde no contexto da promoção humana. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadoras. *Educação em saúde no contexto da promoção humana.* Fortaleza (CE): Edições Demócrito Rocha; 2003. p. 25-31.
14. Catrib AMC. Saúde no espaço escolar. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. *Educação em saúde no contexto da promoção humana.* Fortaleza (CE): Demócrito Rocha; 2003.
15. Haskell LM, Lee I-MIN, Pate RR, Powel KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the ACSM and the American Heart Association. *Circulation.* [online]. 2007 [acesso 2009 Fev 01]. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.185649>.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Portugal (PT): Edições 70; 1977.
17. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de dezembro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
18. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [página da internet]. Brasília (DF): MS; 2007 [atualizado 2005 Mai 04; acesso 2006 Ago 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
19. Nunes JOM, Barros JF. Fatores de risco associados à prevalência de sedentarismo em trabalhadores da indústria e da Universidade de Brasília. *Rev Digital - Buenos Aires* [online]. 2004 [acesso 2008 Ago 10]; 69(10):. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd69/risco.htm>
20. Smeltzer SC, Bare BG. *Educação para saúde e promoção da saúde.* Enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Guanabara Koogan; 1998.
21. Catrib AMF. *Promoção da saúde: saber fazer em construção.* Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza (CE): Demócrito Rocha; 2003.
22. Mussart NB, Coppo JA, Coppo DJ. Overweight and sedentarism as conditions for atherogenic risk in elderly people. *Prensa Méd Argent.* 2005 Mar-Abr; 92(4):262-73.
23. Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. *Educação em saúde no contexto da promoção humana.* Fortaleza (CE): Ed. Demócrito Rocha; 2003.
24. Laverack G. An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Dev J.* 2001 Abr; 36: 134-46.
25. Jungerman FS, Laranjeira R. Entrevista motivacional: Bases teóricas e práticas. *J Bras Psiquiatr.* 1999 Mai-Jun; 48: 197-207.
26. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm* 2005 Jul-Set; 14(3):332-40