

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde

Herbert Silva Ribeiro

**INSERÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
SEU PAPEL JUNTO A HIPERTENSOS ASSISTIDOS NA CIDADE DE
DIAMANTINA-MG, BRASIL**

Diamantina

2021

Herbert Silva Ribeiro

**INSERÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
SEU PAPEL JUNTO A HIPERTENSOS ASSISTIDOS NA CIDADE DE
DIAMANTINA-MG, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tamar Kalil de Campos Rolla Miranda

Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Dias

Diamantina

2021

Catálogo na fonte - Sisbi/UFVJM

R484i Ribeiro, Herbert Silva
2021 Inserção do educador físico na atenção primária à saúde
[manuscrito]: condições de saúde de hipertensos assistidos na cidade de Diamantina-
MG, Brasil / Herbert Silva Ribeiro. --
Diamantina, 2021.
131 p.: il.
Orientadora: Prof.^a Tamar Kalil de Campos Rolla Miranda. Dissertação
(Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) --
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri,
Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, Diamantina, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Profissional de Educação
Física. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Hipertensão. 5. Serviços de Saúde. I. Miranda,
Tamar Kalil de Campos Rolla. II.
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da
UFVJM com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Bibliotecário Rodrigo Martins Cruz / CRB6-2886
Técnico em T.I. Thales Francisco Mota Carvalho

HERBERT SILVA RIBEIRO

**INSERÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
SEU PAPEL JUNTO A HIPERTENSOS ASSISTIDOS NA CIDADE DE
DIAMANTINA-MG, BRASIL**


Dissertação apresentada ao
MESTRADO EM ENSINO EM SAÚDE,
nível de MESTRADO como parte dos
requisitos para obtenção do título de
MESTRE EM ENSINO EM SAÚDE


Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Thamar Kalil
De Campos Rolla Miranda
Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto
Dias

Data da aprovação : 30/07/2021


Prof.Dr.^a THAMAR KALIL DE CAMPOS ROLLA MIRANDA - UFVJM


Prof.Dr. CARLOS ALBERTO DIAS - UFVJM


Prof.Dr. JOAO LUIZ DE MIRANDA - UFVJM


Prof.Dr.^a SUELY MARIA RODRIGUES - UNIVALE

Este trabalho de dissertação é dedicado primeiramente a Deus por me proporcionar saúde para sonhar, aos meus pais e ao meu irmão, por serem companhias fiéis nessa caminhada, me apoiando e lutando para que eu tivesse condições de estudar, sendo a base de todo processo.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me permitir caminhar até esse degrau, sempre me possibilitando alcançar meus sonhos e expectativas.

À minha família e amigos que sempre foram o alicerce de toda minha jornada, em especial aos meus pais e ao meu irmão que nunca descreditaram dos meus sonhos, sempre me motivando a ser um ser humano melhor.

À Educação Pública, em especial à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri que permite a construção de um futuro melhor para muitas famílias através do conhecimento, contribuindo para a transformação da realidade do Vale “pobre de dinheiro”, que é rico por natureza e pessoas especiais.

Aos colegas e professores do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde que foram importantes em todo processo, seja trocando experiências, incentivando, como também buscando alternativas para solução de obstáculos que surgiram durante o caminho.

Reafirmando o papel incentivador do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, agradeço pela oportunidade de ser bolsista no programa, o que foi fundamental para a continuidade dos estudos.

As agências de fomento de bolsas de estudo, em especial o Programa de Pesquisa Para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), que me oportunizaram ser bolsista em uma pesquisa que forneceu dados cruciais da minha investigação.

Ao Sistema Único de Saúde (SUS), pela capacidade de proporcionar expectativa de vida e qualidade de vida a todos os brasileiros sem nenhuma distinção.

À minha querida orientadora Doutora Thamar Kalil de Campos Rolla Miranda, que se fez paciente durante minha caminhada, sempre me mostrando meu potencial e me incentivando a nunca desistir diante dos obstáculos, sendo amiga e parceira fundamental para a minha formação.

Aos professores membros da banca que aceitaram contribuir com este trabalho, propiciando vistas para novos horizontes através da troca de experiências, assim como a professora Thabata Coaglio Lucas e o senhor Juliano Pedro da Silva pelas suas contribuições proporcionadas ao meu trabalho na pré-qualificação que ocorreu na disciplina de Seminários II.

Ao amigo e Co-orientador, professor Doutor Carlos Alberto Dias, a qual tive a oportunidade de trabalhar em projetos de pesquisa sob sua coordenação e me deu suporte durante meu processo formativo acadêmico, desde a graduação, inclusive possibilitando a utilização de dados que se constituem também como fontes dessa dissertação.

RESUMO

A inserção do Profissional de Educação Física (PEF) na Atenção Primária à Saúde (APS) colabora para a reorganização dos serviços de saúde, que passam a contar com uma profissão que acrescenta a atividade física na perspectiva da prevenção e promoção de saúde. A atividade física vem se consolidando como meio não farmacológico na prevenção e tratamento de diversas doenças, especialmente a Hipertensão, o que gera a diminuição de gastos do Estado com tratamento e intervenções complexas ocasionadas pelo agravamento de diversos problemas de saúde, como também aumenta a qualidade de vida das pessoas. Vale salientar que o reconhecimento da Educação Física como profissão da saúde é um fato considerado recente, tendo ocorrido no final da década de 1990 com a publicação da resolução N° 218 de 6 de março de 1997 pelo Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, somente a partir do ano de 2008 com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o PEF passou a ter legalidade para compor as equipes de saúde que integram os serviços de saúde, tendo oportunidade para contribuir com o Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, este estudo tem por objetivo conduzir uma reflexão sobre o processo de inserção do PEF na APS e descrever as condições de saúde de hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família de Diamantina, Minas Gerais. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa, multimetodológica fundamentada igualmente nas seguintes fontes: 1) Revisão Integrativa de Literatura; 2) Documentos oficiais, legais do campo da educação da saúde e também documentos técnicos relacionados a hipertensão arterial e atividades físicas aplicáveis a pacientes hipertensos; 3) Estudo, inventário, seleção, análise, da pesquisa de campo intitulada: “Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”. Os dados indicaram que o sexo dos entrevistados possui relação muito significativa com estado civil, escolaridade e índice de massa corporal (IMC). Além disso, foi também verificado que existe dependência significativa entre sexo e prática de exercícios físicos. Conclui-se que existem ainda diversos obstáculos para uma inserção eficiente do PEF nos serviços de saúde. Porém, suas contribuições são notórias nesse âmbito, principalmente por orientar a prática de atividade física de pacientes assistidos pela ESF de Diamantina, se tornando grande aliado na prevenção e promoção de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Profissional de Educação Física. Sistema Único de Saúde. Hipertensão. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The insertion of the Physical Education Professional (PEF) in Primary Health Care (PHC) contributes to the reorganization of health services, which now have a profession that adds physical activity in the perspective of prevention and health promotion. Physical activity has been consolidating itself as a non-pharmacological means in the prevention and treatment of several diseases, especially Hypertension, which generates a decrease in State spending on treatment and complex interventions caused by the worsening of several health problems, as well as increasing quality people's lives. It is worth noting that the recognition of Physical Education as a health profession is a fact considered recent, having occurred in the late 1990s with the publication of resolution No. 218 of March 6, 1997 by the National Health Council. However, only after of the year 2008 with the creation of the Family Health Support Center (NASF), the PEF has the legality to compose the health teams that integrate the health services, having the opportunity to contribute to the Unified Health System. In this perspective, this study aims to conduct a reflection on the process of insertion of the PEF in PHC and describe the health conditions of hypertensive patients assisted by the Family Health Strategy of Diamantina, Minas Gerais. This is a descriptive study with a quantitative and qualitative approach, based on the following sources: 1) Integrative Literature Review; 2) Official, legal documents in the field of health education and also technical documents related to arterial hypertension and physical activities applicable to hypertensive patients; 3) Study, inventory, selection, analysis, of the field research entitled: "Systemic arterial hypertension: behavioral practices and social representations of patients regarding the disease and its treatment". The data indicated that the sex of the interviewees has a very significant relationship with marital status, education and body mass index (BMI). In addition, it was also found that there is significant dependence between sex and physical exercise. It is concluded that there are still several obstacles to an efficient insertion of the PEF in health services. However, his contributions are notorious in this context, mainly for guiding the practice of physical activity of patients assisted by the FHS of Diamantina, becoming a great ally in the prevention and promotion of health.

Keywords: Primary Health Care. Physical Education Professional. Unified Health System. Hypertension. Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - Variáveis do estudo	75
QUADRO 2 - Programa de Atividade Física Contextualizado Para Hipertensos	94

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Variáveis sociodemográficas e de saúde dos hipertensos participantes da pesquisa, Diamantina-MG, 2020.....	78
TABELA 2 – Prática de atividades físicas e condições de saúde dos hipertensos participantes da pesquisa, Diamantina-MG, 2020.....	79

LISTA DE SIGLAS

AF - Atividade Física
AP - Atenção Primária
APS - Atenção Primária à Saúde
AVE - Acidente Vascular Encefálico
AVEH - Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AVEI - Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONFED - Conselho Federal de Educação Física
CREF - Conselho Regional de Educação física
DAC - Doença Arterial Coronária
DAOP - Doença Arterial Obstrutiva Periférica
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV - Doenças Cardiovasculares
DRC - Doença Renal Crônica
EF - Educação Física
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FA - Fibrilação Atrial
FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FC - Frequência Cardíaca
HA - Hipertensão Arterial
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IC - Insuficiência Cardíaca
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA - Pressão Arterial
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD - Pressão Arterial Diastólica
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PEF - Profissional de Educação Física

PNAD - Política Nacional de Atenção Básica

PNPS - Política Nacional de Promoção à Saúde

PPSUS - Programa de Pesquisa Para o Sistema Único de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

PST - Projeto de Saúde no Território

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SBAFS - Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde

SF - Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	PROBLEMA.....	17
3	OBJETIVOS	19
	<i>3.1 Geral.....</i>	<i>19</i>
	<i>3.2 Específicos</i>	<i>19</i>
4	REFERENCIAL TEÓRICO	21
	<i>4.1 O Papel do Educador Físico na Atenção Primária.....</i>	<i>21</i>
	<i>4.1.1 Definição de Educação Física</i>	<i>21</i>
	<i>4.1.2 Um breve histórico da Educação Física no Brasil.....</i>	<i>22</i>
	<i>4.1.3 História da profissão no Brasil</i>	<i>24</i>
	<i>4.1.4 Papel do Profissional de Educação Física (PEF).....</i>	<i>26</i>
	<i>4.1.5 Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física (DCNS).....</i>	<i>29</i>
	<i>4.1.6 Inclusão do PEF na Atenção à Saúde.....</i>	<i>31</i>
	<i>4.1.7 Justificativa da inclusão do PEF na Atenção Primária à Saúde</i>	<i>32</i>
	<i>4.2 Cenário e História da Política Pública de Saúde baseada no Sistema Único de Saúde.....</i>	<i>33</i>
	<i>4.2.1 A Construção de uma Política Pública de Saúde no Brasil.....</i>	<i>35</i>
	<i>4.2.2 Atenção Primária à Saúde (APS)</i>	<i>39</i>
	<i>4.2.3 Hipertensão Arterial e suas implicações.....</i>	<i>40</i>
	<i>4.2.4 Condutas de tratamento da Hipertensão Arterial</i>	<i>42</i>
	<i>4.2.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)</i>	<i>43</i>
	<i>4.3 O processo de trabalho do Educador Físico no apoio ao tratamento da Hipertensão Arterial</i>	<i>44</i>
	<i>4.3.1 Comportamento de Risco Para Hipertensão</i>	<i>44</i>
	<i>4.3.2 Sedentarismo e Sobrepeso</i>	<i>45</i>
	<i>4.3.3 A Importância da Atividade Física no Controle da Hipertensão</i>	<i>46</i>
	<i>4.3.4 O Desenvolvimento de Programas de Atividade Física Sistematizados</i>	<i>49</i>

4.3.5 Os Desafios da atuação do PEF no SUS.....	50
4.4 Condições ideais para uma prescrição de atividade física contextualizada para hipertensos.....	53
4.4.1 Cuidados e riscos na realização de atividade física por hipertensos.....	55
4.4.2 Exercícios Físicos indicados para hipertensos	57
5 METODOLOGIA.....	63
5.1 Revisão Integrativa de Literatura.....	63
5.2 Documentos técnicos relacionados à hipertensão arterial e atividades físicas aplicáveis a pacientes hipertensos	64
5.3 A investigação de uma fonte de Pesquisa.....	64
5.3.1 Aspectos éticos.....	64
5.3.2 Tipos do estudo e abordagem.....	65
5.3.3 Universo de estudo	67
5.3.4 Amostra.....	69
5.3.5 Critérios de inclusão/exclusão.....	71
5.3.6 Estudo piloto.....	71
5.3.7 Coleta de dados.....	71
5.3.8 Entrevista.....	72
5.4 Análise dos dados	75
6 RESULTADOS.....	77
6.1 Resultados quantitativos	77
6.2 Resultados qualitativos.....	79
<i>Descrição de 16 participantes da pesquisa</i>	<i>79</i>
<i>O PEF inserido na ESF de Diamantina-MG.....</i>	<i>84</i>
7 DISCUSSÃO.....	86
7.1 Programa de Atividade Física Contextualizado Para Hipertensos.....	90
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	104

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	109
ANEXO B – DECLARAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIAMANTINA – MINAS GERAIS COMO COPARTICIPANTE DA PESQUISA.....	115
ANEXO C – DECLARAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE DIAMANTINA – MINAS GERAIS COMO COPARTICIPANTE DA PESQUISA.....	117
ANEXO D – CARTILHA.....	119

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como objeto de estudo a inserção do educador físico na Atenção Primária à Saúde, sua formação e importância desse profissional para a saúde pública. Nesse sentido, abordaremos diversas definições de educação física e um breve histórico no Brasil destacando suas características nos períodos colonial, imperial, republicano e contemporâneo. Essa construção histórica poderá viabilizar a construção do conhecimento do educador físico na área da saúde, onde iremos dialogar em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS), pautados na Atenção Primária à Saúde (APS). Apontaremos as características de formação do PEF, apresentando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em educação física. Também apresentaremos os diversos papéis do educador físico na saúde e sua importância, mostrando o quanto a atuação deste profissional contribui para a melhoria das condições de saúde de hipertensos assistidos em uma Estratégia de Saúde da Família.

Há tempos, temos observado como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm impactado negativamente a vida das pessoas. E entre os principais fatores de risco está o sedentarismo, sendo responsável pelo surgimento ou agravamento de diversos problemas de saúde. Com isso, o profissional de educação física vem desenvolvendo papel importante na área da saúde, contribuindo para diminuir um dos principais fatores de risco para estas doenças (FERREIRA; FERREIRA, 2017). Além de muitas demandas por atendimentos médicos e medicamentos necessários no tratamento das DCNT, estas têm sido responsáveis por sérias complicações na vida do indivíduo acometido. Isso porque tais doenças têm sido a principal causa de morbimortalidade no Brasil (MALTA *et al.*, 2017).

Portanto, sabendo que uma das principais causas para essas patologias é a inatividade física, temos entre as principais estratégias para prevenção e controle das mesmas, a prática de atividade física. Assim, tendo conhecimento de que o papel do educador físico pode ser fundamental nesse processo, se faz de grande relevância os estudos realizados nessa área, sendo que a inserção do PEF na atenção primária poderá corresponder a um passo importante para amenizar os impactos das DCNT para a saúde pública.

Ao pesquisar sobre DCNT e Atividade Física (AF), estudos de 2015, evidenciam que as transições epidemiológicas e demográficas no Brasil e no mundo, tem traçado um novo perfil de doenças responsáveis pela maior parte dos óbitos contabilizados. Especificamente no Brasil, os números mostraram que 72 % das mortes de causas conhecidas são acarretadas pelas DCNT. Diante dessa realidade, se faz cada vez mais necessário repensar os hábitos de vida, almejando práticas saudáveis que contribuam para a manutenção da saúde. Entre esses hábitos

saudáveis se destaca uma vida ativa, uma vez que a eficácia da atividade física para as pessoas representa longevidade e qualidade de vida (MÁSSIMO; DE SOUZA; FREITAS, 2015).

Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado uma dose diária de atividade física para toda população mundial, após muitos estudos comprovarem os diversos benefícios da atividade física para a população em geral, atuando como um meio de tratamento não farmacológico. As organizações de saúde vêm cada vez mais trabalhando para evidenciar a importância desse tema, buscando implementar políticas públicas de saúde que incentivem uma vida ativa (DANESE, 2014).

Então, destaca-se o papel do educador físico como um profissional preparado, legitimado, para atuar diretamente com a prática de atividade física. A função desse profissional na orientação e incentivo a mudança dos hábitos de vida, favorece diretamente a diminuição de um dos principais fatores de risco para as DCNT, “a inatividade física” (DANESE, 2014). Como profissional da saúde, temos importante papel em compreender a realidade social e a partir dessa compreensão, realizar ações que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde da sociedade. Atualmente, temos visto que o “sedentarismo” tem sido um dos responsáveis pelo aumento de diversos tipos de doenças, o que tem acarretado em diversas articulações dos órgãos de saúde no intuito de amenizar tal situação.

De tal modo, tem sido necessário o estudo de estratégias que possam efetivar a inserção do educador físico na atenção primária, compreendendo as possibilidades e desafios nesse processo. Com isso, se faz importante a realização de estudos sobre essa temática, de modo a entender como a sociedade, os órgãos de saúde, e o governo, tem se relacionado para apoiar essa ação que visa incentivar a prática de atividade física, que é uma das principais ações a serem empreendidas para tantos problemas de saúde. Dessa maneira, entender como tem se dado a relação profissional do PEF na saúde é de grande necessidade, pois assim, será possível identificar possíveis falhas ou deficiências nesse processo, visando a criação de estratégias que possam tornar cada vez mais sólida a atuação do educador físico nos serviços de saúde, possibilitando assim, que os serviços desse profissional possam ser aproveitados ao máximo, trazendo todos os benefícios almejados para a sociedade.

O profissional de educação física tem sido notado como grande aliado as equipes multiprofissionais na atenção primária, uma vez que seu papel na educação em saúde contribui para as mudanças de hábitos de vida de muitas pessoas. Essas mudanças acarretam na diminuição do número de pacientes que chegam aos serviços de alta complexidade, uma vez que grande parte passa a evitar os fatores de risco por meio das mudanças de atitudes, e busca pelo autocuidado. Efetivamente, a inserção do profissional de educação física impacta

positivamente nos serviços de saúde e na vida das pessoas, visto que o seu papel se torna um meio fundamental para a manutenção da saúde (BONFIM, 2012; FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Observa-se que a inserção do profissional de educação física como ator na área da saúde vem se consolidando há alguns anos, e tem ganhado força por diversos fatores atualmente. Pode-se elencar como fatores, os benefícios conhecidos pela prática de atividade física, tanto como meio preventivo, paliativo ou de redução de danos para diversas doenças. Porém, ainda sabemos que existem muitos desafios na atuação do profissional de educação física na saúde, entre eles está a deficiência em sua formação, onde há pouca oferta na graduação de disciplinas condizentes com a prática no âmbito da saúde (BONFIM, 2012; COSTA, 2019). Entretanto, mesmo conhecendo tantos benefícios já estabelecidos pela prática de atividade física, temos observado que grande parte da população não tem realizado o tempo de atividade física recomendado pela OMS, tendo grande parte da população que não realiza nenhum tipo de atividade física (BONFIM, 2012; COSTA, 2019).

Logo, sabendo das diversas possibilidades consolidadas da atividade física na vida das pessoas, minha formação profissional em educação física, no ano de 2019, pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri em Diamantina - MG, reconheço que existem muitos desafios para nossa profissão se aperfeiçoar de fato as demandas dos serviços de saúde. Segundo, porque reconheço também que podemos oferecer um serviço de maior qualidade para as pessoas, uma vez que cada profissional pode se capacitar um pouco mais para ofertar uma prática assistencial mais eficiente, pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde. Entendo ainda, que muitos assistidos não realizam práticas de atividades físicas capazes de contribuir para a melhoria de suas condições de saúde por não conhecer as contribuições que o Educador Físico possa oferecer ou pela ausência de orientações para que realizem tais atividades de forma contextualizada, isto é, adaptada ao ambiente em que vivem.

Ainda, na minha trajetória acadêmica como graduando do Bacharelado em Educação Física, participei como bolsista de iniciação científica no projeto de pesquisa intitulado “Práticas inadequadas utilizadas na administração de medicamentos anti-hipertensivos e potenciais riscos à eficácia e segurança da terapêutica medicamentos”, no período de agosto de 2018 a julho de 2019. Posteriormente, já graduado em Educação Física fui Bolsista Bat II (Bolsa de Apoio Técnico), no projeto de pesquisa intitulado “Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento” no período de agosto de 2019 a junho de 2020. A relevância de ambas pesquisas me instigou um novo olhar para APS e o PEF, me estimulando a ampliar a investigação tendo a segunda pesquisa citada como fonte para a investigação no mestrado,

ressalto ainda, que a pesquisa realizada pode ser utilizada igualmente para novos estudos da temática.

Tendo conhecimento dos diversos benefícios da atividade física na vida das pessoas, é de suma importância compreender o nível de conhecimento das pessoas e se estão fazendo uso dessas informações para melhorarem suas condições de saúde. Para isso, é preciso saber como os profissionais de educação física estão sendo consolidados na área da saúde, e como essa inserção contribui para os serviços de saúde e melhoria da qualidade de vida social. Nesse intuito, o presente estudo se faz necessário, uma vez que poderá colaborar na descoberta de limitações da prática profissional do educador físico na atenção primária, servindo como indicadores que possam ser repensados para melhor atender as demandas da sociedade, garantindo maior qualidade de vida aos usuários destes serviços, além de auxiliar no controle da hipertensão arterial.

2 PROBLEMA

A realização desse estudo foi motivada pela percepção da oferta limitada de disciplinas voltadas à prática profissional na saúde, durante a graduação em educação física. Dessa maneira, conhecendo o importante papel que o PEF pode desempenhar nesse meio, faz-se necessário compreender como está ocorrendo essa atuação, e como este profissional tem sido afetado pelas dificuldades no seu cotidiano de atuação no campo da saúde. Há uma grande relevância em se entender a inserção do educador físico na atenção primária, visto que a importância da atividade física para a população em geral é cada vez mais evidenciada, e uma boa relação desse profissional nesse espaço pode culminar em maiores benefícios à população que usufrui desses serviços.

Portanto, afim de entender os diversos benefícios comprovados pela prática de atividade física, esse estudo tem por finalidade compreender como tem se dado a inserção do profissional de educação física na atenção primária, uma vez que este profissional é formado para orientar a prática de atividade física. Também, buscamos observar como a atuação desse profissional tem contribuído para a melhoria da qualidade de indivíduos hipertensos, que são assistidos pelas Estratégias de Saúde da Família (ESFs).

Neste contexto, a questão central deste estudo pode ser descrita nos seguintes termos: *de que forma tem sido o processo de inserção do Educador Físico na Atenção Primária à Saúde e qual sua importância na melhoria das condições de saúde de hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família de Diamantina, Minas Gerais?*

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Este estudo tem por objetivo conduzir uma reflexão sobre o processo de inserção do Educador Físico na Atenção Primária à Saúde e descrever as condições de saúde de hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família de Diamantina, Minas Gerais.

3.2 Específicos

1. Descrever a construção histórica da educação física no Brasil apontando as principais ocorrências que culminaram na identidade do profissional da educação física como fator de importância no campo da saúde.

2. Analisar de que forma tem ocorrido a inserção e atuação do Educador Físico na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

3. Estabelecer relações entre condição física, prática de atividade física, classificação da pressão arterial e outros fatores de saúde de pacientes com hipertensão arterial assistidos pela Estratégia de Saúde da Família de Diamantina - MG.

4. Descrever a realidade de vida e saúde de uma subamostra dos sujeitos participantes da pesquisa.

5. Relatar de que forma o Educador Físico está inserido na ESF de Diamantina - MG, na atualidade.

6. Apresentar e descrever um rol de atividades físicas aplicáveis, capazes de auxiliar para a melhoria das condições de saúde desses hipertensos.

7. Propor um programa de atividade física contextualizado para hipertensos assistidos pelas Estratégias de saúde da Família de Diamantina - MG, sob a forma de Cartilha e vídeos de orientação.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O Papel do Educador Físico na Atenção Primária

Nesta seção abordaremos o papel do educador físico na atenção primária, realizando um levantamento histórico sobre a consolidação da educação física em território brasileiro, assim como a construção de uma categoria profissional de EF, e os surgimentos dos primeiros cursos de graduação no país. Também faremos um relato do papel do educador físico em diferentes espaços de atuação, além de apresentarmos as características das Diretrizes Curriculares Nacionais do ano de 2004 dos cursos de graduação em EF. Para finalizar esse primeiro momento teórico, apresentaremos algumas pontuações sobre a inclusão do educador físico na atenção primária e a relevância do seu papel nesse contexto.

4.1.1 Definição de Educação Física

O termo “educação física” é complexo, uma vez que existem várias formas de entendimento do que seja essa atividade. Sua evolução decorre da dinâmica ao longo do tempo em conformidade com práticas culturais diversas, tornando-a compreendida a partir de múltiplas perspectivas, seja ela social, cultural ou histórica (SAMPAIO; NASCIMENTO, 2018).

Três são as formas pelas quais a educação física é abordada. Alguns autores a consideram em função do seu aspecto educacional, sendo tomada como uma disciplina curricular. Outros, veem nela um campo teórico e prático diversificado, com forte envolvimento na área da saúde. Finalmente, há aqueles que veem nela um mero campo de atuação profissional, em um nível eminentemente técnico (LIMA *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2020; SOUZA NETO *et al.*, 2004).

A compreensão da educação física por uma perspectiva educacional, está relacionada à Lei de Diretrizes e da Educação Nacional criada no ano de 1996, que tornou a EF uma disciplina obrigatória na educação básica. Essa disciplina ganhou espaço no ambiente escolar, possibilitando um trabalho de conscientização dos alunos, tratando da importância de buscarem um estilo de vida saudável (LIMA *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2016).

Entretanto, seguindo o pressuposto de que o campo da EF é uma área diversificada, requer observar sua relação as práticas corporais, ao esporte, ao campo da saúde, ao campo social, cultural, político, econômico, o que justifica suas diversas possibilidades de

entendimento (PEREIRA *et al.*, 2020; SAMPAIO; NASCIMENTO, 2018). No entanto, ao reconhecer a EF como uma profissão, estamos considerando uma atuação de abordagem prática. Essa atuação é vinculada a um trabalho técnico, por meio de exercícios físicos, atividades de lazer, competições, além de outros trabalhos exercidos no contexto escolar (MANSKE; OLIVEIRA, 2017; SOUZA NETO *et al.*, 2004).

Apesar dessa divisão quase didática relativa aos âmbitos de atuação em EF, seria adequado conceituá-la de forma abrangente, contemplando os três entendimentos assinalados. Vale observar que as diversas definições referentes a EF tendem a abordá-la de forma parcial, não atentando para suas múltiplas dimensões (RUFINO; BENITES; NETO, 2020; SOUSA *et al.*, 2016). Nesse sentido, existem diversas questões que podem ser levadas em consideração para a compreensão da educação física no meio em que está inserido. Muitos caminhos podem ser tomados para essa compreensão, mas em todos eles, a construção da EF sempre se fez no mesmo ritmo da construção social (RUFINO; BENITES; NETO, 2020).

De modo geral, o que se nota é uma educação física baseada em um ambiente vasto de compreensões, podendo ser conhecida a partir de diferentes ângulos. Mas pensando pela perspectiva científica e histórica, temos uma EF rica no conhecimento da cultura corporal, contextualizada no processo histórico do homem em movimento, originada nas manifestações sociais dos seres humanos (SILVA; LIRA; MASCARENHAS, 2017).

Temos ciência de que não é possível estabelecer um conceito para “Educação Física” de forma consensual e que seja aprovada por todos aqueles que atuam nesse campo como, “a definição”. Esse fato não decorre da ausência de conhecimento sobre esse tema, mas do excesso de relações que esse campo de atuação possibilita no meio social. Contudo, no intuito de orientarmos nosso trabalho, definimos aqui Educação Física como uma disciplina da área de conhecimento das ciências da saúde, produzida historicamente por meio da relação humana e suas práticas corporais, a partir do aperfeiçoamento do movimento corporal fundamentado em um universo teórico e prático, contribuindo para o campo técnico de práticas voltadas a saúde, a educação e a construção social (LIMA *et al.*, 2016; RUFINO; BENITES; NETO, 2020; SOUSA *et al.*, 2016).

4.1.2 Um breve histórico da Educação Física no Brasil

Nesse capítulo abordaremos um breve histórico da EF limitada ao contexto do Brasil. Existem diversos autores que contribuem para esse entendimento, podendo ser visto desde os primeiros contatos da educação física em território brasileiro, até as evoluções que

consequentemente contribuíram para a formação do que se tem atualmente desse campo teórico (JUNIOR, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020; SOUZA NETO *et al.*, 2004).

A construção atual da “educação física” perpassa diversas transições que ocorreram no âmbito social, político e econômico no passado. Tais ocorrências impulsionaram a formação de uma historicidade desse campo (JUNIOR, 2017). Para facilitar a compreensão dessa historicidade no Brasil, a EF foi dividida em 4 períodos distintos: período colonial, imperial, republicano e contemporâneo, justificando uma educação física embasada na realidade de cada época (JUNIOR, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020).

O período colonial datado por volta dos anos 1500 - 1822, destaca-se pela disseminação inicial das práticas corporais que tinham fins de sobrevivência, que mais tarde viria a se tornar uma EF teórica, planejada e formada de objetivos. Para alguns autores, o conhecimento sobre o movimento corporal no Brasil, é algo que advém de tempos remotos, característico da caça, pesca, luta e atividades afins que se realizavam no cotidiano (PEREIRA *et al.*, 2020; SOUZA NETO *et al.*, 2004).

Os relatos das primeiras manifestações ligadas à educação física no Brasil no período colonial, também são descritos pelas danças indígenas que aconteciam ao som de instrumentos tocados por portugueses, que haviam chegado no país (PEREIRA *et al.*, 2020). Já o período imperial 1822 - 1889, se destacou por apresentar uma educação física doutrinada, baseada em ideais que faziam da mesma uma ferramenta de controle social. Justificada pelas correntes higienistas, era baseada nas práticas que visavam a melhoria da saúde, os interesses nacionalistas e militares, que impulsionaram a criação dos primeiros tratados da EF no Brasil (PEREIRA *et al.*, 2020).

Nesse período, a constante chegada de estrangeiros no Brasil contribuiu para ganhar força o movimento da EF que se constituía naquele momento. Tanto que o período entre 1824 e 1931 foi marcado pelo papel dos colonos alemães, que eram recém-chegados no Rio Grande do Sul, e colaboraram para o desenvolvimento de exercícios físicos que tinha cunho voltado para preparação física, à defesa pessoal, aos jogos e esportes dentro do âmbito militar, pautado nos ideais da época (JUNIOR, 2017; SOUZA NETO *et al.*, 2004).

Já o período republicano até 1930 foi fortemente marcado pelas reformas educacionais, com a criação das escolas de educação física e inclusão da ginástica no ambiente escolar. Com isso, o movimento em busca de uma EF planejada passou a ganhar força no meio militar, pois, havia grandes intenções do aumento da formação militar e a educação física era vista como uma aliada nesse processo (PEREIRA *et al.*, 2020). No período seguinte, por volta de 1930 – 1946 a criação do Ministério da Saúde e Educação foi um acontecimento essencial

para impulsionar ainda mais a implementação da educação física no meio social. Com isso, esse campo passou a ser utilizado para fins políticos, aliado aos ideais higienistas e aos pressupostos militares e médicos da época (JUNIOR, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020).

No período denominado Contemporâneo entre 1946 a 1980, onde se deu o fim da 2ª Guerra Mundial e início da ditadura militar no Brasil, houve um aumento expressivo das demandas educacionais. Assim, o governo passou a utilizar das escolas públicas e privadas como espaço do regime militar, o que acarretou em maior reconhecimento da educação física naquele período (JUNIOR, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020). Assim, como a EF teve grande destaque naquele período, denominado contemporâneo, alguns autores consideram que a educação física que temos consolidada atualmente é advinda do ano de 1980. Pois, foi o momento em que houve uma formação de identidade desse campo, resultante de mudanças políticas e educacionais que refletem ainda nos dias atuais (PEREIRA *et al.*, 2020).

Outro período marcante para a EF foi a década de 1990, momento em que a sociedade brasileira passou a depositar maior credibilidade nesse campo. Houve então, um maior contraste social da EF nesse instante, visto que compreenderam o movimento corporal como um meio a ser utilizado para fins formativos e educativos no meio escolar (JUNIOR, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020). Corroborando com todas as ideias já trazidas até aqui, notamos que as transformações históricas acarretaram em identidades específicas da EF em cada período. É possível notar que a educação física é social, pois sua evolução se faz diante as evoluções sociais, sendo um determinado pelo outro (JUNIOR, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020; SOUZA NETO *et al.*, 2004). Portanto, o que temos sobre o campo da educação física não é algo concreto, pois é passível de mudanças decorridas de ocorrências sociais. Contudo, a educação física é manipulada pelos anseios sociais que são responsáveis pela formação de uma identidade desse campo (JUNIOR, 2017; PEREIRA *et al.*, 2020; SOUZA NETO *et al.*, 2004).

4.1.3 História da profissão no Brasil

A história da educação física revela que este campo foi ocupando espaço de destaque social. Isso contribuiu para elevar a perspectiva da criação de um curso sistematizado de EF, uma vez que suas contribuições eram visíveis em diversos âmbitos (PEREIRA *et al.*, 2020; SOUZA NETO *et al.*, 2004). Dessa maneira, notando sua importância, no período de 1824 a 1931 surgiram os primeiros movimentos para a criação de forma sistematizada, de um curso de educação física no Brasil. Estes primeiros movimentos se deram por meio de uma ação conjunta entre mestres de armas, instrutores e treinadores que desenvolviam um trabalho na

área. Alguns autores afirmam que o primeiro projeto de inserção da EF no Brasil se deu por meio de uma ação integral entre colonos, imigrantes e militares, que estruturaram algumas atividades para serem praticadas com o intuito de lazer, disciplina e aperfeiçoamento do trabalho corporal (SOUZA NETO *et al.*, 2004).

Porém, somente em 1931 ocorreu a criação do primeiro programa civil de um curso de educação física na Escola de Educação Física do Estado de São Paulo, que só veio a funcionar em 1934. Essa demora se deu, pois, a inclusão da EF no Ensino Superior aconteceu somente em 1933, com a criação da Escola de Educação Física do Exército no Rio de Janeiro (RUFINO; BENITES; NETO, 2020; SOUZA NETO *et al.*, 2004). Após a sua inclusão no ensino superior, em 1939 foi planejado o primeiro currículo civil da EF, onde a formação dos professores era realizada em um período de dois anos. Ainda nesse período, o curso de EF tinha suas características voltadas para uma formação mais técnica, embasada em uma aprendizagem incidente na prática e na repetição, em uma ideia tecnicista (RUFINO; BENITES; NETO, 2020).

Ao decorrer dos anos, essas características tecnicistas foram se alterando, tanto que em 1969 o currículo formativo da EF foi reformulado, ganhando o status de nível superior por meio da resolução CFE de nº 69/69. Essa resolução aumentou a carga horária para o mínimo de três anos e 1800 horas, contemplando uma formação em licenciatura plena, inserindo disciplinas de pedagogia escolar, como também o estágio supervisionado (RUFINO; BENITES; NETO, 2020; SILVA; SOUZA, 2010).

As mudanças curriculares continuaram e em 1971 houve a inclusão de conteúdos voltados para a formação histórica, social e pedagógica. Porém, ainda havendo necessidade de mudanças, em 1980 a Educação Física se dividiu em dois formatos de oferta: A licenciatura, baseada na formação do professor que atua na escola, e o Bacharelado, com uma dimensão mais ampla em espaços de atuação (RUFINO; BENITES; NETO, 2020).

Contudo, esse novo molde do curso de EF acarretou na caracterização de dois modelos de formação. O primeiro chamado tradicional desportivo, que permaneceu até 1987, e possuía como seus princípios as práticas esportivas. Já o segundo modelo de formação era de um caráter mais técnico, baseado em um corpo de conhecimento mais amplo (RUFINO; BENITES; NETO, 2020). Tais divisões, serviram como delimitação da atuação dos profissionais de educação física, que passaram a ter sua atuação limitada de acordo com a formação. O licenciado em EF limitou-se ao trabalho desenvolvido no ambiente escolar, e o bacharel passou a atuar em outros espaços não escolares, como centros esportivos, academias,

no lazer, entre outros campos (FALCI; BELISÁRIO, 2013; PEREIRA *et al.*, 2020; RUFINO; BENITES; NETO, 2020).

Com todas estas transformações, a profissão da EF passou a ser cada vez mais reconhecida, tendo em 1990 grande destaque no Brasil. Em função deste reconhecimento, no ano de 1998 foi criado o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), através da Lei n.º 9.696/98. Este Conselho possui como objetivo normatizar, orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício das atividades próprias dos Profissionais de Educação Física e das pessoas jurídicas (PEREIRA *et al.*, 2020). Após a criação do CONFEF, houve a ampliação da carga horária de estágios curriculares supervisionados do curso de educação física, além da inserção da prática como componente curricular. Além disso, houve a inserção de novos elementos na formação, o que contribuiu para formar um profissional com múltiplas competências, aumentando o escopo cultural (FALCI; BELISÁRIO, 2013; RUFINO; BENITES; NETO, 2020).

Com a criação do CONFEF houve maior rigor fiscal no quesito “atribuições do profissional de EF”. Pois o conselho delimitou a atuação do profissional licenciado para atuar diretamente nas escolas, e o profissional bacharelado podendo atuar em outros campos fora do ambiente escolar. Essa delimitação colaborou para a construção de uma identidade epistemológica da Educação Física, como também fortaleceu a pós-graduação, pois deu uma identidade acadêmica para a área (RUFINO; BENITES; NETO, 2020). Para que o profissional de EF possa desenvolver suas atribuições sem nenhum impedimento, o CONFEF exige que o mesmo esteja registrado e regulamentado no (CREF) Conselho Regional de Educação Física responsável pela região onde reside (PEREIRA *et al.*, 2020).

Assim, por meio do Conselho Federal de Educação Física, a profissão tem sua própria regulamentação, que serve como orientação para a prática profissional. Com isso é notório que a profissão da EF deu um passe muito grande, uma vez que a mesma tem uma organização, que rege a prática profissional.

4.1.4 Papel do Profissional de Educação Física (PEF)

Diversas são as atribuições cabíveis ao profissional de educação física, podendo o mesmo ter papéis diferentes dependendo do ambiente de atuação. Independente do espaço de atuação, o educador físico sempre utiliza da atividade física como ferramenta de mediação. O mesmo tem importante papel em auxiliar as pessoas a buscarem qualidade de vida por meio de hábitos de vida saudáveis, através da orientação prática de atividades físicas diversas (LIMA *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2020).

No ambiente escolar, o professor de educação física ministra aulas também por meio de exercícios pautados em práticas esportivas. Em se tratando de atividades prioritariamente em grupos, estas objetivam um trabalho educacional incentivando o trabalho em equipe, a união, a socialização, além de trabalhar a coordenação motora, equilíbrio e outras capacidades físicas que são consequências da prática esportiva. Essas aulas também são consideradas como um momento de lazer para os alunos (LIMA *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2020).

Fora do ambiente escolar, o bacharel em educação física apresenta outros leques de atuação. Seu papel nesses outros ambientes continua pautado nas orientações à prática de atividade física, igualmente vinculado aos fins de saúde. Com isso o educador físico tem ganhado grande espaço nas equipes multiprofissionais de saúde, atuando na atenção primária com planejamentos de ações de promoção, prevenção, e reabilitação a saúde, além de trabalhar o aspecto de tratamento das doenças, chegando a uma prática de cuidado integral a saúde (LIMA *et al.*, 2016; RUFINO; BENITES; NETO, 2020).

Por se tratar de uma prática de cuidado integral a saúde, o profissional de educação física também aborda temas diversificados em seu ofício. É uma maneira de transmitir conhecimento sobre as diversidades culturais locais, ou mesmo nacionais. Assim, o profissional consegue fugir um pouco daquele trabalho tradicional pautado no aprisionamento técnico-pedagógico (BONFIM, 2012). Considerar as manifestações culturais é de grande importância na prática profissional, uma vez que se deve valorizar os aspectos culturais de cada região. Assim, o profissional de EF deverá se preparar para trabalhar essas questões desenvolvendo ações tanto individuais quanto coletivas, por meio de práticas integrativas. Através de tais práticas o profissional trabalha questões voltadas a prevenção, incentivando o autocuidado (BONFIM, 2012).

De modo geral, o papel do educador físico está vinculado às orientações da realização do movimento corporal, conseguindo fazer com que este seja grande aliado na obtenção de uma longevidade com qualidade de vida. Além disso, o educador físico tem um importante papel social, trabalhando temas diversificados que abordam as diversidades sociais, culturais e incentiva uma reflexão constante nas práticas profissionais.

4.1.5 Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física (DCNS)

O curso de educação física, assim como outros cursos, possui suas diretrizes curriculares, que visam instruir a formação profissional do seu campo. As diretrizes são grandes norteadoras para a formação do profissional, fornecendo subsídios para a construção de um indivíduo capaz de entender a realidade social e a partir disso promover uma intervenção eficiente por meio das expressões do movimento corporal (BONFIM, 2012; FALCI; BELISÁRIO, 2013). Independentemente do campo de atuação profissional, as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física são pautadas na formação de um profissional com papel integral à saúde. Dessa maneira temos que o profissional de educação física deve ter formação para atuar em uma perspectiva preventiva, voltada à promoção e reabilitação da saúde (MANSKE; OLIVEIRA, 2017).

A explicação para tais diretrizes apresentarem essas características direcionadas aos aspectos preventivos, se deve ao fato de terem sido elaboradas, no ano de 2004, em consonância com o Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o que se espera é a formação de um profissional com habilidades para atuação na saúde, sendo capaz de conhecer o SUS e atuar de forma eficiente corroborando com seus princípios (MANSKE; OLIVEIRA, 2017).

Efetivamente, o Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde, homologou em 2004 as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Educação Física. Estas apoiam ações na graduação e pós-graduação, geradoras de uma identidade profissional do educador físico com forte empenho de atuação voltada às necessidades dos serviços de saúde desenvolvidos pelo SUS (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Com o Ministério da Saúde envolvido nesse processo de formulação das diretrizes dos cursos de educação física, as universidades ficam com o dever de formar profissionais com competências capazes de suprir as expectativas da sociedade. Para isso é necessário que as universidades busquem produzir novos conhecimentos, ouvir os anseios da sociedade, compreender suas características e, a partir disso, oferecer uma formação eficiente (NAHAS; GARCIA, 2010).

4.1.6 Inclusão do PEF na Atenção à Saúde

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, foi um marco histórico para o fortalecimento de diversas profissões. Apresentando um modelo organizacional dos serviços de saúde, o SUS promove ações em todos âmbitos de saúde, o que necessita da articulação de diversas profissões (COSTA, 2019; MANSKE; OLIVEIRA, 2017).

Porém, a inserção do profissional de educação física na área da saúde, ainda é um acontecimento considerado recente no Brasil. No ano de 1997, com a publicação da resolução CNS 218 de 6 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde, a educação física passou a ser profissão integrante à área da saúde. Isto porque havia naquele momento uma visível mudança no perfil de morbimortalidade no país, justificado pelo aumento da incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que possuía entre seus principais fatores de risco, “a inatividade física” (FALCI; BELISÁRIO, 2013; MANSKE; OLIVEIRA, 2017).

Com isso, o PEF passou a ter destaque no âmbito da saúde, visto que desde o ano de 2000, sua presença nos serviços de saúde vem se consolidando. Contribuindo para elevar a notoriedade da educação física no campo da saúde, em 2002, a OMS alertou para a necessidade da criação de políticas públicas de saúde a partir de temáticas voltadas para a importância da prática de atividade física. Assim, o PEF passou a ganhar ainda mais espaço, uma vez que a prática de atividade física é tão importante quanto uma boa orientação profissional (BONFIM, 2012).

Dando continuidade nesse movimento de integração do PEF aos serviços de saúde, no ano de 2006 o Governo Federal implementou a (PNPS) Política Nacional de Promoção à Saúde. Esta ação contribuiu para criar ações de incentivo à prática de atividade física, buscando diminuir as taxas de sedentarismo no país (FERREIRA; FERREIRA, 2017). No ano de 2007, professores da Universidade Estadual de Londrina criaram a Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (SBAFS), que tem como finalidade principal organizar as ações dos pesquisadores, profissionais e estudantes dos cursos universitários de graduação que desenvolvem suas ações no âmbito da atividade física e saúde, independente de sua área de graduação, no território nacional. Dentre suas metas está a promoção e realização do Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde e apoiar encontros científicos regionais para a divulgação de conhecimentos na área. Além de manter vinculação com entidades congêneres e afins, tanto no país quanto no exterior, representa, quando solicitado, a área de atividade física e saúde no Brasil (NAHAS; GARCIA, 2010).

Porém, a atuação do PEF na atenção primária só veio a acontecer de fato no ano de 2008, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. A partir deste fato a EF passou a ser classificada entre as cinco profissões com maior participação nas atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), integrando metade das equipes cadastradas no programa. Tanto que entre os anos de 2013 e 2017 notou-se um aumento de 141 % na participação do PEF nos serviços de saúde (COSTA, 2019; FALCI; BELISÁRIO, 2013; MANSKE; OLIVEIRA, 2017).

Nessa perspectiva, o educador físico teve maior credibilidade para atuar na saúde, pois seu papel é considerado primordial na orientação e incentivo à prática de atividade física, colaborando para a prevenção de diversas doenças. Além disso, a inserção do profissional de educação física tem sido vista como contribuição para a realização de um trabalho interdisciplinar, acarretando em uma redução expressiva das demandas dos serviços de alta complexidade, que muitas vezes sobrecarregam o Sistema Único de Saúde (BONFIM, 2012; FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Assim, é notório que a inserção do educador físico nos serviços de saúde tem sido construída a alguns anos por meio de diversas ações. Contudo, podemos compreender que ainda existem muitos desafios pela frente, pois é uma experiência considerada recente, e que ainda precisa de vários diálogos com diversos setores para que possa desempenhar um papel ainda mais efetivo no campo da saúde. Para isso, é necessário repensar desde a formação profissional, buscando diretrizes curriculares alinhadas com uma profissionalização condizente com as demandas dos serviços do SUS (BONFIM, 2012; FALCI; BELISÁRIO, 2013; MANSKE; OLIVEIRA, 2017).

4.1.7 Justificativa da inclusão do PEF na Atenção Primária à Saúde

A atuação do educador físico na saúde, se deve principalmente às altas taxas de indivíduos acometidos por (DCNT) Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Esta ocorrência tem provocado grande preocupação das autoridades mundiais de saúde. Assim, a inclusão do PEF na equipe multiprofissional do NASF no Brasil, se deu diante a grande importância da atividade física na vida das pessoas, colaborando para a diminuição do sedentarismo (FALCI; BELISÁRIO, 2013; MANSKE; OLIVEIRA, 2017).

Dessa maneira, a ausência de um PEF nas (ESF) Estratégias de Saúde da Família se torna uma grande perda para a população, pois a falta de um profissional orientando e ofertando atividade física, gera grandes dificuldades de enfrentamento às DCNT. Visto que

estas possuem como um dos principais fatores de risco a "inatividade física" (FERREIRA; FERREIRA, 2017).

Além disso, a prática de atividade física tem se mostrado bastante eficiente para grupos especiais, principalmente para a terceira idade. A atividade física tem contribuído para a manutenção da saúde, melhoria da qualidade de vida, diminuição da ansiedade e condições depressivas, melhoria da capacidade funcional facilitando a vida dos idosos, diminuindo a dependência dos mesmos nas atividades de vida diária (MONTE *et al.*, 2015).

Outra importante contribuição da participação do PEF na atenção primária está relacionada aos serviços de saúde. Pois o seu papel em incentivar as pessoas a buscarem um estilo de vida mais saudável tem acarretado na diminuição de outras demandas no serviço. Nessa perspectiva, o educador físico também realiza um trabalho essencial de Educação Popular em Saúde, que funciona como uma ferramenta de orientação às pessoas sobre a importância de certos hábitos para a manutenção da saúde, incentivando assim o autocuidado (FALCI; BELISÁRIO, 2013; MONTE *et al.*, 2015).

Portanto, diante a tantos benefícios comprovados pela prática de atividade física, faz-se justo que a educação física ocupe seu espaço no âmbito da saúde. Assim, o profissional de educação física tem grande responsabilidade em contribuir na melhoria da qualidade de vida das pessoas por meio da orientação à prática de atividade física, como também desempenha um papel fundamental na prevenção e promoção da saúde (BONFIM, 2012; FALCI; BELISÁRIO, 2013; FERREIRA; FERREIRA, 2017; MONTE *et al.*, 2015).

4.2 Cenário e História da Política Pública de Saúde baseada no Sistema Único de Saúde

Nesta segunda seção, iremos contextualizar os principais movimentos ocorridos desde a década de 1970 que culminaram na formação de um sistema público de saúde no Brasil. Nessa perspectiva abordaremos o Sistema Único de Saúde como foco central dessa seção, trazendo as diversas políticas públicas criadas pelo Governo Federal ao longo dos anos em busca de um sistema de saúde que seja condizente às diretrizes, baseadas na Constituição Federal de 1988, e pautados no importante papel que a Atenção Primária À Saúde (APS) representa nesse contexto. Além disso, iremos abordar superficialmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e seus principais impactos gerados à saúde pública, tendo a Hipertensão Arterial como foco central, levantando as características principais dessa doença, direcionados pela mais recente Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, reformulada no ano de 2020.

4.2.1 A Construção de uma Política Pública de Saúde no Brasil

As políticas públicas são importantes ferramentas utilizadas com o objetivo de melhorar uma determinada realidade, buscando amenizar certas demandas. Existem diversos tipos de políticas públicas, podendo ser direcionadas para a educação, agricultura, economia, saúde, entre outros, a depender de cada objetivo. Quando falamos em políticas públicas de saúde, nos referimos a um contexto amplo que remete a ações estratégicas, pautadas em planejamento e gestão em saúde (BOUSQUAT *et al.*, 2017; VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a 8ª Conferência Nacional de Saúde promovida entre os dias 17 e 21 de março do ano de 1986 em Brasília, foi um acontecimento marcante em prol da saúde coletiva, que ainda nos dias atuais, reflete positivamente na vida dos brasileiros. A ocorrência desta Conferência contou com diversas fases para sua consolidação, tendo participado no dia do evento quase cinco (5) mil pessoas, em um movimento que anteriormente iniciado nos municípios, teria envolvido mais de cinquenta (50) mil pessoas. Tal Conferência foi pautada na defesa por uma Política Nacional de Saúde, resultante na formulação de um Sistema Nacional de Saúde democrático e unificado, que foi implementado posteriormente como um direito social do povo brasileiro, através da Constituição Federal de 1988 (SOPHIA, 2012).

No Brasil, a implementação da Constituição Federal de 1988 foi um marco histórico decisivo para construção da mais importante política pública de saúde criada no país, o Sistema Único de Saúde (SUS). A sua criação caracteriza a normatização de um sistema de saúde universal, que desde seu surgimento vem fazendo diferença na vida de milhares de brasileiros (GIOVANELLA *et al.*, 2019; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017). O SUS foi criado em uma perspectiva de seguridade social, universalista, pautado em campos da Previdência, Saúde e Assistência Social, sendo financiado por impostos e contribuições sociais. O seu surgimento simboliza a vitória de lutas sociais travadas em busca da redemocratização do país, representando um Sistema de Saúde público universal, responsável por grandes avanços ocorridos nas décadas seguintes à sua criação ((MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

A universalidade do SUS foi um ponto essencial para favorecer estes avanços, uma vez que houve maior possibilidade de participação social nos serviços de saúde, que sofreram mudanças no modelo de atenção. Tais mudanças foram necessárias para facilitar maior acesso da população aos serviços de saúde, uma vez que a Constituição Federal de 1988 determina que a Saúde é direito de todos e dever do estado (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Porém, para a criação de um sistema de saúde com aspectos de abrangência social, foi necessário antes disso, na década de 1970 a ocorrência de um movimento mundial em busca da diminuição das disparidades entre os países centrais, e os países até então conhecidos como países do terceiro mundo. Neste contexto, os países se deram conta de que o primeiro passo para diminuição de tais disparidades, seria ampliar os serviços de saúde para toda população mundial, uma vez que a saúde de um país é primordial para o seu desenvolvimento (GIOVANELLA *et al.*, 2019). Dessa maneira, a OMS alertou todos os países que seria impossível dissociar o desenvolvimento econômico e social da saúde, visto que um exerce impactos sobre o outro. Nesse contexto, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde em 1978, que ficou conhecida popularmente como Conferência de Alma-Ata, levantou a necessidade de intervenção governamental, sendo necessário uma ação urgente de todos os governos e profissionais de saúde em busca da promoção de saúde para os povos do mundo inteiro (GIOVANELLA *et al.*, 2019; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Ainda, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde ocorreu após diversas conferências entre as Nações Unidas, que sempre levantavam a necessidade de criarem estratégias para diminuição das desigualdades entre os países. Houve então a busca entre os países pela criação de sistemas nacionais de saúde, exigindo inicialmente planejamento e organização de “regiões de saúde ou redes de saúde”, para que os sistemas pudessem ter funcionalidade (BOUSQUAT *et al.*, 2017; GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Nesse período, a Saúde Pública no Brasil passava por diversas transformações, onde se destacaram a Reforma Sanitarista no início da década de 1970 e a criação do Sistema Único de Saúde em 1988 instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 e regulamentado pela lei 8.080/1990, sendo um passo importante nessa caminhada que visava organização e oferta de serviços de saúde que pudessem favorecer melhores condições de vida à população e diminuição das disparidades sociais (MACINKO; MENDONÇA, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2013). A lei 8.080 foi um marco histórico para a saúde pública brasileira, sendo responsável por guiar as preconizações do Sistema Único de Saúde, possibilitou uma grande oferta de serviços de saúde que foram suficientes para incluir assistência à diversos brasileiros, que representavam quase metade da população antes excluída (SANTOS, 2013). Porém, embora o SUS tenha sido um facilitador de acesso dos brasileiros aos serviços de saúde, ainda é notório questionamentos sobre as qualidades dos atendimentos, visto que ainda existem muitos desafios para aprimoramento do SUS (MACINKO; MENDONÇA, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2013).

Diante a estes desafios impostos ao Sistema Único de Saúde, poucos anos após sua criação, houve a necessidade de parte do governo em repensar ações que pudessem concretizar os princípios que o SUS aborda. Para isso, visando melhorar a conexão dos serviços de saúde à população, no ano de 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), tendo por principal objetivo facilitar os serviços de saúde na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS) (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). O PSF inicialmente objetivava uma cobertura das classes mais vulneráveis, pois eram considerados uma parcela que necessitava de maior atenção em saúde. Para facilitar uma cobertura ampla a APS, o PSF se caracterizou por um programa composto de uma equipe de profissionais de saúde que buscam planejar e organizar o trabalho, pautados nas questões sanitárias, buscando mapear o território de intervenção (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Para aperfeiçoar e inserir o PSF nos municípios, no ano de 1996 foi criada a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), que possibilitou uma ação estratégica, visando restabelecer as características da Atenção Primária à Saúde. Nessa reformulação, houve alteração no Piso de Atenção Básica (PAB), o que aumentou a inserção do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nos municípios, pois passou a ser repassado aos mesmos, incentivos financeiros realizados de forma automática por transferência federal, por meio destes programas que passaram a ter orçamento próprio, possibilitando sua expansão (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

O PSF que no ano de 2006 foi renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF), é considerado uma das mais importantes ferramentas do SUS, pois influenciou os serviços para uma perspectiva direcionada a Atenção Primária à Saúde. Assim, a ESF tem sido essencial para o fortalecimento do SUS, pois as políticas direcionadas para o aprimoramento da APS são aquelas que mais colaboram para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Dessa maneira, se tratando da grande importância condicionada à ESF em fortalecimento da APS, no ano de 2006 foi criada pelo governo a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que surgiu para estabelecer diretrizes organizacionais, reforçando a importância do SUS, como também valorizando o papel da ESF na construção de uma atenção primária eficiente. A criação da PNAB levantou a necessidade da criação de redes de atenção, que poderia facilitar a comunicação entre os serviços de saúde, visando levantar informações norteadoras para melhoria da qualidade dos serviços de saúde em diferentes contextos (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Visando apoiar ainda mais a Atenção Primária à Saúde (APS), visto que a ESF apresentou diversas limitações em seu contexto, o governo federal criou através da portaria 154 em 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF se caracteriza em uma integração das equipes multiprofissionais que buscam realizar um trabalho efetivo na perspectiva do apoio matricial (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composto por profissionais da saúde das diversas áreas de conhecimento, sendo sua composição definida pela gestão municipal considerando a demanda territorial daquela unidade. O processo de trabalho adotado no NASF pode acontecer de forma diversificada, sendo considerado umas das técnicas de trabalho seguintes: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST). Dentre os profissionais que podem ser incluídos na (AP) através do NASF, estão os fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, entre outros. (SANTOS *et al.*, 2017).

Dessa forma, os trabalhos desenvolvidos nesse programa são pautados em ações direcionadas para auxiliar as equipes, objetivando aumentar a resolutividade e qualificação dos serviços na Atenção Primária (AP) (BROCARD *et al.*, 2018). Essa política pública buscou incentivar o trabalho da equipe multiprofissional na atenção primária, fortalecendo as redes de atenção à saúde do SUS por meio de ações de promoção e prevenção a saúde (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

As redes de saúde são mecanismos criados com o intuito de melhor atender as demandas da população, traçando um modelo que possa de fato favorecer serviços eficientes, levando maior satisfação aos usuários, contribuindo para melhoria dos indicadores de saúde. As redes também consistem em uma organização dos serviços de saúde por meio de uma ação de cooperação, que visa oferecer uma atenção integral à população (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Nas políticas atuais, a condição das redes de saúde como modelo organizacional dos serviços de saúde, moldaram a APS como a primeira porta de entrada para resolução de diversas demandas. Nessa perspectiva, é notório como as diretrizes do SUS são pautadas em grande parte, em consonância à atenção primária, uma vez que a sua importância é percebida nos direcionamentos de ações do sistema de saúde. Assim, temos a APS como a base de orientação para as políticas públicas de saúde no Brasil, visto que estas são compatíveis com as diretrizes do SUS (BOUSQUAT *et al.*, 2017; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

4.2.2 Atenção Primária à Saúde (APS)

Desde sua criação, o SUS vem passando por diversas mudanças, principalmente no que diz respeito a sua forma de organização, estruturação e modos de enfrentamento as crescentes demandas sociais. Ao mesmo tempo, desde a década de 1970, a OMS tem incentivado ações que visem o uso das medicinas tradicionais complementares e integrativas nos sistemas de saúde. Tais práticas medicinais são recomendadas por se tratar de um conjunto de práticas direcionadas a atenção à saúde, embasadas em teorias e experiências culturais diversas, que visam a promoção e prevenção da saúde (RODRIGUES *et al.*, 2013; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Nesse sentido, há algumas décadas temos observado o incentivo dos órgãos de saúde ao implemento de políticas públicas que priorizem trabalhos pautados na atenção primária, uma vez que esta tem sido vista como o caminho para consolidação dos sistemas universais de saúde. Mas de fato, o que é a Atenção Primária à Saúde (APS)? (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Diversas são as compreensões do termo atenção primária, pois esta possui grande representatividade no sistema de saúde. Para alguns autores, a APS representa um modelo organizacional dos serviços de saúde que podem ser tomados como orientações para a atuação profissional em saúde. Para outros, a APS representa a principal porta de entrada para as demandas de saúde, sendo o local de primeiro contato na busca de assistência pelas famílias na comunidade (MACINKO; MENDONÇA, 2018; SCHENKER; COSTA, 2019).

Assim sendo, o primeiro local de contato das famílias, a APS foi gradativamente alavancada pelas demandas da Saúde da Família (SF), que contribuiu para o SUS ser repensado, dando maior credibilidade ao papel da atenção primária nesse contexto. Esta credibilidade está vinculada a capacidade da APS em contribuir para a melhoria das condições de saúde da população, além de diminuir as desigualdades sociais, recebendo todos de forma humanizada e integral (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Para que essa atenção integral a saúde se consolide, é necessário contar com equipes de profissionais capacitados, capazes de amenizar os problemas prevalentes, levando resolução às demandas da população. Nesse intuito, existe a coordenação dos cuidados pela APS, que traça ações para a melhoria da prestação de serviços, diminuindo as limitações no acesso em todos os níveis de atenção a saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Portanto, considerando todas essas questões, podemos compreender a APS como um modelo de orientação aos serviços do sistema único, conduzidos por uma ação integral a saúde, acarretando melhores condições de saúde à população em geral. Dessa forma, APS é

caracterizada por uma assistência ao indivíduo em sua totalidade, baseada nas diretrizes e princípios do SUS (MACINKO; MENDONÇA, 2018; SCHENKER; COSTA, 2019).

4.2.3 Hipertensão Arterial e suas implicações

As mudanças no perfil de doenças no Brasil e no mundo, têm sido observadas pelo aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Entre elas têm tido destaque a Hipertensão Arterial (HA), por apresentar alta prevalência na sociedade e ser considerada grande responsável pela evolução das doenças cardiovasculares (BARROSO *et al.*, 2020; MAIA; NAVARRO, 2017). A HA possui diversos fatores de risco que favorece o acometimento do indivíduo, entre os principais estão a genética, idade, sexo, etnia, sobrepeso, alimentação, sedentarismo, álcool, fatores socioeconômicos, estresse, tabagismo. Assim, sua alta prevalência pode estar relacionada a essa abundância de fatores de risco (BARROSO *et al.*, 2020; LIMA; SILVA, 2017). No Brasil, a prevalência da HA em indivíduos adultos de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 era de 21,4%, sendo maior entre homens quando comparado a mulheres. Ainda, quando observado o grupo idoso, os números assustam, sendo que em indivíduos com idade acima de 70 anos a sua prevalência chega a 71,7 % (BARROSO *et al.*, 2020).

Essa alta taxa de prevalência da HA no Brasil impulsiona grandes demandas ao Estado, visto que esta doença gera diversos impactos na saúde, como altos custos médicos decorrentes de agravamentos que são ocasionados. Entre esses agravamentos estão o surgimento de doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca (IC), fibrilação atrial (FA), acidente vascular encefálico (AVE), acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI), acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEH), doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), doença renal crônica (DRC), além de alguns casos evoluírem para morte súbita (BARROSO *et al.*, 2020; CASTRO; OLIVEIRA, 2016; GOMES; BEZERRA, 2018).

Visto a complexidade da HA e os grandes impactos que esta pode vir a provocar, é de suma importância trabalhar em prol da prevenção, buscando evitar os fatores de risco modificáveis, realizar o diagnóstico precoce, e implementar o tratamento adequado. Para realização do diagnóstico da HA geralmente os médicos realizam 3 etapas: no consultório ou mesmo fora dele, fazendo uso dos protocolos e materiais validados, certamente por meio do esfigmomanômetro realiza-se a aferição da pressão arterial (PA). Em seguida busca informações pessoais do paciente visando investigar seu histórico médico como também

histórico familiar, além da realização de exame físico e investigação clínica e laboratorial (BARROSO *et al.*, 2020).

Após a primeira etapa de realização da aferição da PA por meio de aparelho, é necessário anotar os valores e repetir as aferições em outras ocasiões, para investigar se os níveis pressóricos se encontram elevados constantemente, ou se por alguma condição inespecífica se elevaram no momento. Concluído essa análise, é necessário tomar por base os valores estipulados pela atuais Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, que sempre atualizam esses valores de acordo com a realização de novos estudos. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial formulada em 2020, um indivíduo é considerado hipertenso se apresentar os níveis pressóricos permanentemente $\geq 140 \times 90$ mmHg (BARROSO *et al.*, 2020; LIMA; SILVA, 2017).

Entretanto, o indivíduo que apresentar níveis pressóricos abaixo de 140×90 mmHg, ainda que próximo desses valores, deve ser observado com cautela, pois existe o quadro de pré hipertensão que se caracteriza por Pressão Arterial Sistólica (PAS) $130 - 139$ mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) $85 - 89$ mmHg. O quadro de pré hipertensão não é tão grave quanto a hipertensão propriamente dita, mas indivíduos nessas condições apresentam maior risco cardiovascular quando comparados com indivíduos que possuem valores pressóricos considerados normais, em torno de $120 - 129$ mmHg (PAS) e $80 - 84$ mmHg (PAD) (BARROSO *et al.*, 2020).

Após o diagnóstico positivo para HA, são necessárias diversas mudanças nos hábitos de vida do indivíduo, de modo a amenizar os impactos da doença. Entre essas mudanças inclui o uso de medicamentos, reeducação alimentar, aumento da prática de atividade física, entre outras questões que podem ser utilizadas para ajudar no tratamento e controle da hipertensão (GOMES; BEZERRA, 2018). O seu diagnóstico muitas vezes se torna difícil, pois a HA é uma doença crônica que na maioria dos casos não apresenta nenhum tipo de sintoma, sendo considerada uma doença silenciosa. Porém, existem alguns indivíduos que relacionam alguns sintomas com a pressão alta como dor de cabeça, dor na nuca, mal-estar, insônia, tonteira, fadiga, além de outros sintomas que afetam a qualidade de vida (ANTUNES; CAMARGO; BOUSFIELD, 2019).

Assim, conhecendo os diversos riscos que estão entrelaçados à HA, julga-se necessário sua prevenção por meio do estabelecimento de hábitos de vida saudáveis que possam diminuir diversos fatores de risco. Com tantas possibilidades para prevenir ou mesmo colaborar no tratamento dessa doença, destaca-se a prática de atividade física, que contribui para a

diminuição dos níveis pressóricos, além de ser fundamental na prevenção de outras diversas doenças (CASTRO; OLIVEIRA, 2016; GOMES; BEZERRA, 2018).

4.2.4 Condutas de tratamento da Hipertensão Arterial

A HA gera diversas preocupações ao indivíduo, visto que é uma doença que não possui cura, e após diagnosticada, carece de tratamento o resto da vida. Diversos são os meios de tratamento, que colaboram para manutenção dos níveis pressóricos em valores mais baixos, o que acarreta na diminuição do risco cardiovascular (ALVES *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2017). Entre as principais formas de tratamento da HA encontra-se o meio farmacológico, tendo nos dias atuais diversos agentes anti-hipertensivos disponíveis no mercado. E, mesmo com a abundância de medicamentos anti-hipertensivos, menos de 1/3 dos adultos conseguem manter a pressão sobre controle. Essa questão se justifica pelo fato da maioria dos indivíduos hipertensos não seguirem corretamente o tratamento, prosseguindo com uma baixa adesão ao mesmo (ALVES *et al.*, 2013; GOMES; BEZERRA, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Para além do tratamento farmacológico tem sido orientado a importância de mudanças no estilo de vida, o que contribui diretamente para o controle dos níveis pressóricos. Estas mudanças no estilo de vida incluem melhoria na alimentação, reduzindo o consumo de sódio e gorduras, aumento da prática de atividade física, diminuição do consumo de álcool, tabaco, além de fazer o uso correto da medicação proposta pelo médico (GOMES; BEZERRA, 2018).

Mesmo diante de tantas informações preconizadas pelos órgãos de saúde da importância e da forma correta que se deve realizar o tratamento, é ainda notório a baixa adesão ao tratamento. Isso tem constituído a maior limitação para sucesso no tratamento da HA, além de ser um sério problema de saúde pública, que acarreta em pouca qualidade de vida ao indivíduo hipertenso (ALVES *et al.*, 2013). Estudos realizados indicam que o principal motivo para a baixa adesão ao tratamento farmacológico é o “esquecimento”, representando cerca de 51,52%. O esquecimento se dá principalmente aos homens, que na maior parte, dependem de algum ente familiar para lembrar de fazer uso da medicação no horário correto (ALVES *et al.*, 2013).

Diante destas limitações visíveis relacionadas ao tratamento, o governo implementou uma ação que pudesse reverter essa situação. Para isso, em 4 de março de 2002 por meio da portaria 372 G/M, foi criado o Programa HIPERDIA direcionado para apoiar o tratamento da Hipertensão e Diabetes Mellitus. Por meio de reuniões mensais coordenadas por

um enfermeiro (a), este programa funciona como uma ação estratégia na atenção primária, buscando repassar ao paciente informações importantes sobre a doença e cuidados que devem ser tomados para manutenção da saúde (GOMES; BEZERRA, 2018).

O Programa Hiperdia é uma ferramenta assistencial ao tratamento da HA, pois suas ações são direcionadas para a consolidação de um tratamento de sucesso. Essas ações são realizadas por equipes de saúde especializadas em incentivar o autocuidado, fazendo com que o indivíduo melhore sua adesão ao tratamento. Assim, alinhados com os princípios do SUS e embasados nos objetivos da atenção primária, notamos um papel integral das equipes de saúde, que visam trabalhar principalmente a educação popular em saúde, possibilitando a promoção de saúde de forma mais ampla (GOMES; BEZERRA, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

4.2.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

O estilo de vida moderno caracterizado pelo sedentarismo e comodidade das pessoas tem contribuído para o aumento de diversos tipos de problemas de saúde. Dessa forma, os sistemas de saúde têm encontrado grande desafio em sua prática diária, o enfrentamento as DCNT (MAIA; NAVARRO, 2017). As DCNT se tornaram um sério problema de saúde pública no mundo, apresentando grandes riscos à sociedade. Dentre as principais DCNT, estão as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes, responsáveis por aproximadamente 70% das mortes registradas no mundo, ceifando aproximadamente a vida de 38 milhões de pessoas anualmente (MALTA *et al.*, 2017).

Atualmente, tem sido observado grande impacto das DCNT nos sistemas de saúde devido ao seu aumento descontrolado, o que gera alta ocupação dos serviços de saúde. Esse aumento descontrolado das DCNT está diretamente relacionado ao aumento da incidência de quatro fatores de risco que contribuem para o acometimento de diversas doenças: tabagismo, alcoolismo, inatividade física e alimentação inadequada (MAIA; NAVARRO, 2017; MALTA *et al.*, 2017). De acordo com a OMS, as DCNT podem gerar impactos para além do paciente, atingindo suas famílias, que muitas vezes passam a ter condições financeiras dificultadas, devido aos altos custos que as doenças crônicas não transmissíveis geram para o indivíduo (MALTA *et al.*, 2017).

4.3 O processo de trabalho do Educador Físico no apoio ao tratamento da Hipertensão Arterial

Nessa terceira seção, faremos um levantamento dos principais comportamentos de risco que facilitam o surgimento de diversas Doenças Crônicas Não Transmissíveis, onde se destaca a Hipertensão Arterial. Para além dessa doença, discutiremos um pouco sobre o sobrepeso e obesidade, que representam sérios problemas à saúde das pessoas, elevando o risco de acometimento por outras doenças. Também será realizada uma discussão sobre a importância da atividade física na prevenção e tratamento de várias doenças, falando na perspectiva dos programas de atividade física sistematizados, como também focaremos nos desafios encontrados pelo profissional de educação física para sua inserção nos serviços de saúde elencados no SUS.

4.3.1 Comportamento de Risco Para Hipertensão

É de grande importância conhecer os comportamentos de risco que levam ao acometimento da Hipertensão Arterial (HA), visto que esta doença, em alguns casos, pode ser prevenida por meio de ações individuais. Dentre os fatores de risco inevitáveis estão a idade, sexo, etnia, situação socioeconômica e genética. Em contrapartida existem aqueles que podem ser controlados por estarem diretamente associados ao estilo de vida, destacando-se o sedentarismo, a alimentação inadequada, o tabagismo e o alcoolismo, além da não adesão ao tratamento. A interrupção do tratamento farmacológico por indivíduos hipertensos é um sério problema, pois induz à manutenção de níveis pressóricos elevados, acarretando em aumento do risco cardiovascular (OLIVEIRA *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2017).

Quanto às questões alimentares, observamos que o consumo excessivo de sódio, gorduras e álcool gera elevado risco para HA, sendo também fatores associados ao sobrepeso. Com isso, é ainda mais importante tomar cuidados com as questões alimentares, pois o sobrepeso está diretamente relacionado a existência da HA, sendo a alimentação inadequada considerada um sério comportamento de risco (NETO *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

O tabagismo, por sua vez, é outro comportamento de risco que gera muitas preocupações aos órgãos de saúde, pois estudos já comprovam sua relação no aumento da Pressão Arterial (PA). O mecanismo de atuação da nicotina age diretamente na ativação do sistema nervoso simpático, ocasionando aumento da Frequência Cardíaca que conseqüentemente acarreta o aumento dos níveis pressóricos, sendo em longo prazo

responsável por diversas complicações cardiovasculares (OLIVEIRA *et al.*, 2021; SOUSA, 2015). Além destes comportamentos de risco, existe um específico que cria condições para o agravamento da HA, como também concorre para o surgimento de diversos problemas de saúde. Trata-se do “sedentarismo” ou “inatividade física”, que é considerado um sério problema de saúde pública, tanto em âmbito nacional, quanto mundial (SOUZA *et al.*, 2017).

O estilo de vida sedentário tem ganhado espaço na atualidade, uma vez que a globalização é acompanhada por tecnologias que induzem a adoção da inatividade física. Para o agravamento dessa situação, tem sido associado ao sedentarismo a má alimentação e o estresse exacerbado, o que gera diversas complicações a saúde do indivíduo (OLIVEIRA *et al.*, 2021; SOUSA, 2015). Nessa realidade é de suma importância a criação de estratégias que vise contribuir para as mudanças no estilo de vida da população, sendo necessário a implementação de políticas públicas que incentivem a prática de hábitos saudáveis, constituídos por uma alimentação adequada, prática de atividade física, além da diminuição dos comportamentos de risco (OLIVEIRA *et al.*, 2021; SOUSA, 2015).

4.3.2 Sedentarismo e Sobrepeso

O sobrepeso é conhecido como um risco eminente para o surgimento de diversas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo em grande parte ocasionado pela prática de hábitos sedentários associados a má alimentação. O sobrepeso deve ser observado com grande atenção, visto que o mesmo é o caminho para um quadro de obesidade, que por sua vez é uma DCNT grave, que eleva os riscos à saúde do indivíduo, principalmente por acarretar diversas complicações (NICOLAU; SANTO; POLAKIEWICZ, 2017).

A literatura tem revelado a existência de alta prevalência de sobrepeso e obesidade na população mundial. Estudos realizados na última década indicam que 30 % da população mundial apresenta tais problemas de saúde, atingindo em torno de 2,1 bilhões de pessoas. Esses números são preocupantes, pois a obesidade tem relação direta com diversas complicações metabólicas, como aumento da PA, descontrole dos níveis de colesterol e triglicérides, como também a resistência à insulina. Mas o que de fato caracteriza a obesidade? (NICOLAU; SANTO; POLAKIEWICZ, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é considerada uma complicação à saúde podendo ser ocasionado por fatores diversos, favorecida pelo descontrole energético que favorece o acúmulo de gordura corporal. A mesma é uma DCNT de grande impacto na sociedade, pois além de ser uma doença que causa grandes incapacidades ao

indivíduo, ainda se apresenta como um dos principais fatores de risco para outras DCNT como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cânceres (MOURA *et al.*, 2019; NICOLAU; SANTO; POLAKIEWICZ, 2017; VALADÃO *et al.*, 2018). Sendo um sério problema de saúde pública a obesidade afeta a população de modo geral, sem distinção de raça, gênero, classe social ou idade. Este fato justifica a importância de se trabalhar em prol de sua prevenção desde a infância, pois o excesso de peso nessa faixa etária é um grande indicador de obesidade na fase adulta, além de estar vinculado ao surgimento precoce de HA (MOURA *et al.*, 2019; ORMUNDO; DUARTE, 2017).

A relação da obesidade como fator de risco para HA se deve especialmente ao acúmulo de gordura corporal na região central do corpo, pois estudos revelam que a distribuição central da adiposidade está diretamente relacionada aos maiores riscos para Doenças Cardiovasculares (DCV). Para comprovar ainda mais a relação de obesidade com hipertensão, estudos têm demonstrado que cerca de 60% dos hipertensos apresentam quadro de sobrepeso (CARNEIRO *et al.*, 2003; MOURA *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Contudo, tendo conhecimento do aumento da prevalência da obesidade no Brasil e no mundo, e sabendo dos diversos riscos que essa doença ocasiona na vida do indivíduo, é de urgência a criação de ações que possam mudar essa realidade. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde estejam alinhados, trabalhando na mesma perspectiva, buscando a promoção da saúde através de um trabalho eficiente e preventivo, sendo a prevenção a principal forma de conter ou amenizar os diversos comportamentos de risco, que são um dos principais responsáveis pelo surgimento das DCNT (NICOLAU; SANTO; POLAKIEWICZ, 2017; ORMUNDO; DUARTE, 2017).

4.3.3 A Importância da Atividade Física no Controle da Hipertensão

Está consolidada a existência de múltiplos fatores que contribuem para o surgimento da HA na vida das pessoas, se destacando os diversos comportamentos de risco que foram apresentados anteriormente. Porém, nesse momento direcionamos nosso debate acerca da inatividade física, que é conhecida também como sedentarismo, e se caracteriza como um problema social que afeta diretamente à saúde das pessoas contribuindo para o surgimento de diversas patologias (SOUZA *et al.*, 2017). Nessas condições, podemos imaginar o quanto é expressivo o papel da atividade física nesse contexto, se tornando um mecanismo essencial para prevenção de variados problemas de saúde. Mas de fato, qual é a concepção de atividade física?

Vários são os entendimentos do que seja atividade física, mas de modo geral ela pode ser compreendida por qualquer movimento corporal que gera contração muscular e induz gasto energético ao organismo. Para além desse entendimento fisiológico, a atividade física também é entendida como um fator essencial na construção de um estilo de vida saudável, fortalecendo as ações de prevenção e reabilitação consolidadas no SUS (CARVALHO; ABDALLA; JÚNIOR, 2017; MONTE *et al.*, 2015).

Nesse contexto, percebemos a atividade física como uma ferramenta aliada na manutenção da saúde, diante aos diversos benefícios adquiridos pela sua prática. Entretanto para, que seus benefícios sejam de fato alcançados é ideal que haja orientação profissional, pois é necessário que sua prática seja monitorada e contextualizada para uma determinada individualidade, e somente o profissional de educação física está qualificado para esta função (CARVALHO; ABDALLA; JÚNIOR, 2017). Assim, temos que a orientação profissional é tão importante quanto a prática de atividade física, pois ao mesmo tempo que esta é um meio benéfico ao indivíduo, também pode vir a se tornar um sério risco à saúde do mesmo. Isto porque a literatura, tem tido a atividade física “rigorosa” como um risco elevado para ocorrência de morte súbita e infarto agudo do miocárdio (IAM) (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Nessas condições, entendemos a importância de se ter o acompanhamento de um profissional de educação física, sendo um grande aliado na busca pelos benefícios almejados. Ao tratar dos benefícios concedidos pela prática de atividade física, nos referimos à um universo amplo, considerando que a mesma possibilita inúmeros ganhos à saúde do indivíduo, e entre os mais comuns nota-se melhora expressiva no condicionamento físico, diminuição de gordura corporal, aumento de força, melhora da coordenação motora e equilíbrio, além de outros benefícios ligados a saúde física e mental (CARVALHO; ABDALLA; JÚNIOR, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Entretanto, engana-se quem imagina que exista apenas um tipo de atividade física. Existem diversas formas de se manter fisicamente ativo, e atualmente, temos observado maior busca pela prática de um tipo específico de atividade física, o famoso “exercício físico”. O mesmo se trata de uma modalidade dentre os tipos de atividade física, tendo como principal característica uma sistematização (NASCIMENTO *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

O exercício físico também tem sido considerado uma alternativa eficiente no tratamento e prevenção de diversas doenças, principalmente aquelas que afetam o sistema cardiovascular, como a HA. Este também tem proporcionado aumento da qualidade de vida aquelas pessoas que realizam sua prática, sendo muito almejado por esses motivos (NASCIMENTO *et al.*, 2012). Além de induzir benefícios à saúde, o exercício físico também

tem sua maior aceitação por apresentar diversas variações, atendendo assim, os diversos gostos pela prática de atividade física. Entre os exercícios físicos mais comuns estão a natação, o futebol, a corrida, o basquete, a musculação, caminhada, entre outros, sendo classificados como exercício aeróbico, de força, de flexibilidade, de resistência, de velocidade, entre outros (CARVALHO; ABDALLA; JÚNIOR, 2017).

A prática de exercício físico também tem ganhado espaço pelo fato de ser uma modalidade que demanda baixos custos e gera poucos riscos ao indivíduo. Além disso, a literatura infere que a prática regular de exercício físico é fundamental no controle de algumas patologias, sendo capaz de melhorar a qualidade de vida do indivíduo hipertenso e diabético, diminuindo a insônia, o estresse, além de colaborar para diminuição dos níveis de triglicérides e amenizar o mal-estar (BARBOSA *et al.*, 2019).

Sabemos que os múltiplos tipos de exercícios físicos promovem benefícios à saúde do indivíduo, porém algumas modalidades são mais benéficas em relação a outras. Quando se espera uma melhora significativa na saúde do praticante, os exercícios mais indicados são os aeróbicos e os resistidos (conhecidos popularmente como musculação), sendo indicado em uma frequência de no mínimo 30 minutos diários a uma intensidade moderada em torno de 60 % a 70 % da Frequência Cardíaca (FC), no mínimo 5 vezes na semana (SOUZA *et al.*, 2017). Quando falamos de benefícios cardiovasculares, principalmente direcionados para o controle da HA, temos indícios que tanto o exercício aeróbico quanto o resistido promovem melhorias nessas condições. Porém quando se trata de indivíduos cardiopatas, há uma preferência por exercícios aeróbicos, com intensidade em torno de 50 % a 70 % da FC, com uma frequência entre três a sete vezes semanais, com duração de 20 a 60 minutos (SALES; CUNHA, 2018; SOUZA *et al.*, 2017).

A literatura também reforça que a combinação do exercício aeróbico ao resistido se torna ainda mais benéfica, se comportando como uma interação positiva para a melhoria das condições de saúde do praticante. Nesse contexto, a prática de atividade física pode ser consolidada de diversas maneiras, sendo o exercício físico uma excelente opção para ter uma vida ativa. Entretanto, se faz notório a importância da assistência de um profissional de educação física nessa relação, visto que é necessário considerar a individualidade e especificidade de cada indivíduo, de modo que seja feito um planejamento para cada realidade, respeitando as condições e limitações individuais (OLIVEIRA *et al.*, 2021; SALES; CUNHA, 2018; SOUZA *et al.*, 2017).

4.3.4 O Desenvolvimento de Programas de Atividade Física Sistematizados

É notória a importância de se manter uma rotina ativa, especialmente baseada na prática de atividade física. Embora existam diversos meios para se ter este tipo de rotina é imperativo conhecer os fundamentos de cada atividade física, para que sua prática ocorra de forma segura. Ao se tratar de práticas direcionadas para fins de saúde é inaceitável a ausência de um PEF nesse processo, visto que sua orientação garante segurança ao indivíduo. Prova disso é que uma alternativa não farmacológica usada constantemente no tratamento da Hipertensão Arterial tem consistido em programas de atividade física sistematizados (SILVA *et al.*, 2015).

Os programas de atividade física sistematizados consistem na estruturação e planejamentos de exercícios de forma controlada, considerando tempo de realização, número de repetições, tempo de descanso, controlando volume e intensidade de acordo com a situação específica. O educador físico é o responsável pela criação desse programa, sendo ideal antes de sua criação, a realização de uma avaliação completa do paciente, para conhecimento do seu histórico clínico, suas limitações e possibilidades para a prática de determinada atividade (CARDOSO *et al.*, 2019). Dessa maneira o PEF tem sido grande aliado as equipes de saúde, sendo importante ator na promoção de saúde estimulando a prática de atividade física. Por meio de orientação individual e coletiva, este profissional tem conseguido aumentar o nível de atividade física dos indivíduos que utilizam os serviços de saúde na perspectiva da atenção primária, resultando na melhoria da saúde física e mental dos mesmos, além de outros benefícios (CARVALHO; ABDALLA; JÚNIOR, 2017).

Dentre os diversos benefícios admitidos notam-se o aumento da flexibilidade muscular, aumento da resistência física, ganhos de equilíbrio e coordenação motora, diminuição de gordura corporal, aumento do bem-estar psicológico, como também diminuição dos riscos de acometimento por DCNT. Mas tudo isso somente é possível pela atuação eficiente do profissional de educação física que coloca seus conhecimentos em prática para melhorar a qualidade de vida de indivíduos que aderem as suas orientações (CARVALHO; ABDALLA; JÚNIOR, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

Nesse contexto, os programas de atividade física sistematizados têm sido valorizados, visto que a prescrição adequada realizada por profissional capacitado possibilita o fortalecimento das ações na Atenção Primária e mesmo fora dela, pois o intuito é incentivar a prática de atividade física aumentando o nível de atividade física da sociedade. Nessas condições, o PEF tem importante papel, propondo programas de atividade física e/ou exercícios que sejam adequados para indivíduos em condições de saúde adversas (SOUZA *et al.*, 2017).

É notório a crescente preocupação dos órgãos de saúde quanto ao aumento do estilo de vida sedentário, sendo percebido a criação de políticas públicas visando mudar essa realidade, principalmente por meio do incentivo a prática de atividade física. No entanto, o primeiro passo é contar com um profissional de educação física qualificado que possa traçar estratégias para o fortalecimento de tais ações (FERREIRA *et al.*, 2017). Atualmente é muito comum nos depararmos com pessoas desmotivadas para realizar algum tipo de atividade física, e isso pode contribuir para sua execução de forma inadequada, podendo gerar problemas ao indivíduo, como dores ou até mesmo lesões. Nessas condições é crucial a participação do educador físico, seja programando atividades adequadas, e/ou mantendo sempre o indivíduo motivado (BARBOSA *et al.*, 2019).

Portanto, temos ciência de que é grande a contribuição do PEF na promoção a saúde das pessoas, atuando como incentivador e orientador das diversas demandas do indivíduo. Não é inadequado considerar que este profissional tem papel fundamental na prevenção e tratamento de diversas doenças. É crucial sua atuação no campo da atividade física em prol da promoção da saúde, bem como seu envolvimento em projetos-ação tendo como perspectiva a Educação Popular em Saúde, visando reeducar as pessoas quanto aos hábitos de vida saudáveis (CARDOSO *et al.*, 2019; MONTE *et al.*, 2015).

4.3.5 Os Desafios da atuação do PEF no SUS

A inserção do PEF nos serviços de saúde, ocorreu de fato no ano de 2008, em virtude da criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), onde o mesmo passou a compor as equipes de saúde, sendo um acontecimento de grande relevância para a saúde pública. Entretanto, mesmo sendo de grande importância o papel do PEF no âmbito da saúde, ainda se nota diversos desafios para sua consolidação nesse contexto, se destacando notoriamente a deficiência em sua formação, uma vez que os currículos possuem poucas ou nenhuma disciplina que aborda sua atuação pautada nos serviços de saúde (MACHADO *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018).

No estudo realizado por Oliveira *et al.* (2020), foi desenvolvido uma pesquisa por meio de questionário semiestruturado com 13 profissionais de educação física que atuam no SUS, sendo 7 indivíduos do sexo masculino e 6 indivíduos do sexo feminino. Essa pesquisa visou identificar as vivências dos PEF atuantes no SUS, compreendendo seus principais desafios e dificuldades na prática profissional nessa realidade. O estudo revelou que são persistentes as dificuldades originadas pelo modelo de formação abrangente nas entidades de

ensino. Prova disso, são os fragmentos das contribuições apresentadas pelos participantes, a respeito das dificuldades por eles enfrentadas: “Desconhecimento do funcionamento do SUS (P1); É todo um sistema que precisa ser entendido (P2); Dificuldade de compreender alguns termos técnicos utilizados pelos demais membros da equipe (P12)” (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Desta forma, tem sido observado que a maioria das instituições de ensino não ofertam disciplinas condizentes para uma atuação na Atenção Primária a Saúde, sendo um limitador para aqueles profissionais que se formam e ingressam nesses serviços. Devido a essa deficiência formativa, muitas vezes o PEF fica isolado nas equipes multiprofissionais, principalmente pelo fato deste não ter conhecimento das leis e métodos de trabalho em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, além de não compreenderem diversos termos técnicos utilizados com frequência pelos demais profissionais (MACHADO *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a literatura ressalta ainda que em alguns ambientes existe grande preconceito por parte de membros da equipe em relação ao profissional de educação física, que acaba sendo desvalorizado pelo grupo. Também existe indícios que em algumas situações há desvalorização deste profissional por parte dos gestores, que minimizam a importância de sua atuação nos serviços de saúde, sendo um fator determinante para desistência do mesmo em atuar nesses espaços (MACHADO *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018).

Esta dificuldade é condizente com o relato de um dos participantes do estudo realizado por Oliveira *et al.* (2020, p. 37694), que faz o seguinte depoimento: “Enfrentamos o preconceito e a desvalorização da Educação Física pelos demais profissionais da equipe e gestores públicos” (P5).

Outra questão que desafia o trabalho do educador físico no SUS se refere a infraestrutura disponível. Na maioria das Estratégias não há espaços adequados nem materiais suficientes para a atuação do profissional. Isso acaba limitando suas ações, que necessitam ser adaptadas de acordo com as condições encontradas, se tornando um desafio para o profissional. Além disso, existe falta de comunicação do NASF com a população sobre as atividades desenvolvidas pelo profissional de educação física, o que acaba limitando o acesso dos usuários a estes serviços (MACHADO *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

As questões voltadas a infraestrutura limitam significativamente as ações do PEF, como evidenciam os relatos dos participantes do estudo: “Falta de material para a prática de atividade física, o SUS não disponibiliza de local adequado para a prática de atividade física (P10); Falta de material suficiente pra trabalhar, pouca variedade do mesmo [...] espaço físico

que não condiz com a atividade a ser executada – muito pequeno, quente demais, pouco ventilado (P13)” (OLIVEIRA *et al.*, 2020, p.37693).

Além destas limitações, ocorre uma desvalorização do PEF devido ao reduzido número de produções científicas que tratem da atuação deste profissional na APS, o que concede pouco crédito a atuação que o mesmo pode desenvolver nesse contexto. Também é observado pouca exploração das qualidades profissionais do educador físico no SUS, que muitas vezes fica limitado a desempenhar uma função voltada somente as orientações a prática de atividade física, deixando de contribuir de outras maneiras no serviço (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

De modo geral são grandes os desafios a serem superados pelos profissionais para uma adequada inserção e atuação nos serviços, em função dos problemas indicados pelos participantes do estudo:

Não ter estudado nada específico sobre prevenção e tratamento de diversas dessas enfermidades na graduação (P4); [...] Antes de ingressar no CAPS eu nunca havia tido qualquer contato com a área de Saúde Mental (P9); Senti insegurança em relação à condução de grupos voltados à portadores de transtorno mental quando trabalhei no CAPS [...] em várias situações não tive o manejo adequado em situações de crise dos usuários (P3); variedade de personalidades dos pacientes podem deixar o profissional perdido sobre como agir (P13); Isso me deixou muito assustada e em determinados momentos o sentimento de incompetência me assolava. Acredito que se durante a graduação eu tivesse tido pelo menos o vislumbre de outras possibilidades de atuação, além de professor da Educação Básica e personal trainer, talvez o meu sofrimento tivesse sido menor. Não fosse a ajuda da equipe multiprofissional com que trabalho e meu esforço em estudar sobre transtornos mentais e exercício físico, provavelmente já teria solicitado transferência (P9) (OLIVEIRA *et al.*, 2020, p.37693).

Dessa forma, temos que as principais limitações para atuação do educador físico nos serviços de saúde estão relacionadas a sua formação profissional, a infraestrutura encontrada para o trabalho, e as relações com os demais profissionais da equipe, que não se torna eficiente em alguns casos. Assim, fica explícito a necessidade de rever o currículo de formação profissional, incrementar pesquisas sobre efeitos de sua atuação no SUS, promover o diálogo com as equipes multiprofissionais de modo a efetivar a inserção do PEF no âmbito da atenção primária, como também o estado apoiar as ações desse profissional, executando projetos para criação de espaços adequados para realização de suas ações, proporcionando melhores condições de trabalho (MACHADO *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018).

Além disso, é necessário que cada educador físico reconheça seu papel na consolidação de sua evolução profissional, sendo de sua responsabilidade buscar se aperfeiçoar

para minimizar suas dificuldades, como relata alguns profissionais, segundo Oliveira *et al.* (2020, p.37696):

Tenho diversos cursos de aperfeiçoamento na área de Saúde Pública, Terapia Comunitária, Álcool e outras drogas, Saúde Mental, Promoção da saúde, e estou cursando mestrado em Saúde da Mulher (P2); Para preencher essa lacuna, eu participava de cursos e outras atividades complementares cujo tema era a atuação do profissional de Educação Física em programas de Saúde Pública (P9); Grande parte do que utilizo em minhas aulas aprendi na prática profissional ou pesquisando (P8); no início tive que pesquisar muito sobre os pacientes de CAPS e os tipos de atividades que caberia a cada transtorno (P7); Tive que “correr atrás”, estudando e aprendendo no dia a dia, com apoio de toda equipe (P11); Quaisquer conhecimentos teóricos dessa área tem de ser buscados por fora, por conta própria (P13).

Portanto, considerando a importância da inserção e atuação do profissional de educação física nos serviços de saúde, sendo grande ator na promoção da saúde contribuindo para minimizar os principais fatores de risco de diversas doenças prevalentes, faz necessário a incorporação de reflexões, seja no campo acadêmico, no âmbito dos serviços, como também no meio social, objetivando melhorar as relações do PEF nos diversos contextos, contribuindo para superação dos desafios que limitam sua atuação (OLIVEIRA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2017).

4.4 Condições ideais para uma prescrição de atividade física contextualizada para hipertensos

Nessa quarta e última seção, faremos uma contextualização sobre ações que devem ser seguidas por indivíduos hipertensos para diminuição dos riscos, e garantia da segurança durante a prática de atividade física. Também realizaremos o levantamento de quais são os tipos de exercícios mais indicados como auxílio no tratamento da Hipertensão Arterial (HA), estabelecendo de que forma devem ser realizados.

Utilizamos aqui como referência, documentos técnicos relacionados à hipertensão arterial e atividades físicas aplicáveis a pacientes hipertensos, destacando a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e sua atualização de 2020, como também a Coletânea Literária de 2019 do CREF4/SP, intitulado Orientações Para Avaliação e Prescrição de Exercícios Físicos Relacionados à Saúde que fornecessem informações consistentes para elaboração de um Programa de Atividade Física contextualizado visando a melhoria das condições de saúde de hipertensos e maior adesão ao tratamento medicamentoso.

4.4.1 Cuidados e riscos na realização de atividade física por hipertensos

Por ser uma alternativa barata e eficiente sob diversas perspectivas, a atividade física (AF) tem ganhado destaque como meio não farmacológico na promoção de saúde. Conhecida como qualquer movimento corporal que gera demanda energética, caracteriza as atividades gerais empregadas no cotidiano, como atividades domésticas, trabalho, locomoção entre outros (BARROSO *et al.*, 2020). Dentre as atividades físicas, se destacam “os exercícios físicos”, que se tratam de atividades planejadas, com objetivos pré-determinados, tendo como finalidade o desenvolvimento da aptidão física e melhoria das condições de saúde, como recomendado nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, atualizada em 2020 (BARROSO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, o exercício físico também tem tido grande utilidade, principalmente pelo fato de estar consolidado os múltiplos benefícios através de sua prática, se tornando ator tanto na prevenção quanto no tratamento da HA, considerado como sendo impossível traçar estratégias para controle desta doença, sem incluí-lo como parte desse processo (PITANGA, 2019).

Uma grande contribuição da prática regular do exercício físico (EF) está relacionada ao controle dos níveis pressóricos, sendo evidenciado sua efetividade na redução da pressão arterial. Mas, muito se engana quem imagina que seus benefícios se limitem somente a este controle. O EF está também vinculado a redução de diversos fatores de risco, principalmente aqueles influentes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (PITANGA, 2019).

Porém, mesmo conhecendo muitos pontos positivos relacionados a prática de AF pelo hipertenso, é de suma importância adotar algumas medidas de cuidado de modo a manter a prática segura, visto que algumas situações podem gerar grandes riscos. Entre os riscos mais comuns se observa a queda durante o exercício, tontura, desmaio, queda inesperada da PA, como também o risco de aneurisma, devido as respostas agudas da PA durante a execução dos exercícios (PITANGA, 2019).

Desta maneira, sabendo da possibilidade do surgimento de diversos riscos ao hipertenso associado a prática de atividade física, se faz necessário a prescrição de alguns cuidados pelo profissional de educação física (PEF). Entre as principais orientações relativas a estes cuidados, observamos a importância da realização da AF com roupa adequada, de preferência roupas leves que tragam conforto e não limite a amplitude do movimento, a ingestão de água de 100 ml a 300 ml a cada 20 minutos, como também optar pela realização da atividade

em locais arejados e, preferencialmente, livre de obstáculos e/ou objetos, o que diminui as chances de ocorrência de acidentes (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Além dessas questões, a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial assim como sua atualização realizada em 2020, traz algumas situações referentes aos níveis pressóricos que contraindicam a prática de atividade física em situações específicas. A primeira está vinculada aos níveis pressóricos para início da AF, sendo contraindicado a realização da mesma, caso o indivíduo apresente a PAS e PAD superiores a 160 e/ou 105 mmHg, respectivamente. Em segundo lugar, se faz também importante acompanhar os níveis pressóricos durante a execução da AF, sendo necessário por questões de segurança, diminuir a intensidade da sessão de atividade, caso o sujeito seja um hipertenso hiper-reativo, e esteja com a PA acima de 180/105 mmHg (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

O PEF também deve orientar o hipertenso ao uso contínuo e adequado do tratamento farmacológico como recomendado pelo médico, deixando evidente que a AF é um elemento complementar ao tratamento medicamentoso, não sendo um substituível ao outro. Também é importante que o PEF incentive mudanças de hábitos de vida para além da prática de atividade física, sendo uma boa alimentação por exemplo essencial no processo de controle da HA (BARROSO *et al.*, 2020).

Outra questão importante referente a prescrição de AF para hipertensos está relacionada a intensidade recomendada para as atividades. A literatura tem mostrado que em alguns tipos de exercício físico, o aumento dos níveis pressóricos está proporcionalmente ligado ao aumento da intensidade da atividade, o que eleva a importância de controlar a intensidade da atividade, visando preservar a segurança do indivíduo praticante (PITANGA, 2019).

Nesse contexto, o PEF pode propiciar diversas experiências positivas ao hipertenso por meio da prática de atividade física, que é um meio legal para auxiliar no tratamento medicamentoso, como também importante na prevenção da HA. Para isso, é crucial que o PEF planeje um programa de atividade física contextualizado a cada realidade, sendo importante orientar para cuidados que devem ser tomados antes, durante e após exercício, buscando garantir uma prática eficiente e segura (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Portanto, para que o indivíduo hipertenso possa usufruir dos diversos benefícios proporcionados pela prática de atividade física, é necessário antes de tudo, que o mesmo passe por uma avaliação médica, e após liberação médica, procure um profissional de educação física qualificado, que será responsável por realizar uma prescrição coerente a determinada realidade, pautados na especificidade e limitação do indivíduo. Para além dessas questões, caso o indivíduo sinta algum mal-estar durante a realização da sessão de treinamento, o mesmo deve

interromper imediatamente a prática da atividade, e buscar atendimento médico especializado (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

4.4.2 Exercícios Físicos indicados para hipertensos

É de conhecimento a existência de múltiplos tipos de exercícios físicos que podem ser realizados proporcionando uma rotina ativa. Dentre os principais tipos de exercícios se destacam os aeróbicos, resistidos ou de força, concorrentes como também os de flexibilidade. Independentemente do tipo, é notório que a prescrição deva ser baseada na combinação de diversas variáveis para que os resultados almejados sejam alcançados (PITANGA, 2019).

Segundo o Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM), o uso adequado de tais variáveis tem sido conhecido pelo termo FITT, que significa frequência, intensidade, tempo de sessão do exercício e tipo de atividade, sendo fatores importantes de avaliação para a consolidação de uma prescrição eficiente. Porém, não há ainda uma definição bem estruturada de qual “FITT” seria ideal quando nos referimos ao público hipertenso (PITANGA, 2019). Dessa maneira, notamos que os estudos ainda não conseguiram consolidar quais seriam as recomendações ideais quanto a intensidade e volume de treinamento, seja no exercício aeróbico, resistido, de força ou de flexibilidade. Assim, o ideal é realizar uma prescrição buscando equilibrar aquilo que a literatura traz como mais pontual, possibilitando adquirir o máximo possível dos benefícios que a prática favorece ao sujeito. Mas quanto ao “tipo de exercício”, existe uma recomendação consensual, de qual seria mais adequado para o indivíduo hipertenso? (PITANGA, 2019).

Sim. A literatura tem ampla gama de estudos realizados e resposta do exercício aeróbico sobre hipertensão, e os resultados de tais estudos têm mostrado este como mais benéfico. Isto porque o exercício aeróbico tem proporcionado um efeito anti-hipertensivo crônico tanto em sujeitos saudáveis quanto em indivíduos hipertensos que apresentam níveis pressóricos elevados em repouso, de acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e sua atualização de 2020 (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Outro fator que favorece o aumento da prescrição do exercício aeróbico para indivíduos hipertensos está relacionado a seu papel hipotensor no pós-exercício. Estudos mostram que uma sessão de exercícios aeróbicos realizados de forma fracionada ou contínua, isolado ou de forma concorrente, contribui para a manutenção dos níveis pressóricos em níveis consideravelmente baixos por muitas horas comparados aos dias que não há a prática de exercícios (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Para isso, é importante conhecer quais são os exercícios considerados aeróbicos, e de que maneira podem ser realizados pelos hipertensos. O exercício aeróbico se caracteriza pela utilização de oxigênio para geração de energia durante a atividade, e entre os principais exercícios aeróbicos se destacam a caminhada, a corrida, a natação, a dança, o ciclismo, entre outros. As recomendações indicam sua prática em uma frequência semanal de 3 a 5 vezes, a uma intensidade média entre 40 % a 60 % da capacidade cardiorrespiratória o que corresponde em torno de 11 a 13 pontos na escala de Borg, caracterizando uma intensidade moderada (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Porém, alguns autores acreditam que não há problemas em realizar treinamento todos os dias, pelo contrário consideram positivo, visto que o treinamento diário pode provocar reduções agudas diárias na pressão arterial, contribuindo para a diminuição dos riscos cardiovasculares nos dias de treino. Via de regra, o exercício aeróbico tem sido o mais indicado para o indivíduo hipertenso, porém os treinamentos não devem estritamente se restringir a esta modalidade, pois existem outros tipos de exercícios que trará alguns benefícios importantes para o sujeito, que estão além daqueles relacionados ao controle da PA, o que se observa por exemplo nos exercícios de resistência ou de força (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

O treinamento resistido, também conhecido como treinamento de força, é caracterizado pela execução de exercícios aproximados aos movimentos corporais do cotidiano, acrescidos do uso de uma força de resistência, o que proporciona uma carga contra o músculo, favorecendo o fortalecimento muscular. Dessa maneira, está consolidado que os exercícios resistidos são essenciais no que diz respeito ao fortalecimento muscular, porém para uma prescrição eficiente para o indivíduo hipertenso, este deve ser uma parte complementar ao exercício aeróbico (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Estudos realizados sobre o impacto do exercício resistido sobre a PA ainda são considerados limitados, sendo encontrado na literatura quantidades muito inferiores em relação a estudos acerca das atividades aeróbicas. Porém, meta-análises realizadas recentemente, mostram que esta modalidade também proporciona efeitos anti-hipertensivos no sujeito, podendo até competir com os efeitos proporcionados pela modalidade aeróbica em casos de sujeitos que possuem a PA elevada (PITANGA, 2019).

As recomendações para a prescrição do exercício resistido para o hipertenso estão estabelecidas a uma frequência de duas a três vezes semanais, a uma intensidade entre 60 % a 80 % de uma repetição máxima (1 RM), com repetições entre 8 a 12 para cada série de exercício, de forma isolada ou concorrente, realizando um total de 8 a 10 exercícios para grupos

musculares diversificados em cada treinamento. Sobre a duração do treinamento, o indicado é uma sessão em torno de 30 a 60 minutos (PITANGA, 2019).

Para indivíduos hipertensos sedentários, é interessante flexibilizar o total de repetições realizadas, pois a quantidade prescrita pode ser superior a capacidade muscular do sujeito, sendo desnecessário que o mesmo execute a fase concêntrica do exercício e/ou realize repetições máximas em cada série. Nessa situação, uma alternativa propícia para determinar a relação mais efetiva entre carga e repetições, está em observar o momento em que a velocidade do exercício é minimizada, sendo o momento ideal para finalização da série executada (PITANGA, 2019).

Contudo, é consolidado que o exercício resistido se torna mais eficiente para o controle da PA de forma complementar ao exercício aeróbico, contribuindo para ampliar os benefícios que a prática de atividade física tende a proporcionar ao praticante. Assim, se faz interessante observar os efeitos do exercício concorrente como possível alternativa para ampliar as formas de tratamento não farmacológico, visto que este se caracteriza pela união de modalidades distintas de exercícios em prol de benefícios adversos (PITANGA, 2019).

Nesse sentido, é notório que na maioria das vezes uma prescrição de exercício é constituída pela associação de diferentes tipos de atividades, que implicam no chamado “exercícios concorrentes”. Estes se tornam uma alternativa eficiente, uma vez que possibilitam ao mesmo tempo, o desenvolvimento das capacidades cardiorrespiratórias, do fortalecimento muscular, como também outros impactos positivos que são favorecidos a saúde do indivíduo (PITANGA, 2019).

Entretanto, assim como se nota para o exercício resistido, ainda é deficiente a produção de conhecimento sobre os efeitos do exercício concorrente sobre a Pressão Arterial. Porém, meta-análises realizadas recentemente como revela a Coleção Literária do CREF4/SP de 2019, demonstram que a combinação de exercícios aeróbicos e resistidos em um mesmo treinamento, realizados a uma frequência de três vezes por semana com intensidade moderada influenciam na redução dos níveis pressóricos em repouso, a níveis semelhantes aos resultados obtidos pelo treinamento aeróbico. Também foram observados resultados aproximados referentes aos efeitos da hipotensão pós-exercício (PITANGA, 2019).

Nessa perspectiva, sabendo dos pontos positivos da utilização do exercício concorrente como aliado ao tratamento da HA, é de grande importância compreender as diversas modalidades de exercícios que podem ser utilizados em conjunto. Assim, também é necessário abordar os exercícios de flexibilidade, que são importantes para o aumento da

flexibilidade muscular, que por sua vez facilita a execução de outras atividades (PITANGA, 2019).

Em relação aos exercícios de flexibilidade, também existe inconsistência sobre seus benefícios sobre a diminuição dos níveis pressóricos, porém é muito comum sua utilização nas sessões de treinamento como importante alternativa para aumento da amplitude do movimento. Sua realização provoca uma elevação mínima da PA quando comparado aos exercícios aeróbicos, resistidos e concorrentes, porém isso não significa ausência de riscos. Isto porque a ocorrência de aneurismas por exemplo é mais propícia em exercícios de alongamentos, o que demanda a permanência de alguns cuidados para diminuição do aumento agudo dos níveis pressóricos (PITANGA, 2019).

Para os exercícios de flexibilidade é recomendado sua realização em uma frequência semanal de duas a três vezes, podendo ser aumentada de acordo com os objetivos. Quanto ao estímulo em cada exercício, é ideal que seja empregado de 10 a 30 segundos tanto na modalidade estática quanto na modalidade passiva, sendo mais indicado para o iniciante os alongamentos estáticos (PITANGA, 2019).

Devido à maior parte das investigações científicas serem realizadas acerca do efeito do exercício aeróbico, este tem sido indicado como melhor opção para auxiliar no tratamento farmacológico de sujeitos hipertensos. Porém a combinação da atividade aeróbica junto a outras modalidades se faz coerente, visto que pode proporcionar aos indivíduos benefícios além daqueles relativos à Pressão Arterial. Este ganho tem sido observado na associação do exercício aeróbico ao exercício resistido, sendo o exercício concorrente uma alternativa capaz de proporcionar benefícios cardiorrespiratórios, musculares e outros (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Assim, temos consolidado diversas abordagens que podem ser coerentes com a realidade do hipertenso, sendo necessário em cada uma a tomada de alguns cuidados para execução de uma atividade física prazerosa, segura e benéfica. Para isso, é importante que antes de iniciar uma sessão de treinamento, o indivíduo passe por uma avaliação médica, e na sequência procure um profissional de educação física para planejar seu treinamento de forma contextualizada (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Essa contextualização é de suma importância de modo a garantir a aderência do indivíduo na sessão de treinamento, pois muitas vezes a atividade física sistematizada estabelecida como “padrão” não condiz com a realidade da maioria dos sujeitos. Em alguns casos o indivíduo não tem condições financeiras suficientes para participar de um programa individualizado que é recomendado por autoridade médica, em outros casos não disponibiliza

de materiais e/ou espaços condizentes para a prática de atividade física padronizada, gerando a inatividade física do indivíduo, assim como a perda dos diversos benefícios proporcionados pela AF (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Dessa maneira, a criação de um programa de atividade física contextualizado, acompanhando as recomendações referentes ao “FITT”, utilizando materiais alternativos e espaços que podem ser condizentes a realidade da maioria, se torna uma alternativa eficiente para aumentar a aderência aos treinamentos, como também diminuir os níveis da inatividade física, colaborando pela melhoria das condições de saúde dos sujeitos, especialmente aqueles que são hipertensos (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

5 METODOLOGIA

Essa pesquisa se constitui em um estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa, multimetodológica fundamentada igualmente nas seguintes fontes: 1) Revisão Integrativa de Literatura; 2) Documentos oficiais, legais do campo da educação da saúde e também documentos técnicos relacionados a hipertensão arterial e atividades físicas aplicáveis a pacientes hipertensos; 3) Estudo, inventário, seleção, análise, da pesquisa de campo intitulada: “Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”. De tal modo, respeitou-se as legislações em vigor relacionadas aos aspectos éticos.

A pesquisa quanti-qualitativa parte do pressuposto de que a utilização de análises estatísticas viabilizam a retratação de uma determinada realidade por meio de dados, além de permitir o conhecimento acerca da realidade social observada (SOUZA; KERBAUY, 2017). Nessa perspectiva, podemos compreender que esta pesquisa se baseia nesse universo de observação, uma vez que os dados estatísticos permitem caracterizar a população, além de realizarmos um levantamento sobre questões sociais acerca dos sujeitos pesquisados.

5.1 Revisão Integrativa de Literatura

Para a Revisão Integrativa de Literatura, foi realizada uma busca de artigos nas bases de dados do Portal de Periódico Capes e Google Acadêmico, considerando o idioma português e uma janela periódica entre os anos de 2004 a 2021, visto que esse período foi foco das primeiras discussões realizadas acerca do tema estudado. Para o levantamento dos artigos definimos os seguintes descritores contextualizados ao tema (Hipertensão Arterial OR Hipertensão Arterial Sistêmica OR Doença Cardiovascular OR Hipertenso AND Hábitos de vida OR Sistema Único de Saúde OR Educador Físico OR Atividade Física OR Saúde OR Estratégia de Saúde da Família OR Educação Física OR História OR Exercício físico OR Exercício resistido OR Inatividade Física OR Sedentarismo). Na busca inicial realizada no Portal de Periódico Capes, foi encontrado um total de 1.780 artigos científicos, e na busca realizada no Google Acadêmico foi encontrado um total de 1.020 artigos. Após uma análise por meio da leitura do título e resumos, baixamos um total de 98 artigos. Dentre os 98 artigos, após leitura aprofundada dos mesmos, selecionamos 63 artigos para compor essa revisão.

5.2 Documentos técnicos relacionados à hipertensão arterial e atividades físicas aplicáveis a pacientes hipertensos

Para a redação do capítulo 5.4 foram utilizados documentos técnicos relacionados a hipertensão arterial e atividades físicas aplicáveis a pacientes hipertensos. Dentre estes encontram-se a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e sua atualização de 2020, bem como manuais/livros técnicos da área de Educação Física que fornecessem informações consistentes para elaboração de um Programa de Atividade Física contextualizado visando a melhoria das condições de saúde de hipertensos e melhor adesão ao tratamento medicamentoso.

5.3 A investigação de uma fonte de Pesquisa

Assim, utilizou-se também como fonte a pesquisa de campo intitulada: “Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”, o procedimento adotado foi: fez-se em um primeiro momento um estudo da pesquisa, posteriormente construiu-se um inventário e seleção de temas para subsidiar a investigação do mestrado e posteriormente a análise.

Ao se estudar, investigar, a pesquisa intitulada “Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”, identificou-se que a mesma contou com 562 sujeitos hipertensos assistidos pelas ESF de Diamantina, Minas Gerais. Dentre estes sujeitos, para a realização da análise qualitativa, foi selecionada uma sub-amostra de 16 sendo 50 % do sexo feminino e 50 % do sexo masculino, das faixas etárias de 40 a 59 e 60 anos ou mais.

5.3.1 Aspectos éticos

Ressalta-se que a pesquisa “Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento” utilizada como fonte também se inclui dentre de todas as normas éticas vigentes no (CEP/UFVJM).

Nesse sentido, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (CEP/UFVJM) sob parecer 2.515.050 (ANEXO A), tendo apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina – Minas Gerais (ANEXO B) e Atenção Primária desta cidade (ANEXO C), assim como contou, para

sua implementação, com recursos financeiros da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG, registro APQ-03932-17) e do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS).

Na execução do projeto foi criteriosamente respeitada a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios para a realização de pesquisa com seres humanos. Esta Resolução se pauta na garantia do respeito da dignidade, da identidade e da privacidade dos participantes bem como de sua livre escolha para participar, permanecer ou desistir da pesquisa a qualquer momento (BRASIL, 2012).

Sob esta perspectiva, cada participante recebeu orientações relativas aos objetivos do estudo e sua importância para a pesquisa e educação em saúde. Foram considerados para a pesquisa os adultos com idade igual ou maior que 40 anos, que além de se interessarem em participar, estivessem de acordo em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

5.3.2 Tipos do estudo e abordagem

Tratou-se de um estudo descritivo, de corte transversal e de abordagem quantitativa. Esse tipo de estudo descreve as características da população investigada, no intuito de conhecer de que forma ocorre determinado fenômeno sem manipulá-lo (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007). Por ser do tipo descritivo, a partir da observação dos fatos os dados são levantados e registrados, no intuito de se estabelecer relações entre as variáveis observadas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Já o método transversal, segundo Sampieri *et al.* (2006) e Sassi e Cervantes (2011) é apropriado para descrever as características da população levando em consideração determinadas variáveis e seus estilos de distribuição, favorecendo a coleta de dados, uma vez que esta pode ser realizada com mais de um grupo simultaneamente. O grupo de estudo é classificado como simples por apresentar baixo custo e economizar tempo, pois não demanda de acompanhamento. De acordo com Kelsey *et al.* (1996), o estudo transversal descritivo é um meio vantajoso para investigar a Hipertensão Arterial, pois está se trata de uma doença crônica muitas vezes silenciosa, de início lento e longa duração, o que acarreta em busca por cuidados médicos quando já existe um quadro mais avançado da doença, onde complicações cardiovasculares já se fazem notórias.

No caso da abordagem quantitativa, é realizada uma operação com variáveis expressas por meio de dados numéricos, que utiliza recursos avançados e técnicas estatísticas

para alcançar a classificação e análise dos dados. Este método de abordagem visa desvendar relações de causa e efeito implicando aquilo que mais predomina, como a incidência, o tamanho e peculiaridades mensuráveis de dado fenômeno, realizando normalmente a quantificação das relações entre as variáveis inferindo o quanto estas são fortes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

5.3.3 Universo de estudo

O universo da pesquisa foi constituído por 6.608 hipertensos assistidos pelas dez Estratégias Saúde da Família (ESF) situadas na zona urbana da cidade de Diamantina, Minas Gerais. Cidade mineira que se situa na região do Vale do Jequitinhonha, correspondente a Serra do Espinhaço, território envolvido pelas bacias do rio São Francisco e do rio Jequitinhonha. Localizada a uma distância de 282 Km da capital mineira Belo Horizonte, a cidade de Diamantina é composta por uma população aproximada de 47.723 habitantes de acordo com o (IBGE, 2019). Sua fundação soma aproximadamente três séculos, sendo inicialmente conhecida por povoado de arraial até ser considerada município de Diamantina. Esta cidade é registrada como patrimônio histórico brasileiro, caracterizada por fatos históricos ligados à exploração de ouro e diamante, além de apresentar um cenário arquitetônico cultural e natural preservado e altamente valorizado.

Mesmo se localizando no Vale do Jequitinhonha, região brasileira com elevado índice de pobreza, Diamantina supera esta realidade, sendo considerada uma dentre as três cidades mineiras com maior custo de vida, justificado pela valorização turística, tendo o seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no valor de 0,716, classificada como município de médio desenvolvimento (IBGE, 2021). O IDH consiste em uma medida eficiente para avaliação das condições de uma determinada região, avaliando a qualidade de vida e o ritmo de desenvolvimento de sua população. É conhecido, a rápida transição que ocorreu na cidade de Diamantina nos últimos anos, contribuindo para mudança do seu perfil, resultante da inserção da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), na primeira década de 2000, que se transformou no motor econômico do município (IBGE, 2017).

A rede de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em Diamantina é constituída por doze equipes de Estratégias Saúde da Família (ESF), onde destas, dez se localizam na zona urbana, e as outras duas na zona rural. Alcançando uma cobertura de aproximadamente 100% da população, a APS em Diamantina é efetivada pelas (UBSs) Centro e Viver Melhor/Rio Grande; e pelas ESFs Vila Operária, Jardim Imperial, Bom Jesus, Arraial dos Forros, Bela Vista, Cazusa, Renascer/Rio Grande, Viver Melhor/Rio Grande, Palha (BRASIL, 2020; PREFEITURA DE DIAMANTINA, 2020).

5.3.4 Amostra

A amostra deste estudo é formada por hipertensos cadastrados na ESF da zona urbana de Diamantina Minas Gerais, de ambos os sexos, com idade igual ou maior do que 40 anos. Para estabelecimento do n amostral realizou-se um cálculo amostral fundamentado no modelo de estimativa para proporção, onde foi admitido um erro padrão proporcional a 3,0 %, com intervalo de confiança de 97,0 % e proporção de 13,7 %.

Após realização de correção do n amostral final, foi obtido o resultado do cálculo considerando todos os hipertensos cadastrados nas ESFs situadas na zona urbana, inserindo 10,0 % de possíveis perdas, onde resultou em 562 hipertensos. Dentre esse número amostral, o teste de *Morisky-Green* sugeriu que 254 indivíduos correspondente a 45,2 % se enquadram em máxima adesão ao tratamento medicamentoso, enquanto 173 indivíduos correspondente a 30,8 % são tidos como moderada adesão e 135 correspondentes a 24,0 % são considerados de baixa adesão (MORISKY, D. E.; GREEN, 1986).

Após ter acesso as listas fornecidas pelas ESF contendo informações de cada hipertenso, como nome, data de nascimento, idade e sexo, foi realizado um sorteio aleatório intragrupos, considerando sexo e as faixas etárias 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69 e 70 a 80. Dessa maneira, a amostra desse trabalho foi elaborada a partir de indivíduos hipertensos caracterizados em máxima e baixa adesão ao tratamento farmacológico.

O teste de *Morisky-Green* MM-8 instrumento validado nos Estados Unidos da América com hipertensos, implica em um método descomplicado que possibilita estimar a adesão ao tratamento medicamentoso, sendo considerado um modelo padrão ouro, muito utilizado no Brasil para investigar a adesão ao tratamento de doenças crônicas (BORGES, 2012; MORISKY, D. E.; GREEN, 1986).

Este instrumento é formado por oito questões, que a partir da somatória de suas respostas é possível classificar a adesão ao tratamento medicamentoso. As questões enumeradas de um a sete são pontuadas em “sim” e “não”, atribuindo o valor de um ponto para cada resposta afirmativa e de zero para as negativas. A questão de número oito é respondida pelas opções “às vezes”, “frequentemente” e “sempre” consideradas no valor de zero pontos, enquanto as opções “quase nunca” e “nunca” é atribuído o valor de um ponto. A soma final dos pontos adquiridos descreve o tipo de adesão ao tratamento medicamentoso, sendo menor que seis pontos baixa adesão, de seis pontos a sete pontos moderada adesão, e o somatório de oito pontos representa máxima adesão (BASTOS-BARBOSA, 2012).

5.3.5 Critérios de inclusão/exclusão

Para inclusão no estudo, foram considerados indivíduos hipertensos que fazem uso da medicação anti-hipertensiva há um período de no mínimo seis meses, com idade superior aos 40 anos, com função cognitiva normalizada, e que concordassem em participar da pesquisa assinando o TCLE. Já aqueles indivíduos com funcionalidade comprometida, apresentando algum tipo de dependência não foram incluídos no estudo. Para a realização tanto da inclusão quanto da exclusão foi levado em consideração os prontuários arquivados nas ESF, contando com a colaboração dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde referentes aquela área.

5.3.6 Estudo piloto

A realização da pesquisa de campo foi consolidada por três profissionais da área da saúde sendo um nutricionista, um farmacêutico e um educador físico, contratados como bolsistas de apoio técnico (BAT)¹ selecionado pelo Coordenador da pesquisa. Os três bolsistas foram submetidos a um treinamento de 20 horas, dividido em cinco encontros para estarem aptos a desenvolver o trabalho. Para se integrarem melhor ao tema, antes de cada encontro os bolsistas foram orientados a estudar a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS, 2016).

Visando testar o instrumento de coleta de dados e sua aplicação, foi realizado um estudo piloto com 10 hipertensos assistidos na ESF escolhidos de forma aleatória, e que estavam dentro dos critérios definidos para inclusão na pesquisa. Esta fase visou analisar os procedimentos e a pertinência dos instrumentos de coleta de dados, não sendo estes considerados para o estudo principal.

5.3.7 Coleta de dados

Para que a coleta de dados pudesse ser desenvolvida, a fim de garantir autorização (ANEXO B), houve uma reunião junto ao Secretário Municipal de Saúde de Diamantina Minas

¹ Bolsa de Apoio Técnico para profissional técnico especializado, engajado no desenvolvimento de atividades técnicas de projeto de pesquisa. Destina-se a profissionais com formação superior e que, no desenvolvimento de pesquisas, deverão exercer atividades técnicas que exigem conhecimentos compatíveis com esse nível de formação; e técnicos com formação profissional de nível médio e que, no desenvolvimento de pesquisas, deverão exercer atividades técnicas de nível intermediário e de média complexidade.

Gerais e o Coordenador da Estratégia Saúde da Família, visando esclarecer como seria o desenvolvimento da pesquisa, apresentando a metodologia proposta.

Na sequência foram realizadas visitas nas dez Estratégias Saúde da Família situadas na zona urbana de Diamantina Minas Gerais, para apresentação do projeto, esclarecendo seus objetivos, buscando apoio dos profissionais que integravam as equipes. Foi solicitado em cada ESF a lista completa dos hipertensos para realização de um levantamento dos mesmos, de acordo com sexo, idade, para formação da amostra da pesquisa: “HA sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”. Foi evidenciado que o desenvolvimento da pesquisa não acarretaria em nenhum prejuízo aos serviços prestados pelos profissionais nas ESF.

Com as listas disponibilizadas por cada ESF, contendo nome, idade, sexo e contato dos participantes, foi realizado o sorteio dos indivíduos que deveriam participar da amostra, pautados nos critérios de inclusão/exclusão. Após o sorteio, os selecionados para comporem a amostra foram inseridos em listas para o trabalho de campo a serem entregues aos bolsistas responsáveis pela coleta.

Contendo as listas com informações dos possíveis participantes, os bolsistas encarregados pela coleta de dados, realizaram visitas aos domicílios dos hipertensos selecionados para apresentarem os objetivos da pesquisa, os procedimentos necessários para a coleta de dados, assegurando o interesse em participação do mesmo.

5.3.8 Entrevista

Após concordarem em participar da pesquisa, confirmando tal aceitação pela assinatura do TCLE, foi dado início a uma entrevista guiada por um roteiro pré-determinado.

Este roteiro é composto por questões referentes a: (1) identificação: caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; (2) questões que abordam suas vivências e percepções em relação a HA; (3) adesão ao tratamento-medicamentoso e (4) aferição da PA.

Para realização da entrevista foi dada liberdade ao entrevistado para definir o local mais apropriado para a mesma, visando proporcionar privacidade e sigilo das informações, além de possibilitar conforto ao entrevistado.

Para início, foi realizado um *rapport*² entre o hipertenso e o bolsista de apoio técnico. Salienta-se que, nas entrevistas, manteve-se uma abordagem informal de modo que o hipertenso se sentisse confortável para se expressar.

O registro dos dados coletados em entrevistas guiadas por um Roteiro Estruturado de Entrevista foi realizado diretamente em um programa off-line da Sphinx do Brasil instalado em um *tablet*. Cada entrevista teve duração média de 60 minutos, realizadas no período de novembro de 2018 a dezembro de 2019.

² *Rapport* é o processo de aproximação cordial entre terapeuta e paciente, objetivando facilitar o diálogo durante a coleta de dados.

5.4 Análise dos dados

Após a realização do inventário, e seleção de temas, configurou-se a análise de dados, conforme, o quadro a saber:

Quadro 1 - Variáveis do estudo.

1 – Identificação dos Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ● Amostra 16 indivíduos (8 homens e 8 mulheres, idades distintas) ● Gênero ● Adesão ao tratamento ● Idade ● Etnia ● Estado civil ● Escolaridade ● Peso ● Altura
2 – Vivências e Percepções em relação à HA	<ul style="list-style-type: none"> ● O que é pressão alta? ● Realiza prática de atividade física? Quantas vezes na semana? ● Orientações recebidas dos profissionais da saúde para controlar a pressão? ● Além da Pressão Alta, que outros problemas de saúde você possui? ● Você fuma? ● Se esquece de tomar a medicação? ● Possui outros problemas de saúde além da Hipertensão? Quais?
3– Adesão ao Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> ● Classificação da adesão – Morisky-Green MM-8
4 – Classificação da PA	<ul style="list-style-type: none"> ● Classificação da 7ª Diretriz Brasileira de HA

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Em termos quantitativos o presente estudo colocou em relevo as variáveis idade, etnia, estado civil, escolaridade, tabagismo, prática de exercícios físicos, classificação do IMC, classificação da Pressão Arterial, classificação da Adesão ao Tratamento. Para a análise destas foi utilizado o software Sphinx IQ2, sendo os resultados apresentados em tabelas expressas em frequências absolutas e porcentagens. A verificação de possível dependência (relação) entre as variáveis observadas foi realizada através do teste do χ^2 . A verificação do nível de adesão ao tratamento se fez a partir do teste de Morisky-Green-MGL, que efetivamente é uma escala de domínio público, amplamente utilizada e citada em pesquisas publicadas em diversos periódicos científicos.

Já em termos qualitativos, buscamos compreender as percepções de alguns sujeitos hipertensos selecionados da amostra, para compreensão de suas percepções acerca da

Hipertensão Arterial. Tal compreensão se faz na perspectiva de Minayo (2012), que considera a abordagem qualitativa como uma via baseada na experiência, vivência, senso comum e ação, que podem ser compreendidos, interpretados e dialetizados.

6 RESULTADOS

6.1 Resultados quantitativos

Participaram da pesquisa 562 sujeitos acometidos por HA, sendo 356 (63,3%) do sexo feminino e 206 (36,7%) do sexo masculino, com média de idade de 61,9 ($\pm 10,05$) e 62,9 (9,73) anos, respectivamente.

A Tabela 1 apresenta as variáveis em observação referentes aos sujeitos participantes deste estudo distribuídos conforme o sexo, indicando as casas significativas a partir das quais o teste do χ^2 identificou existir algum nível de relações entre elas. As casas marcadas em azul indicam valores muito acima e, em vermelho, os valores muito abaixo do esperado para o grupo em análise.

O teste do χ^2 identificou que o sexo dos entrevistados possui relação muito significativa com Estado Civil [$p = <0,01$; $\text{Khi}2 = 60,60$; $\text{gdl} = 4$ (MS)]; Escolaridade [$p = 0,001$; $\text{Khi}2 = 17,62$; $\text{gdl} = 4$ (MS)] e Índice de Massa Corporal (IMC) [$p = 0,009$; $\text{Khi}2 = 15,26$; $\text{gdl} = 5$ (MS)].

Foi também verificado que existe dependência significativa entre sexo e Prática de Exercícios Físicos [$p = 0$; $\text{Khi}2 = 6$; $\text{gdl} = 1$ (S)] e dependência pouco significativa entre sexo e ser fumante ativo [$p = 0$; $\text{Khi}2 = 2$; $\text{gdl} = 1$ (PS)].

Diferentemente, o teste do χ^2 não encontrou dependência de Sexo com ser Fumante Passivo [$p = 0,60$; $\text{Khi}2 = 0,28$; $\text{gdl} = 1$ (NS)] ou com Classificação da Pressão Arterial [$p = 0,72$; $\text{Khi}2 = 2,09$; $\text{gdl} = 4$ (NS)].

A análise das variáveis constantes na Tabela 2, pelo teste do χ^2 , indicou que a Prática de Atividade Física apresenta dependência muito significativa com Tabagismo [$p = 0,008$; $\text{Khi}2 = 7,10$; $\text{gdl} = 1$ (MS)], pouco significativa com Classificação da Adesão [$p = 0,11$; $\text{Khi}2 = 4,42$; $\text{gdl} = 2$ (PS)] e nenhuma significância com Índice de Massa Corporal (IMC) [$p = 0,50$; $\text{Khi}2 = 4,38$; $\text{gdl} = 5$ (NS)].

Já em relação a Classificação da Pressão Arterial não foi encontrada dependência significativa [$p = 0,23$; $\text{Khi}2 = 5,67$; $\text{gdl} = 4$ (NS)] com a Prática de Atividade Física, a não ser mediante o agrupamento dos sujeitos identificados como PA em Estágios I, II e III. Neste caso, a dependência se torna pouco significativa [$\text{Qui}2 = 4,10$, $\text{gl} = 2$, $1-p = 87,10\%$].

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas e de saúde dos hipertensos participantes da pesquisa,
Diamantina-MG, 2020

Variáveis	Feminino		Masculino	
	n	% cit.	n	% cit.
Idade				
Menos de 50	42	11,80%	20	9,70%
De 50 a 59	111	31,20%	62	30,10%
De 60 a 69	113	31,70%	69	33,50%
70 e mais	90	25,30%	55	26,70%
Total	356	100,0%	206	100,0%
Cor/Etnia				
Amarela	8	2,2%	1	0,5%
Branca	78	21,9%	42	20,4%
Parda	205	57,6%	117	56,8%
Preta	65	18,3%	46	22,3%
Total	356	100,0%	206	100,0%
Estado Civil				
Casado	175*	49,2%	161*	78,2%
Divorciado/Desquitado/Separado	35	9,8%	18	8,7%
Solteiro	55*	15,4%	15*	7,3%
União Estável/Amasiado/Convivente	14	3,9%	8	3,9%
Viúvo	77*	21,6%	4*	1,9%
Total	356	100,0%	206	100,0%
Escolaridade				
Analfabeto/Fundamental incompleto	101	28,4%	50	24,3%
Fundamental I /Fundamental II Incompleto	88	24,7%	61	29,6%
Fundamental Completo/Médio Incompleto	41	11,5%	30	14,6%
Médio Completo/Superior Incompleto	65*	18,3%	52*	25,2%
Superior Completo	61*	17,1%	13*	6,3%
Total	356	100,0%	206	100,0%
Fumante Ativo				
Sim	34	9,6%	28	13,6%
Não	322	90,4%	178	86,4%
Total	356	100,0%	206	100,0%
Prática de exercícios físicos				
Sim	221**	26,8%	146**	33,3%
Não	603**	73,2%	292**	66,7%
Total	824	100,0%	438	100,0%
Classificação Índice de Massa Corporal (IMC)				
Abaixo do peso (<18,5)	8	2,2%	8	3,9%
Peso normal (18,5 – 24,9)	77***	21,6%	61***	29,6%
Sobrepeso (25,0 – 29,9)	133	37,4%	81	39,3%
Obesidade grau I (30,0 – 34,9)	81	22,8%	43	20,9%
Obesidade grau II (35,0 – 39,9)	42***	11,8%	11***	5,3%
Obesidade grau III (≥ 40,0)	15***	4,2%	2***	1,0%
Total	356	100,0%	206	100,0%
Classificação da Pressão Arterial				
Normal (≤ 120 e ≤ 80)	80	22,5%	37	18,0%
Pré-hipertensão (121–139 e 81–89)	126	35,4%	76	36,9%
Hipertensão Estagio 1 (140–159 e 90–99)	98	27,5%	57	27,7%
Hipertensão Estagio 2 (160–179 e 100–109)	38	10,7%	27	13,1%
Hipertensão Estagio 3 (≥ 180 e ≥ 110)	14	3,9%	9	4,4%
Total	356	100,0%	206	100,0%

Fonte: Pesquisa de campo

Número de entrevistados: 562

* p < 0,01; ** p < 0,03 ; *** p < 0,009

Tabela 2 - Prática de atividades físicas e condições de saúde dos hipertensos participantes da pesquisa, Diamantina-MG, 2020

Variáveis	Prática de Atividade Física					
	Sim		Não		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Fumante						
Não	275*	92,3%	225*	85,2%	500	89,0%
Sim	23*	7,7%	39*	14,8%	62	11,0%
Total	298	100,0%	264	100,0%	562	100,0%
Classificação da Adesão						
Máxima Adesão (8 pontos)	142	47,7%	112	42,4%	254	45,2%
Moderada Adesão (6 e 7 pontos)	95	31,9%	78	29,5%	173	30,8%
Baixa Adesão (< 6 pontos)	61**	20,5%	74**	28,0%	135	24,0%
Total	298	100,0%	264	100,0%	562	100,0%
Classificação da Pressão Arterial						
Normal (≤ 120 e ≤ 80)	66	22,1%	51	19,3%	117	20,8%
Pré-hipertensão (121–139 e 81–89)	115	38,6%	87	33,0%	202	35,9%
Hipertensão Estágio 1 (140–159 e 90–99)	79	26,5%	76	28,8%	155	27,6%
Hipertensão Estágio 2 (160–179 e 100–109)	29	9,7%	36	13,6%	65	11,6%
Hipertensão Estágio 3 (≥ 180 e ≥ 110)	9	3,0%	14	5,3%	23	4,1%
Total	298	100,0%	264	100,0%	562	100,0%
Classificação da Pressão Arterial						
Normal (= 120 e = 80)	66	36,5%	51	19,3%	117	20,8%
Pré-hipertensão (121–139 e 81–89)	115	63,5%	87	33,0%	202	35,9%
Hipertensão Estágio 1-3	117***	39,3%	126***	47,7%	243	43,2%
TOTAL	181	139,3%	264	100,0%	562	100,0%
Índice de Massa Corporal (IMC)						
Abaixo do peso (<18,5)	7	2,3%	9	3,4%	16	2,8%
Peso normal (18,5 – 24,9)	78	26,2%	60	22,7%	138	24,6%
Sobrepeso (25,0 – 29,9)	120	40,3%	94	35,6%	214	38,1%
Obesidade grau I (30,0 – 34,9)	60	20,1%	64	24,2%	124	22,1%
Obesidade grau II (35,0 – 39,9)	24	8,1%	29	11,0%	53	9,4%
Obesidade grau III ($\geq 40,0$)	9	3,0%	8	3,0%	17	3,0%
TOTAL	298	100,0%	264	100,0%	562	100,0%

Fonte: Pesquisa de campo

Número de entrevistados: 562

* p = 0,008; ** p = 0,11; *** p = 0,13

6.2 Resultados qualitativos

Descrição de 16 participantes da pesquisa

Dentre os dezesseis (16) entrevistados selecionados para uma visão mais abrangente de sua realidade, oito (8) são do sexo feminino e oito (8) do sexo masculino. Foram

incluídos nesta análise, por meio de sorteio, os respondentes de número 42, 67, 75, 103, 114, 138, 147, 152, 215, 292, 301, 302, 414, 482, 527, 537.

Respondente nº 75:

Sexo feminino, 74 anos, não praticante de atividade física, não fumante, ensino Fundamental completo. Em relação à “pressão alta”, informou que o sal e várias outras coisas aumentam a PA. Foi orientado pela equipe de saúde para tomar o remédio corretamente e reduzir o uso de sal. Relata ter problemas cardíacos, circulatórios, colesterol alto, problemas de coluna e ósseos. Afirma não se esquecer de tomar o medicamento para HA, nas aferições da PA alcançou valor médio de 110x72 mmHg (Normal), com IMC de 35,09 (Obesidade Grau II).

Respondente nº 114:

Sexo feminino, 55 anos, não pratica atividade física, não fumante, ensino Fundamental I completo. Em relação à “pressão alta”, informou que causa dores de cabeça e alterações no organismo. Foi orientado pela equipe de saúde para tomar o remédio corretamente, reduzir o uso de sal e realizar exercício físico. Relata ter diabetes e se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 113x76 mmHg (Normal), com IMC 34,60 (Obesidade de Grau I).

Respondente nº 147:

Sexo masculino, 75 anos, não pratica atividade física, não fumante, analfabeto. Em relação à “pressão alta”, informou que a pressão alta significa problema. Foi orientado pela equipe de saúde para tomar o remédio corretamente. Relata ter problemas cardíacos e de coluna, e diz se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 114x77 mmHg (Normal), com IMC 31,21 (Obesidade de Grau I).

Respondente nº 414:

Sexo masculino, 55 anos, não pratica atividade física, fumante, ensino Fundamental I completo. Em relação à “pressão alta”, informou que está relacionada ao excesso de comida gordurosa, que deve ser evitado. Foi orientado pela equipe de saúde para realizar atividade

física. Relata não ter outros problemas de saúde e diz não se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 106x74 mmHg (Normal), com IMC 23,91 (Peso Normal).

Respondente nº 152:

Sexo feminino, 71 anos, não pratica atividade física, não fumante, analfabeto. Em relação à “pressão alta”, informou que é alteração no coração. Foi orientado pela equipe de saúde para tomar o medicamento corretamente e evitar contrariedade. Relata ter problemas cardíacos, circulatório, respiratório e de coluna, e diz se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 192x88 mmHg (Fora da Meta), com IMC 21,87 (Peso normal).

Respondente nº 301:

Sexo feminino, 53 anos, não pratica atividade física, não fumante, ensino Fundamental I completo. Em relação à “pressão alta”, não soube explicar. Foi orientado pela equipe de saúde para reduzir o sal, reduzir gorduras, melhorar a alimentação, e tomar o remédio corretamente. Relata ter problemas cardíacos, de coluna, ósseos e elefantíase e diz não se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 207x124 mmHg (Fora da Meta), com IMC 56,97 (Obesidade Grau III).

Respondente nº 482:

Sexo masculino, 46 anos, não pratica atividade física, não fumante, ensino Fundamental completo. Em relação à “pressão alta”, não soube explicar. Foi orientado pela equipe de saúde para melhorar alimentação, reduzir sal e gordura, realizar exercício físico e aferir a pressão diariamente. Relata não ter outros problemas de saúde e diz se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 159x112 mmHg (Fora da Meta), com IMC 36,36 (Obesidade Grau III).

Respondente n° 527:

Sexo masculino, 76 anos, não pratica atividade física, não fumante, ensino Fundamental I completo. Em relação à “pressão alta”, não soube explicar muito bem, mas diz que deve ser causada pelo sal mesmo. Foi orientado pela equipe de saúde para reduzir sal e gorduras, e tomar o medicamento corretamente. Relata não ter outros problemas e diz se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 194x103 mmHg (Fora da Meta), com IMC 25,85 (Sobrepeso).

Respondente n° 67:

Sexo feminino, 57 anos, pratica atividade física de segunda a sexta feira, não fumante, ensino Fundamental completo. Em relação à “pressão alta”, informa que significa a pressão sanguínea estar mais elevada. Foi orientado pela equipe de saúde para tomar o remédio corretamente, reduzir sal e gorduras, e fazer exercício físico. Relata ter problemas de tireoide, e diz não se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de mmHg 98,0x69,0 (Normal), com IMC 30,61 (Obesidade Grau I).

Respondente n° 103:

Sexo feminino, 70 anos, pratica atividade física de segunda a sexta feira, não fumante, ensino Médio completo. Em relação à “pressão alta”, informa que é a circulação muito forte e rápida de sangue. Foi orientado pela equipe de saúde para tomar o remédio corretamente, realizar exercício físico, e reduzir sal e gorduras. Relata ter problemas respiratórios, colesterol alto, diabetes e diz não se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 113x80 mmHg (Normal), com IMC 25,34 (Sobrepeso).

Respondente n° 42:

Sexo masculino, 79 anos, pratica atividade física na segunda, quarta e sexta feira, não fumante, ensino Fundamental I completo. Em relação à “pressão alta”, que é um sintoma ruim que a pessoa pode apresentar que merece cuidado. Foi orientado pela equipe de saúde para tomar o remédio corretamente, melhorar a alimentação, reduzir sal e gorduras, e não beber bebida alcoólica. Relata ter problemas cardíacos, colesterol alto e diz não se esquecer de tomar

o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 117x69 mmHg (Normal), com IMC 24,80 (Peso normal).

Respondente nº 302:

Sexo masculino, 55 anos, pratica atividade física na segunda, quarta e sexta feira, não fumante, ensino Fundamental completo. Em relação à “pressão alta”, não soube explicar. Foi orientado pela equipe de saúde para melhorar a alimentação, reduzir gorduras e realizar exercício físico. Relata ter problemas cardíacos, circulatórios, respiratório, e diz não se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 119x70 mmHg (Normal), com IMC 42,61 (Obesidade Grau III).

Respondente nº 138:

Sexo feminino, 70 anos, pratica atividade física ocasionalmente, não fumante, analfabeto. Em relação à “pressão alta”, informa que é um risco para o surgimento de AVC e infarto. Foi orientado pela equipe de saúde para tomar o remédio corretamente, melhorar a alimentação e reduzir sal e gorduras. Relata ter problemas psicológicos, ósseos, de coluna e diz se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 182x92 mmHg (Fora da Meta), com IMC 26,75 (Sobrepeso).

Respondente nº 537:

Sexo feminino, 59 anos, pratica atividade física de segunda a sexta feira, não fumante, ensino Fundamental I completo. Em relação à “pressão alta”, não soube explicar. Foi orientado pela equipe de saúde para melhorar a alimentação, reduzir sal e gorduras, tomar o remédio corretamente, realizar exercício físico e aferir a pressão diariamente. Relata ter problemas cardíacos, diabetes, ósseos e diz não se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 201x112 mmHg (Fora da Meta), com IMC 32,41 (Obesidade Grau I).

Respondente nº 215:

Sexo masculino, 53 anos, pratica atividade física de segunda a sexta feira, não fumante, ensino Médio completo. Em relação à “pressão alta”, informa que se trata de algo que está fora de controle. Foi orientado pela equipe de saúde para tomar o remédio corretamente e realizar exercício físico. Relata não ter outros problemas de saúde e diz se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 173x110 mmHg (Fora da Meta), com IMC 28,45 (Sobrepeso).

Respondente nº 292:

Sexo masculino, 74 anos, pratica atividade física fielmente na sexta feira, não fumante, analfabeto. Em relação à “pressão alta”, informa que está relacionado à tonteira. Foi orientado pela equipe de saúde para tomar o remédio corretamente. Relata não ter outros problemas de saúde e diz se esquecer de tomar o medicamento. Nas aferições da PA alcançou valor médio de 234x132 mmHg (Fora da Meta), com IMC 23,13 (Peso normal).

O PEF inserido na ESF de Diamantina-MG

A ESF de Diamantina conta com um (1) Educador Físico em sua rede de atenção primária, o qual foi incluído há cerca de três (3) anos, devendo fornecer suporte a todas as unidades, sendo doze (12) na zona urbana e quatro (04) na zona rural. Essas unidades estão instaladas em imóveis alugados, exigindo que os espaços específicos de consultórios e salas de vacina sejam adaptados para se adequarem às normatizações. Como consequência da inexistência de espaço físico específico para a atuação deste profissional, há a necessidade de improvisações para que possa atuar. Dessa forma, em função da atividade que será executada, além de amplos espaços que possam existir em algumas unidades, o PEF busca outros locais que sejam mais adequados, como espaços comunitários, anexos a igrejas, associações, praças e ruas de menor fluxo em horários de movimento reduzidos. É importante salientar que não foi encontrado documento oficial na Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina - Mg, que comprove tais dados, sendo estas informações recebidas por meio de um bate-papo junto à Coordenadora da Atenção Primária da cidade.

Quanto aos materiais para desenvolvimento das atividades, no ano de 2020 foram adquiridos colchonetes, cordas, caneleiras, bambolês, bolas, entre outros, os quais, devido às

medidas sanitárias decorrentes da pandemia da Covid-19 ainda não puderam ser utilizados. Até o início destas medidas a rotina do educador físico acompanhava a jornada de trabalho das equipes de saúde, que ocorre de segunda a sexta-feira das 07 às 17 horas. As atividades do PEF, juntamente com outros profissionais das equipes multiprofissionais, são voltadas aos atendimentos coletivos e compartilhados com intervenções grupais. Já os atendimentos individuais compartilhados com outros membros das equipes são voltados às famílias identificadas no matriciamento realizado pelas unidades. Quando necessário, tais atendimentos são realizados em domicílio, permitindo maior conhecimento do contexto dos pacientes.

No contexto da pandemia, o PEF tem auxiliado em atividades administrativas, organizando e analisando informações de indicadores de saúde que são repassadas a outros profissionais para inserção no sistema do e-SUS na ESF. Fora deste contexto, não existe uma especificidade em relação ao público alvo de atuação deste profissional. Além do trabalho realizado com grupos de gestantes e de dor crônica, sua atuação atende a demandas das unidades, metas estipuladas pela gestão municipal, estadual ou federal, como por exemplo, a realização de ações em escolas públicas, direcionadas a práticas corporais para crianças desde a pré-escola até a maioridade como prevê o Programa Saúde na Escola.

A semelhança do que ocorre com outros cursos de formação de profissionais de saúde, há lacunas nos currículos dos cursos de Educação Física, que dificultam uma melhor preparação do PEF para atuar na Atenção Primária à Saúde. Em decorrência, são oferecidas capacitações aos profissionais que passam a integrar as equipes de saúde da ESF, visando orientá-los em seus respectivos trabalhos, para maior êxito em suas atuações junto aos assistidos. Reuniões junto a coordenação da Atenção Primária, auxiliam o PEF na redução de limitações em sua atuação tendo por mote otimizar suas ações. Conforme relatos colhidos durante as entrevistas, tem sido observado que o PEF, membro da rede de atenção primária de Diamantina, tem seu trabalho reconhecido e, em função do comprometimento observado nos sujeitos que fazem parte dos grupos com os quais trabalha, está motivado para prosseguir atuando na saúde.

7 DISCUSSÃO

Os resultados observados neste estudo possibilitam uma análise atual da consolidação da inserção do Profissional de Educação Física (PEF) na Atenção Primária à Saúde (APS), além de favorecer a compreensão acerca da relação da Atividade Física no controle e tratamento da Hipertensão. Na ESF da cidade de Diamantina-MG, tem sido evidenciada uma atuação do PEF caracterizada pelo desenvolvimento de atividades diversificadas, sendo geralmente de cunho orientativo e educativo no âmbito da Atividade Física. Este fato se reafirma com a percepção encontrada na literatura, que descreve o Educador Físico como um profissional apto a desempenhar diversos papéis em espaços distintos (LIMA *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2020).

A inserção do Educador Físico na Rede de Atenção Primária em Diamantina-MG aconteceu há aproximadamente três (3) anos, sendo um processo considerado recente que provoca a necessidade de adaptação desse profissional para atuação neste novo ambiente. A condição de ser fato recente não se limita apenas a Diamantina, visto que no Brasil, somente no ano de 1997 por meio do Conselho Nacional de Saúde, os profissionais de educação física tiveram sua profissão reconhecida e pertencente à área da saúde. Porém, a legalidade para o PEF atuar nos serviços de saúde ocorreu efetivamente a partir do ano de 2008 com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde este profissional passou a integrar as equipes multiprofissionais que atuam na Atenção Primária (COSTA, 2019; FALCI; BELISÁRIO, 2013; MANSKE; OLIVEIRA, 2017).

Com a criação do NASF o PEF passou a ser incluído nos serviços de saúde com permanência na equipe multiprofissional. O objetivo deste profissional é atuar em diversas demandas de saúde em que um estilo de vida ativo e consciente provocado pela sua atuação, minimize a ocorrência de possíveis agravos ou reduza danos decorrentes de deficiências já instaladas. Desta forma, a assistência ofertada pelo PEF na ESF de Diamantina volta-se à promoção da saúde de forma coletiva ou individual, sempre pautada no trabalho realizado em equipe, onde há uma interação desse profissional com os demais que complementam a rede de atenção primária (FALCI; BELISÁRIO, 2013; MANSKE; OLIVEIRA, 2017).

A realidade dos serviços de saúde onde o PEF passa a ser inserido, é totalmente diferente dos demais espaços de atuação. Dessa forma é esperado um contexto de desafios e grandes dificuldades, sendo as mais relatadas nos estudos analisados, a deficiência formativa durante a graduação baseada na limitada oferta de disciplinas voltadas para à área da saúde, a inexistência de infraestrutura adequada para atuação, a falta de materiais, o pouco

reconhecimento por parte dos demais profissionais da equipe, assim como a limitação desse profissional em atuar no contexto multiprofissional (MACHADO *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018). No caso da ESF em Diamantina-MG, tem sido observado uma aceitação e valorização do trabalho do PEF por parte das equipes multiprofissionais, porém há limites para sua atuação. Isto porque além de ser o único PEF da rede de AP do município, ele deve atender as demandas apresentadas por todas as equipes pertencentes às 16 unidades que compõem a rede.

Como afirma Bonfim (2012), a presença do PEF na APS tem por escopo o aumento do nível de atividade física da população, o que, por sua vez, pode contribuir para a redução da prevalência de diversas doenças. Além disso, como traz Falci e Belisário (2013) em seu estudo, a prática interdisciplinar realizada pelo PEF nos serviços de saúde acarreta na melhoria dos indicadores de saúde e desafoga as demandas de alta complexidade na atenção secundária, viabilizando o Sistema Único de Saúde. Tal relação é observada no contexto de Diamantina, onde o educador físico realiza um papel fundamental em educação em saúde, contribuindo para a reflexão sobre a importância de um estilo de vida saudável que afeta positivamente o controle de doenças, em especial a Hipertensão.

Na perspectiva da Hipertensão, a orientação do PEF também se faz de suma importância pois a AF é uma das medidas não farmacológicas de maior sucesso no tratamento e controle dessa doença. Nessas condições, a inserção o educador físico nos serviços de saúde se torna uma causa justa e de grande utilidade, sendo necessário a intervenção deste profissional no conhecimento do público de sua atuação para que possa planejar um programa de atividade física contextualizado para os sujeitos, considerando sua especificidade, suas limitações e possibilidades (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Os dados obtidos na pesquisa indicam que a maioria dos entrevistados apresentam sobrepeso e obesidade e que pouco mais de $\frac{1}{4}$ possui o peso ideal ou pouco abaixo. Esta realidade é muito comum ao se tratar de hipertensos. Como indicado pela literatura, a obesidade é um fator de risco crucial para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo evidenciado que a maioria dos sujeitos acometidos pela hipertensão, apresentam quadro de sobrepeso ou obesidade (CARNEIRO *et al.*, 2003; MOURA *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Além disso, quando analisada a prática de atividade física, foi constatado que pouco mais da metade dos respondentes realizam Atividade Física. Este fato aumenta a preocupação a respeito do estilo de vida de tais indivíduos, sendo que grande parte não realiza AF, se opondo a uma das mais benéficas complementações ao tratamento farmacológico. De fato, o sedentarismo ou inatividade física é um fator de risco eminente para o surgimento do sobrepeso,

que por sua vez está relacionado entre os vilões causadores das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, onde se destaca a Hipertensão (NICOLAU; SANTO; POLAKIEWICZ, 2017).

Outra inquietação observada na análise quantitativa se refere aos valores médios da PA observados no grupo amostral, sendo que menos de ¼ dos respondentes apresentam níveis pressóricos em valores considerados normais. Tal ocorrência é reportada pela literatura, que indica que menos de 1/3 dos hipertensos adultos conseguem manter a sua PA controlada, muitas vezes por não seguirem o tratamento de forma adequada e manterem uma baixa adesão ao mesmo (ALVES *et al.*, 2013; GOMES; BEZERRA, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Conforme demonstrado pelo teste χ^2 , foi encontrada uma dependência entre sexo e prática de exercícios físicos, e muito significativa entre sexo e escolaridade, sendo observado que maior parte dos participantes da pesquisa que realizam AF e possuem um nível mais avançado de escolaridade são do sexo feminino. Na literatura essa relação também é conhecida, onde estudos demonstram uma construção social de uma relação mais efetiva com os cuidados de saúde por parte das mulheres. Nesse sentido, os homens estão vinculados a uma busca inferior pelos cuidados de saúde, tendo entre esses cuidados a prática de AF (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Ainda no sentido da escolaridade, é percebido uma incorporação pelas mulheres de novas atitudes a partir do século XIX, onde deixam de ser apenas donas das tarefas de casa para se tornarem mulheres independentes e estudadas (BRAGA, 2019).

A respeito do tabagismo, o teste de χ^2 indicou dependência muito significativa com a Prática de Atividade Física, sendo observado nessa pesquisa que a maioria dos participantes não são fumantes. Isto implica positivamente nas condições de saúde dos mesmos, uma vez que, o tabagismo é conhecido como um fator de risco evidente tanto para a hipertensão quanto para outras doenças que tanto deterioram a qualidade de vida das pessoas. Além disso, o mecanismo de atuação da nicotina no organismo, produz um efeito agudo na frequência cardíaca contribuindo para sua elevação, o que, por sua vez, eleva os níveis pressóricos do indivíduo (OLIVEIRA *et al.*, 2021; SOUSA, 2015).

Nos dados obtidos por meio de uma análise qualitativa realizada com alguns selecionados da pesquisa, observou-se que mais de 2/3 apresenta outras patologias. Esta realidade é muito comum, uma vez que os fatores de risco para hipertensão são também fatores propícios para o surgimento de outras patologias, principalmente as Doenças do tipo Crônicas Não Transmissíveis. Além disso, a própria hipertensão é um fator de risco para a prevalência de outras doenças, e como observado anteriormente grande parte dos hipertensos apresentam um quadro de sobrepeso, sendo outra questão altamente de risco para a saúde dos mesmos, por

isso é tão comum a hipertensão ser acompanhada por outras patologias (MOURA *et al.*, 2019; NICOLAU; SANTO; POLAKIEWICZ, 2017; VALADÃO *et al.*, 2018).

Ainda na perspectiva qualitativa, observou-se que metade relataram a realização de exercício físico como uma das orientações recebidas pelos profissionais de saúde para controle e tratamento da hipertensão. Nessa perspectiva, sabendo da importância da prática de AF nesse processo, o PEF se torna fator fundamental, à medida que prescreve e orienta a realização de tais atividades físicas de acordo com as condições de saúde de cada sujeito, sendo que a atividade física irá contribuir para a prevenção e tratamento também de outros tipos de doenças (CARVALHO; ABDALLA; JÚNIOR, 2017).

Quanto ao uso do medicamento para tratamento da Hipertensão, metade dos sujeitos selecionados relata esquecimento na tomada de medicamento, o que pode gerar limitações à intervenção farmacológica, sendo um fator limitante para a obtenção dos resultados positivos do tratamento farmacológico. Dessa maneira, sabendo que a intervenção não farmacológica é uma complementação ao método farmacológico, o PEF pode orientar quanto à prática de AF, e ao mesmo tempo atuar no desenvolvimento de educação em saúde, reafirmando para os pacientes a necessidade de aderir a farmacoterapia, sendo esta condição essencial para a melhoria de suas condições de saúde (CARDOSO *et al.*, 2019; MONTE *et al.*, 2015).

Levando em consideração a importância da AF para o controle e tratamento da Hipertensão; que essa doença na maioria das vezes é acompanhada por outros problemas de saúde; que seus indicadores apresentam melhorias quando o paciente pratica AF como intervenção não farmacológica; e, principalmente, por conhecermos as dificuldades dos hipertensos assistidos pelas ESF, em custear gastos com acompanhamento individualizado de um PEF, é que propomos o Programa de Atividade Física Contextualizado para Hipertensos em formato de vídeos, e uma Cartilha de Orientações Sobre o Programa para Hipertensos.

Este programa reúne condições adequadas de exercícios para hipertensos, uma vez que seu planejamento está fundamentado em literatura técnica e científica. Além disso, sua elaboração levou em consideração a individualidade e a realidade dos sujeitos acometidos pela hipertensão, observada durante as entrevistas. No intuito de reduzir os obstáculos à realização das atividades propostas, é sugerido o uso de materiais reciclados ou alternativos que fazem parte da vida diária, propiciando maior alcance do público assistido visto que grande parte possui condições econômicas limitadas.

A programação envolve exercícios aeróbicos, exercícios de flexibilidade, assim como exercícios resistidos ou de musculação, sendo que todos estes é capaz de gerar diversos

benefícios para a saúde do hipertenso de modo geral (BARROSO *et al.*, 2020; FALCI; BELISÁRIO, 2013; MAIA; NAVARRO, 2017; MANSKE; OLIVEIRA, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2013).

Já a cartilha (ANEXO D), é um complemento ao Programa de Atividade Física Contextualizado Para Hipertensos realizado em vídeos. Funciona como um recorte, que traz orientações visuais sobre cuidados para a realização de atividade física para hipertensos, além de conter o link do Programa proposto em vídeos que irá direcionar o hipertenso para uma prática condizente à sua realidade, de forma segura e eficiente.

7.1 Programa de Atividade Física Contextualizado Para Hipertensos

A prática da atividade física vem sendo cada vez mais recomendada por médicos e demais especialistas em saúde, como eficiente meio complementar a outras estratégias de prevenção e tratamento de diversas doenças. Entre estas, se destacam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que geram grandes demandas aos serviços de saúde, tendo entre elas um destaque negativo a Hipertensão Arterial, caracterizada por altas prevalências e diversos impactos na população em geral (BARROSO *et al.*, 2020; FALCI; BELISÁRIO, 2013; MAIA; NAVARRO, 2017; MANSKE; OLIVEIRA, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2013).

Reconhecendo o importante papel da atividade física no tratamento da Hipertensão Arterial, é de suma importância acrescentar aos hábitos de vida, uma rotina ativa. Para isso é necessário que a prática seja segura e condizente com a realidade de indivíduos hipertensos, de modo que os riscos sejam minimizados antes, durante e após a prática (BONFIM, 2012; SILVA *et al.*, 2015).

Dessa maneira, como profissional de educação física atuante, e, conhecendo a limitação que a maioria dos sujeitos hipertensos encontram em suas realidades diárias, seja com espaço limitado, falta de materiais e falta de conhecimento sobre qual atividade poderá contribuir para melhorar suas condições de saúde, se faz necessário a elaboração de um Programa de Atividade Física Contextualizado, que possa diminuir essas limitações e elevar o número de hipertensos a serem beneficiados por uma rotina de vida ativa.

Para a elaboração desse programa tomamos como referência a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e sua atualização de 2020, como também a Coletânea Literária do CREF/SP do ano de 2019, intitulada Orientações Para Avaliação e Prescrição de Exercícios Físico Direcionado à Saúde. Estes materiais possibilitam compreender os cuidados que devem ser tomados para uma prescrição de atividade física segura para o Hipertenso, além

de orientar quanto aos exercícios que melhor atendam às condições clínicas e socioeconômicas de pacientes hipertensos (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Dentro desta perspectiva elaboramos o programa de Atividades Físicas Contextualizado apresentado abaixo, o qual inclui materiais alternativos facilmente encontrados no domicílio como garrafas pet, cabo de vassoura, sacolas plásticas, cadeira, relógio, entre outros. Este programa é constituído por 4 (quatro) vídeos.

O primeiro vídeo traz orientações iniciais sobre a (1) importância da prática de atividades físicas para o hipertenso bem como recomendações quanto às (2) condições para seu exercício, bem como os (3) cuidados que devem ser tomados que garantam sua segurança e benefícios durante sua prática (link).

O segundo vídeo trata-se de um treinamento aeróbico e de flexibilidade, composto por três (3) etapas. A primeira é composta pela realização de cinco (5) minutos de exercícios de alongamentos ininterruptos. Já a segunda terá a realização do exercício de corrida estacionária, devendo ser realizada nesta etapa cinco (5) séries de um (1) minuto cada, com descanso de um (1) minuto entre cada série, e na terceira etapa será realizado o exercício de caminhada estacionária, sendo também programado a execução de cinco (5) séries de um (1) minuto cada, com descanso de um (1) minuto entre cada série. Esse treino correspondente ao vídeo 2, é altamente recomendado para sujeitos hipertensos, visto que o treinamento aeróbico tem sido indicado como o mais benéfico para controle dos níveis pressóricos, e em conjunto ao treino de flexibilidade poderá provocar diversos benefícios ao indivíduo, gerando um efeito hipotensor pós exercício, além de favorecer melhorias do sistema cardiovascular, perda de peso, sendo aliado ao tratamento e prevenção de diversas doenças crônicas, além do aumento, melhoria da flexibilidade muscular (SALES; CUNHA, 2018; SOUZA *et al.*, 2017).

O terceiro vídeo é composto pelo conjunto de oito (8) exercícios resistidos ou de força, que possibilitará um trabalho tanto da musculatura inferior, quanto superior, tendo respectivamente: rosca direta, elevação lateral, rosca alternada, elevação frontal, flexão de braço na parede, abdução de quadril, flexão de joelho, remada alta. Deverá ser realizado uma série de dez (10) repetições para cada exercício, sendo realizado descanso de um (1) minuto entre cada exercício. Os exercícios de resistência ou de força também são importantes aliados para a manutenção de uma rotina ativa, possibilitando o fortalecimento muscular, fortalecimento ósseo, perda de gordura entre outros benefícios (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

O quarto vídeo também é constituído pelo total de (8) exercícios resistidos ou de força, sendo respectivamente: agachamento livre, desenvolvimento de ombro, flexão de

quadril, tríceps no banco com garrafa pet, voador sentado com garrafa pet, pulley frontal com cabo de vassoura, pulley costas com cabo de vassoura, panturrilha livre. Como já mencionado anteriormente, sua prática favorece benefícios importantes à saúde do indivíduo (BARROSO *et al.*, 2020; PITANGA, 2019).

Para a realização semanal do Programa de Atividade Física Contextualizado, visto que a literatura aborda diversos benefícios da prática tanto do exercício aeróbico quanto do resistido, será considerado a combinação de ambos para uma prática eficiente. Assim a ordem de execução do programa será a seguinte: Na segunda feira deverá ser realizado somente o vídeo de número dois (2) constituído pelo treinamento aeróbico, podendo ao final do treinamento, ser realizado novamente uma ou mais vezes a sessão do vídeo, caso haja disposição. Na terça feira deverá ser realizado por uma vez o vídeo de número dois (2), mais a realização por uma ou mais vezes do vídeo de número três (3). Na quarta-feira será novamente limitado o treinamento ao vídeo de número dois (2), podendo ser repetido a execução da sequência como já orientado. Na quinta-feira haverá a combinação da realização do vídeo dois (2) por uma vez, mais a realização do vídeo quatro (4), por uma ou mais vezes, considerando as condições físicas do sujeito naquele momento. Na sexta-feira, o treino será exclusivo novamente ao vídeo dois (2), devendo o mesmo ser realizado por uma ou mais vezes.

Para uma melhor compreensão das atividades que fazem parte do programa, apresentamos no quadro abaixo as sequências de exercícios contidas nos três vídeos de instrução para realização das atividades contextualizadas a serem desenvolvidas pelo paciente, bem como as recomendações pertinentes.

- Segunda-Feira – Realizar somente o vídeo 2
- Terça-Feira – Realizar o vídeo 2 mais o vídeo 3
- Quarta-Feira – Realizar somente o vídeo 2
- Quinta-Feira – Realizar o vídeo 2 mais o vídeo 4
- Sexta-Feira – Realizar somente o vídeo 2

QUADRO 2 – Programa de Atividade Física Contextualizado Para Hipertensos**Programa de Atividade Física Contextualizado Para Hipertensos****Vídeo Número 1: <https://youtu.be/7EsWigbuvGw>**

Orientações Iniciais sobre o Programa de Atividade Física Contextualizado Para Hipertensos

ORIENTAÇÕES INICIAIS

1. Benefícios da AF para melhoria da saúde e qualidade de vida de Hipertensos.
2. Consultar o médico para avaliação de suas condições de saúde.
3. Procurar um PEF na ESF para orientação quanto aos melhores exercícios em função de sua condição física
4. Iniciar as AF de forma leve e moderada, e aumentá-la na medida em que sentir que poderá fazê-lo, sempre ouvindo seu médico e o PEF.
5. Cuidados durante a prática de AF
6. Para aqueles que não tiverem condições de sair de casa, propomos que realizem os exercícios propostos nos três vídeos que apresentamos a seguir.

OBJETOS A SEREM PROVIDENCIADOS PARA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DOS PRÓXIMOS VÍDEOS:

- Duas Garrafas Pet de dois (2) litros ● Duas Garrafas Pet de um (1) litro ● Duas Garrafas Pet de quinhentos 500ml, que devem ser preenchidas com água ou areia.
- Um (1) cabo de vassoura.
- Uma cadeira de plástico ou madeira.
- No mínimo quatro (4) sacolas de plástico.
- No mínimo 4 objetos que pesem um (1) quilo (kg) cada um. Exemplo: Quatro (4) pacotes de feijão de um (1) quilo (kg) cada, ou quatro (4) pacotes de sal, sendo cada pacote com peso total de um (1) quilo (kg).
- (um) 1 relógio, cronômetro, ou aparelho celular que possibilite acompanhar o tempo sugerido de descanso entre cada série de exercício.

Vídeo Número 2: <https://youtu.be/8J8bRnSQM98>

Aeróbico Aquecimento e Alongamento

EXERCÍCIOS

1. Alongamento durante 5 minutos - 1 série
2. Corrida Estacionária durante 1 minuto - 5 séries
3. Caminhada Estacionária durante 1 minuto - 5 séries

ORIENTAÇÕES

- 1 minuto de descanso entre cada série
- Depois de realizadas todas as séries, o vídeo poderá ser reiniciado para refazer os exercícios uma ou mais vezes conforme sua disposição e condições físicas.

RECOMENDAÇÕES

- Respeite o tempo de descanso e número de repetições sugerido.
- Fique atento à postura durante a execução dos exercícios para não causar danos à sua coluna.
- É ideal realizar a aferição da Pressão Arterial antes de iniciar a atividade física, e caso os níveis pressóricos estejam superiores 160/105 mmHg, a prática da AF não deve ser realizada.
- Se sentir algum mal-estar durante a prática, pare imediatamente e procure atendimento médico.
- Não se esqueça de ingerir água antes, entre as pausas e após a AF.
- Escolha o ambiente mais seguro, com maior espaço possível e com o mínimo de obstáculos para realizar as atividades sem riscos de se machucar.

Vídeo Número 3: <https://youtu.be/jayLrf8xoOQ>

Exercício Concorrente

EXERCÍCIOS

1. Rosca direta com cabo de vassoura, com 10 repetições – 1 série
2. Elevação lateral com garrafa pet, com 10 repetições – 1 série
3. Rosca alternada com garrafa pet, com 10 repetições – 1 série
4. Elevação frontal com garrafa pet, com 10 repetições – 1 série
5. Flexão de braço na parede, com 10 repetições – 1 série
6. Abdução de quadril, com 10 repetições – 1 série
7. Flexão de joelho, com 10 repetições – 1 série
8. Remada alta com sacola plástica e pesos, com 10 repetições – 1 série

ORIENTAÇÕES

- 1 minuto de descanso entre cada série
- Antes de realizar as atividades deste vídeo será necessário que tenham sido realizadas pelo menos uma vez os exercícios do vídeo de número dois (2).
- As atividades deste vídeo poderão ser realizadas mais de uma vez, dependendo de sua disposição e condições físicas.

RECOMENDAÇÕES

- Respeite o tempo de descanso e número de repetições sugerido.
- Fique atento à postura durante a execução dos exercícios para não causar danos à sua coluna.
- É ideal realizar a aferição da Pressão Arterial antes de iniciar a atividade física, e caso os níveis pressóricos estejam superiores 160/105 mmHg, a prática da AF não deve ser realizada.
- Se sentir algum mal-estar durante a prática, pare imediatamente e procure atendimento médico.
- Não se esqueça de ingerir água antes, entre as pausas e após a AF.
- Escolha o ambiente mais seguro, com maior espaço possível e com o mínimo de obstáculos para realizar as atividades sem riscos de se machucar.

Vídeo de Número 4: <https://youtu.be/PrPiGdGY7Ac>

Exercício Concorrente

EXERCÍCIOS

1. Agachamento livre, com 10 repetições – 1 série
2. Desenvolvimento de ombro com garrafa pet, com 10 repetições – 1 série
3. Flexão de quadril, com 10 repetições – 1 série
4. Tríceps na cadeira com garrafa pet, com 10 repetições – 1 série
5. Voador sentado com garrafa pet, com 10 repetições – 1 série
6. Pulley frontal com cabo de vassoura, com 10 repetições – 1 série
7. Pulley costas com cabo de vassoura, com 10 repetições – 1 série
8. Panturrilha livre, com 10 repetições – 1 série

ORIENTAÇÕES

- 1 minuto de descanso entre cada série
- Antes de realizar as atividades deste vídeo será necessário que tenham sido realizadas pelo menos uma vez os exercícios do vídeo de número dois (2).
- As atividades deste vídeo poderão ser realizadas mais de uma vez, dependendo de sua disposição e condições físicas.

RECOMENDAÇÕES

- Respeite o tempo de descanso e número de repetições sugerido.

- Fique atento à postura durante a execução dos exercícios para não causar danos à sua coluna.
- É ideal realizar a aferição da Pressão Arterial antes de iniciar a atividade física, e caso os níveis pressóricos estejam superiores 160/105 mmHg, a prática da AF não deve ser realizada.
- Se sentir algum mal-estar durante a prática, pare imediatamente e procure atendimento médico.
- Não se esqueça de ingerir água antes, entre as pausas e após a AF.
- Escolha o ambiente mais seguro, com maior espaço possível e com o mínimo de obstáculos para realizar as atividades sem riscos de se machucar.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a pesquisa cumpriu o que se propôs, que teve como problemática norteadora a seguinte questão: *de que forma tem sido o processo de inserção do Educador Físico na Atenção Primária à Saúde e qual sua importância na melhoria das condições de saúde de hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família de Diamantina, Minas Gerais?*

De acordo com essa perspectiva, a pesquisa foi organizada em quatro (4) seções. Na primeira seção foi realizado um levantamento sobre a forma que tem ocorrido a inserção e atuação do Educador Físico na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Na linha de uma revisão bibliográfica, buscamos estudos realizados sobre o tema visando compreender tal inserção e atuação, levando em consideração, experiências de demais profissionais que já estão inseridos nos serviços de saúde. Além disso, também foi descrito a construção histórica da educação física no Brasil, apontando as principais ocorrências que culminaram na identidade do profissional da educação física, como fator de importância no campo da saúde, sendo realizado a partir da busca histórica na literatura de tais ocorrências, possibilitando uma grande reflexão sobre essa construção.

A segunda seção, realiza uma descrição acerca das políticas nacionais de saúde pautadas no SUS, promovendo uma discussão sobre a Atenção Primária à Saúde. Nessa linha, é abordado os impactos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na saúde da sociedade, tendo foco na Hipertensão Arterial. Já a terceira seção, dialoga sobre o papel do educador físico nos serviços de saúde, como aliado no tratamento da Hipertensão, trazendo uma discussão sobre os diversos fatores de risco para esta doença, assim como os caminhos que o PEF encontra no SUS para proporcionar uma intervenção colaborativa, voltada para a prevenção e promoção de saúde.

A quarta e última seção, apresenta e descreve um rol de atividades físicas aplicáveis, capazes de auxiliar para a melhoria das condições de saúde desses hipertensos. Para que essa descrição fosse possível, utilizamos como base técnica VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e sua atualização de 2020, como também a Coletânea Literária de 2019 do CREF4/SP, intitulado Orientações Para Avaliação e Prescrição de Exercícios Físicos Relacionados à Saúde.

Na perspectiva dos resultados desse estudo, é descrito a realidade de vida e saúde de uma subamostra dos sujeitos participantes da pesquisa, sendo realizada através da análise das respostas concedidas pelos participantes da pesquisa fonte desse trabalho. Além disso, é relatado de que forma o Educador Físico está inserido na ESF de Diamantina - MG, na

atualidade. Esta inserção foi observada por meio de uma análise dos serviços de saúde ofertados pela ESF em Diamantina, onde a equipe conta com um Profissional de Educação Física.

Através da discussão realizada nessa pesquisa, tendo em vista a relevância da atividade física para a saúde do indivíduo hipertenso, é proposto um programa de atividade física contextualizado para hipertensos assistidos pelas Estratégias de saúde da Família de Diamantina - MG, sob a forma de Cartilha e vídeos de orientação. Tais propostas foram planejadas segundo as orientações dos materiais técnicos da área, planejadas visando atender as condições reais do sujeito hipertenso assistidos pela ESF em Diamantina - MG.

Enfim, através de todas contextualizações realizadas, é promovido uma reflexão sobre o processo de inserção do Educador Físico na Atenção Primária à Saúde e as condições de saúde de hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família de Diamantina - MG. Por meio do levantamento teórico realizado nesse estudo, foi proporcionado diversas reflexões a respeito da inserção do PEF na Atenção Primária à Saúde, os desafios que este profissional encontra em seu caminho e principalmente suas diversas contribuições para a melhoria das condições de saúde de hipertenso assistidos nesses espaços de saúde.

Como limitações às reflexões aqui propostas, tem-se o fato de existir apenas um profissional de educação física na rede de atenção primária em Diamantina. Isto impossibilita a obtenção de uma melhor avaliação do quanto este profissional está integrado à rede, e os efetivos ganhos alcançados com sua atuação. Além disso, o fato de estarmos em uma pandemia nos impediu de avaliar, junto ao público alvo, o quanto é por eles exequível a adoção do Programa de Atividade Física Contextualizado para Hipertensos, proposto como um dos produtos desse estudo. Dessa forma, em momento oportuno pós-pandemia, serão realizadas verificações de possíveis dificuldades encontradas pelo público alvo, viabilizando seu aperfeiçoamento.

A perspectiva é de que este trabalho sirva como um caminho para o surgimento de novos estudos sobre a temática investigada, e, possa contribuir para a melhoria dos serviços de saúde onde o Profissional de Educação Física se faz presente. Além disso, espera-se que o PEF seja cada vez mais inserido nos serviços de saúde, permitindo uma atuação mais eficiente, propiciando grandes experiências no âmbito da atividade física, colaborando para a continuação do Sistema Único de Saúde que tanto representa para todos nós brasileiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, 2018.

ALVES, M. *et al.* A qualidade de vida de pacientes hipertensos em uma estratégia saúde da família, Ananindeua - Pará. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN**, v. 04, n. 1, p. 1378–1390, 2013.

ANTUNES, L.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares. **Livro de Actas CIAIQ**, v. 2, p. 339–350, 2019.

BARBOSA, A. *et al.* Significado atribuído por idosos com hipertensão arterial sistêmica à realização de atividade física. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 2, p. 90–103, 2019.

BARROSO, W. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2020.

BASTOS-BARBOSA, R. G. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da PA em idosos com HA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 636–641, 2012.

BONFIM, G. C. S. O Nasf no município de Fortaleza e a intervenção do professor de educação física. **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 2, p. 150–157, 2012.

BORGES, J. W. P. *et al.* Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da HA: uma revisão integrativa. **Revista da escola de enf. USP**, v. 46, n. 2, p. 487–494, 2012.

BOUSQUAT, A. *et al.* Primary health care and the coordination of care in health regions: Managers' and users' perspective. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, 2017.

BRAGA, G. As mulheres no contexto das sociedade ocidentais: uma luta por igualdade. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 6, n. 10, p. 309–320, 2019.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de saúde: dados de morbidade**. Brasília: MS., 2020.

BROCARD, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 130–144, 2018.

CARDOSO, S. L. *et al.* Hipertensão Arterial: Mudança de hábitos para adesão ao tratamento. **Revista interfaces**, v. 7, n. 1, p. 219–223, 2019.

CARNEIRO, G. *et al.* Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de

hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 306–311, 2003.

CARVALHO, A. DOS S.; ABDALLA, P. P.; JÚNIOR, C. R. B. Atuação do profissional de educação física no sistema único de saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 1–11, 2017.

CASTRO, R.; OLIVEIRA, J. F. O efeito de 10RM no treinamento de força sobre a pressão arterial basal com valores mensurados através do Cold Pressor Test. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 10, n. 56, p. 52–61, 2016.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COSTA, F. F. Novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física: oportunidades de aproximações com o SUS? **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, p. 1–4, 2019.

DANESE, M. C. F. Avaliação dos fatores de risco da hipertensão arterial dos feirantes de Teixeira de Freitas, BA. **Mosaicum**, v. 20, p. 1808–589, 2014.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 17, n. 47, p. 885–899, 2013.

FERREIRA, E. G. *et al.* A pressão arterial em idosos de uma academia da terceira idade. **PAJAR - Pan American Journal of Aging Research**, v. 5, n. 1, p. 30–34, 2017.

FERREIRA, J. C.; FERREIRA, J. S. Atuação dos profissionais de educação física na atenção primária à saúde. **Caderno de Educação Física e Esporte, Marechal Cândido Rondon**, v. 15, n. 2, p. 105–113, 2017.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saúde publica**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.

GOMES, C. B. E. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. National primary care policy 2017: Analysis of teams composition and national coverage of family health. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327–1338, 2020.

GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. DA S. Níveis pressóricos de pacientes em acompanhamento pelo Programa Hiperdia. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 2, p. 91–96, 2018.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico Brasileiro. Diamantina Minas Gerais**. 2021, Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/diamantina>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de trabalho e rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**, 2019.

JUNIOR, E. G. A Institucionalização Da Educação Física Na Imprensa: a Construção Da Escola Superior De Educação Physica De S. Paulo Na Década De 1930. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, v. 23, n. 2, p. 701–714, 2017.

KELSEY, J. *et al.* Methods in observational epidemiology. In: **Oxford University Press**. New York: Oxford, 1996.

LIMA, C. M. DE; SILVA, C. C. S. M. A interferência dos fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Revista Científica Sena Aires**, v. 6, n. 1, p. 17–20, 2017.

LIMA, L. R. A. *et al.* Contributo da Educação Física na área do esporte, atividade física, saúde e educação para as crianças e jovens que vivem com o HIV. **Revista Bras Cineantropom Hum**, p. 243–258, 2016.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE; BAPTISTA, T. W. DE F. Health policies in Brazil in times of contradiction: paths and pitfalls in the construction of a universal system. **Cadernos de saude publica**, v. 33Supl 2, p. e00129616, 2017.

MACHADO, G. *et al.* O profissional de educação física e a promoção da saúde na atenção básica. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, p. 1–12, 2020.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.

MAIA, R. H. S.; NAVARRO, A. C. O exercício físico leve a moderado como tratamento da obesidade, hipertensão e diabetes. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 11, n. 66, p. 393–402, 2017.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de HA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, p. 83, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista Saude Publica**, v. 51, n. 1, p. 1–10, 2017.

MANSKE, G. S.; OLIVEIRA, D. A formação do profissional de Educação Física e o sistema único de saúde. **Motrivivência**, v. 29, n. 52, p. 191–210, 2017.

MÁSSIMO, E. A. L.; DE SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 679–688, 2015.

MINAYO, M. C. S. Análise Qualitativa: teoria, passos e idedgnidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MONTE, R. S. *et al.* Atividade física como instrumento de educação popular em saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, p. 800–08, 2015.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, n. 1, p. 67–74, 1986.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

MOURA, C. M. *et al.* Associação entre a incidência de hipertensão e obesidade em adolescentes. **Revista Caderno de Medicina**, v. 2, n. 1, p. 157–165, 2019.

NAHAS, M. V.; GARCIA, L. M. T. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 24, n. 1, p. 135–148, 2010.

NASCIMENTO, E. DE S. *et al.* Os efeitos do LIAN GONG em hipertensos assistidos em unidade de saúde da família do município de Parnaíba, Piauí. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, v. 25, n. 4, p. 435–444, 2012.

NETO, V. G. C. *et al.* Hipertensão arterial em adolescentes do Rio de Janeiro: Prevalência e associação com atividade física e obesidade. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1699–1708, 2014.

NICOLAU, I. R.; SANTO, F. H. DO E.; POLAKIEWICZ, R. R. Hipertensão em pacientes acompanhados em um centro de referência em obesidade. **Perspectivas online: biol. & saúde**, v. 23, n. 7, p. 16–21, 2017.

OLIVEIRA, G. M. M. DE *et al.* 2017 Guidelines for the management of arterial hypertension in primary health care in Portuguese- speaking countries. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 36, n. 11, p. 789–798, 2017.

OLIVEIRA, J. L. *et al.* O combate a hipertensão arterial na estratégia e saúde da família: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. 1–7, 2021.

OLIVEIRA, T. S. *et al.* O profissional de educação física atuando no sistema único de saúde: dificuldades e suas estratégias de superação. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 37687–37699, 2020.

ORMUNDO, L. S.; DUARTE, S. F. P. Avaliar a Correlação da Obesidade com Hipertensão Arterial em Adultos Sedentários na Cidade de Vitória da Conquista. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 11, n. 38, p. 791–798, 2017.

PEREIRA, C. A. H. *et al.* Educação física: da ciência à docência. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. 1689–1699, 2020.

PITANGA, F. Orientações para avaliação e prescrição de exercícios físicos direcionados à saúde. **Cref4/Sp**, p. 145–172, 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2013.

RODRIGUES, J. *et al.* Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 5–15, 2013.

RUFINO, L. G. B.; BENITES, L. C.; NETO, S. D S. Formação de professores de educação física no Brasil: Análise das políticas públicas e implicações para o desenvolvimento da prática profissional. **Corpoconsciência**, v. 24, n. 2, p. 226–240, 2020.

SALES, Â.; CUNHA, M. Controle da pressão arterial em mulheres idosas medicadas: benefícios do programa de exercício físico funcional. **Millenium**, v. 2, n. 6, p. 13–22, 2018.

SAMPAIO, J. M. F.; NASCIMENTO, P. R. B. Possibilidades didáticas nas aulas de educação física : o conteúdo “ exercício físico e saúde ” no ensino médio. **Physical Education and Sport Journal**, v. 16, n. 2, p. 113–118, 2018.

SAMPIERI, R. *et al.* **Metodologia de Pesquisa**. In: 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2006.

SANTOS, M. C. *et al.* Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): Importância da Qualificação Profissional. **Saúde & Transformação Social**, v. 8, n. 2, p. 60-69, 2017.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SASSI, L. M.; CERVANTES, O. Manual prático para desenvolvimento de projetos de pesquisa e teses. In: São Paulo: Editora Sa, 2011.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. DA. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in primary health care. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369–1380, 2019.

SILVA, A. L. L.; LIRA, R. S.; MASCARENHAS, S. A. A Educação Física Enquanto Disciplina Escolar E Sua Relação Com a Ciência. **Revista Ensino de Ciências e Humanidades - Cidadania, Diversidade e Bem Estar**, v. 1, p. 57–69, 2017.

SILVA, J. C. A. *et al.* Inclusão Do Educador Físico Na Atenção Primária À Saúde: Revisão Integrativa. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 1, p. 74–83, 2018.

SILVA, J. E. *et al.* Comportamento Da pressão arterial em homens pré-hipertensos participantes em um programa regular de natação. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 3, p. 178–181, 2015.

SILVA, O. O. N.; SOUZA, C. L. Percurso histórico da formação profissional em Educação

Física no Brasil e na Bahia. **Efdeportes**, v. 141, p. 1–5, 2010.

SOPHIA, D. C. Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 554-561, 2012.

SOUSA, L. A. *et al.* Objetivos de ensino da educação física nos fatores de atividade física e saúde e formação humana: validação da escala de percepção discente. **Motricidade**, v. 12, n. 1, p. 85–94, 2016.

SOUSA, M. G. Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 22, n. 3, p. 78–83, 2015.

SOUZA, G. A. *et al.* Efeitos do exercício físico sobre a hipertensão arterial sistêmica. **Revista Observatorio Del Deporte ODEP**, v. 3, n. 4, p. 7–15, 2017.

SOUZA NETO, S. *et al.* A formação do profissional de educação física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século XX. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 25, n. 2, p. 113–128, 2004.

SOUZA, K. R.; KERBAUY, M. T. M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Revista Educação e Filosofia**, v. 31, n. 61, p. 21-44, 2017.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. DE; NASCIMENTO, M. C. DO. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 174–188, 2018.

VALADÃO, R. *et al.* Resultados da orientação à prática de atividade física em crianças e adolescentes obesos. **International Journal of Nutrology**, v. 11, n. 03, p. 087–093, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* The building of collective health and health policies – contributions from journal ciência & saúde coletiva. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4669–4680, 2020.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): representações sociais, práticas comportamentais e efetividade dos processos de adesão ao tratamento da doença de pacientes cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Diamantina-MG”.

Este convite está sendo feito a você porque depois de levantarmos todas as pessoas que possuem hipertensão e são atendidas pelas ESF de Diamantina, fizemos um sorteio aleatório para selecionar os 566 possíveis interessados em participar da pesquisa. Você é uma das pessoas sorteadas.

A sua participação não é obrigatória. Você participa só se quiser. Mesmo estando de acordo em participar, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou com as Equipes de Saúde da Estratégia de Saúde da Família.

Esta pesquisa é coordenada pelo Professor Carlos Alberto Dias com a participação dos professores da UFVJM Fernanda Fraga Campos, Maria Letícia Costa Reis, Magnania Cristiane Pereira da Costa; Mestrando Marcelo Robert Amorim de Araújo; Professor Gilvan Ramalho Guedes (UFMG) e Enfermeira Luciana Maria Lauer de Almeida (PMD).

Os objetivos desta pesquisa são:

1. Conhecer o perfil dos pacientes hipertensos atendidos pelas ESF da cidade de Diamantina (MG);
2. Classificar os hipertensos conforme nível de adesão ao tratamento da doença: (G1) Máxima Adesão; (G2) Moderada Adesão e (G3) Baixa Adesão;
3. Identificar ocorrência de comorbidades que interferem na adesão ao tratamento e controle da HAS;
4. Enumerar as práticas comportamentais adotadas pelos hipertensos e efetividade destas no controle da HAS;
5. Analisar o histórico de hipertensão e adesão desses pacientes segundo seus prontuários.
6. Propor estratégias para melhorar a adesão ao tratamento e controle da HAS com o auxílio de pictogramas, a serem utilizadas pelos hipertensos sob

orientação das equipes das ESF.

Caso você decida aceitar o convite, será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos:

1. Assinar e rubricar este documento;
2. Participar de uma entrevista com questões abertas e fechadas;
3. Ter sua Pressão Arterial aferida três vezes.
4. Caso sua Pressão Arterial esteja elevada o encaminharemos para o serviço de saúde mais próximo.

O tempo da entrevista será aproximadamente de 50 minutos. Todas as suas respostas serão anotadas diretamente no roteiro de entrevista. Se você permitir, suas evocações sobre a Hipertensão e sobre o Tratamento da Hipertensão serão registradas eletronicamente com o uso de um gravador de voz digital.

Os riscos relacionados com sua participação são:

1. Ficar triste ou emotivo devido suas experiências com a doença;
2. Ficar preocupado por não entender alguma pergunta feita pelo entrevistador;
3. Não saber responder alguma das perguntas feitas pelo entrevistador;
4. Sentir-se desconfortável caso ache que está demorando a terminar a entrevista;
5. Sentir que não deseja mais continuar participar da pesquisa;
6. Ser identificado como participante da pesquisa ou fornecedor de informações.

Caso ocorra alguma destas situações poderá ser tomada as seguintes providências:

1. Dar uma pausa na entrevista até que se sinta tranquilo e menos triste ou emotivo;
2. Tirar o máximo de dúvidas caso não consiga entender bem alguma pergunta;
3. Pedir para pular para a próxima pergunta caso não saiba como responder;
4. Pedir para continuar a entrevista em outro momento;
5. Pedir para terminar e não continuar a entrevista caso não queira mais responder
6. Objetivando guardar o anonimato dos participantes no Roteiro de Entrevista serão lançados apenas o Número do Entrevistado e seu Primeiro nome. Nome completo, endereço e telefone só constarão no TCLE, uma vez que serão necessários por se tratar de pesquisa longitudinal

Você não terá nenhum benefício financeiro ou outro em participar da pesquisa. Os benefícios a serem obtidos com a sua participação é de se saber o que pensam os pacientes a respeito da Hipertensão e do Tratamento, bem como receber orientações sobre cuidados importantes sobre a guarda e uso de medicamentos. Estão previstos como forma de acompanhamento deste projeto fornecer relatórios com os resultados desta pesquisa à Secretaria de Saúde de Diamantina e Sistema

Único de Saúde.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os nomes das pessoas que participarem serão confidenciais e sigilosos, para que você não seja identificado. Não há remuneração com sua participação, bem como a de todas as partes envolvidas. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenador (a) do Projeto: Professor Carlos Alberto Dias
Endereço: Rua Flávia, 98, aptº 204 – Diamantina - MG
Telefone: (33)99948-1996

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Identificação Digital

Nome do Entrevistado: _____

Assinatura do Entrevistado: _____

Endereço:

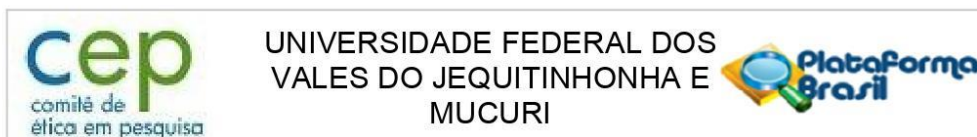
Rua: _____ Número: _____

Bairro: _____

Nº de Telefone: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –
Diamantina/MG CEP39100000
Tel.: (38)3532-1240 –
Coordenador: Prof. Disney Oliver Sivieri Junior
Secretária: Ana Flávia de Abreu
Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento

Pesquisador: CARLOS DIAS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80221517.9.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.515.050

Apresentação do Projeto:

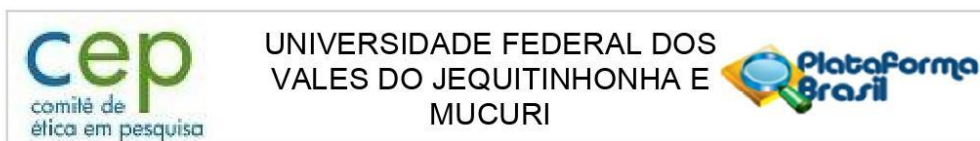
O projeto de pesquisa intitulado "Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): representações sociais, práticas comportamentais e efetividade dos processos de adesão ao tratamento da doença de pacientes cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Diamantina-MG" trata-se de uma pesquisa longitudinal, plurimetodológica, de abordagem quantitativa e qualitativa sob a perspectiva da Teoria das Representações Sociais, realizada nos domicílios de 566 pacientes hipertensos sorteados aleatoriamente, dentre os 6.608 assistidos pelas 7 Estratégias de Saúde da Família (ESF) situados na zona urbana de Diamantina. Serão utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 2. Roteiro Estruturado de Entrevista; 3. Questionário de Morisky Green MMAS-8): Utilizado para verificação do nível de Adesão ao Tratamento; 4. Esfigmomanômetro Aneróide e Estetoscópio: Utilizado para a Aferição da Pressão Arterial. 5. Balança e Fita métrica para avaliação do IMC

Objetivo da Pesquisa:

Os pesquisadores apontam como objetivo primário: "Identificar as representações sociais e práticas comportamentais de pacientes assistidos pelas ESF de Diamantina (MG) e efetividade dos processos de adesão ao tratamento da HAS."

Como Objetivos Secundários, citam-se: 1) Caracterizar o perfil dos hipertensos atendidos pelas ESF da cidade de Diamantina (MG); 2) Classificar os hipertensos conforme nível de adesão ao

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.515.050

tratamento da doença: (G1) Máxima Adesão; (G2) Moderada Adesão e (G2) Baixa Adesão; 3) Identificar ocorrência de comorbidades que interferem na adesão ao tratamento e controle da HAS; 4) Enumerar práticas comportamentais adotadas pelos hipertensos e efetividade destas no controle da HAS; 5) Analisar o histórico de hipertensão e adesão desses pacientes segundo seus prontuários. 6) Propor estratégias para melhorar a adesão ao tratamento e controle da HAS com o auxílio de pictogramas, a serem utilizadas pelos hipertensos sob orientação das equipes das ESF

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

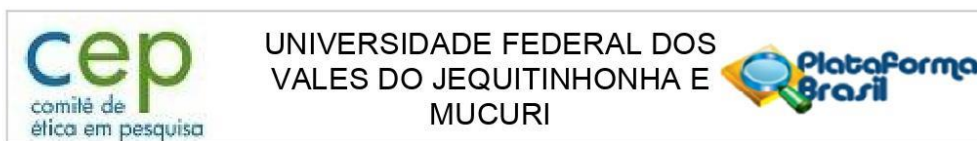
Riscos: os hipertensos participantes estarão sujeitos aos seguintes riscos: 1. Ficar triste ou emotivo devido suas experiências com a doença; 2. Ficar preocupado por não entender alguma pergunta feita pelo entrevistador; 3. Não saber responder alguma das perguntas feitas pelo entrevistador; 4. Sentir-se desconfortável caso ache que está demorando a terminar a entrevista; 5. Sentir que não deseja mais continuar participar da pesquisa. 6. Ser identificado por terceiros como participante da pesquisa ou fornecedor de informações. Como formas de minimizar tais riscos serão tomadas as seguintes providências: 1. Dar uma pausa na entrevista até que se sinta tranquilo e menos triste ou emotivo; 2. Tirar o máximo de dúvidas caso não consiga entender bem alguma pergunta; 3. Pedir para pular para a próxima pergunta caso não saiba como responder; 4. Pedir para continuar a entrevista em outro momento; 5. Pedir para terminar e não continuar a entrevista caso não queira mais responder; 6. Anotar no roteiro de entrevista apenas o número do entrevistado e seu primeiro nome. Por se tratar de pesquisa longitudinal, o nome completo, endereço e telefone só constarão no tle juntamente com o número do entrevistado, pois estas informações serão necessárias para a 8ª etapa da pesquisa (estudo complementar).

Benefícios: Os pacientes hipertensos receberão orientações ao final de cada entrevista sobre melhorias na guarda e uso dos medicamentos. Os identificados como aderidos ao tratamento mas sem controle da PA serão convidados a fazer parte do Estudo Complementar. Se estiverem de acordo serão acompanhados individualmente e receberão orientações para melhor uso e guarda de medicamentos tendo por mote auxiliá-los a manter a PA sob controle. Além disso, aqueles cuja PA estiver alterada serão prontamente encaminhados aos serviços de saúde mais próximo para avaliação e orientação médica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Pesquisa longitudinal, plurimetodológica, de abordagem quantitativa e qualitativa sob a perspectiva da Teoria das Representações Sociais (AXINN & PEARCE, 2007; ABRIC, 1998). LOCAL: A pesquisa será realizada na cidade de Diamantina-MG. Pertencente a Macrorregião

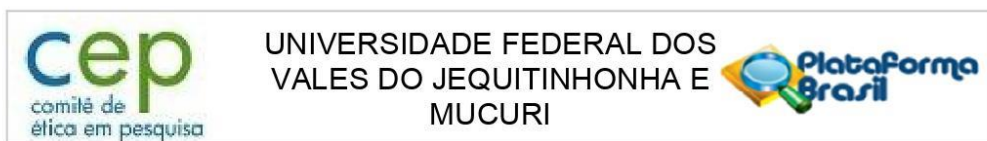
Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000	
Bairro: Alto da Jacuba	CEP: 39.100-000
UF: MG	Município: DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240	Fax: (38)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.515.050

do Vale do Jequitinhonha e Mucuri o município de Diamantina, situado no Alto Jequitinhonha, conta com uma população estimada de 48.230 pessoas. Embora o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,716 seja o melhor da mesorregião do Vale do Jequitinhonha, 38.4% dos residentes vivem em domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa (IBGE, 2017). POPULAÇÃO E AMOSTRA: A população do estudo é de 6.608 hipertensos residentes na zona urbana e cadastrados em 7 ESF do município de Diamantina. Destes, serão convidados a fazer parte do estudo 576 SUJEITOS (10 ESTUDO PILOTO; 566 ESTUDO PRINCIPAL) de ambos os sexos de Meia Idade (40-59 anos) e Idosos (60 anos e mais), conforme cálculo do tamanho amostral mínimo com população conhecida. Para o estabelecimento deste tamanho amostral admitiu-se um erro-padrão da proporção de 3%, um intervalo de confiança de 97%, e uma proporção de 13,7%. ETAPAS: 1ª ETAPA: Pesquisa bibliográfica. Nesta serão levantados livros e artigos relativos à Teoria das Representações Sociais; Práticas Comportamentais relativas à doença e ao Tratamento; e sobre a HAS propriamente dita. Serão consideradas pelo menos as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and retrieval Sistem on-line (MEDLINE). 2ª ETAPA: Estudo bibliográfico: levantamento, leitura e fichamento. A bibliografia levantada passará inicialmente por uma leitura exploratória. Serão alvo de estudo aprofundado as obras que contribuirão efetivamente para discussões referentes aos temas acima identificados. 3ª ETAPA: Objetivando a uniformidade nos procedimentos aplicáveis à investigação, os pesquisadores, participarão da revisão das fontes de informação, instrumentos, procedimentos e de um treinamento coletivo para padronização dos procedimentos empregados na coleta de dados. 4ª ETAPA: visita as sete ESF para apresentar o projeto e seus objetivos; obter apoio da equipe e levantar dados dos usuários hipertensos cadastrados e sorteados para compor a AMOSTRA ANALÍTICA (OU SEJA, 576 SUJEITOS), em conformidade com as seguintes variáveis: Nome, Endereço, Idade, Sexo e UBS de cadastro. No sorteio, utilizar-se-á a proporção de sujeitos cadastrados por unidade básica, garantindo a representatividade final da coleta básica. 5ª ETAPA: Estudo piloto junto a 10 (DEZ) HIPERTENSOS para avaliação dos procedimentos e instrumentos de coleta de dados. Os dados coletados não serão considerados para análise junto aos da 6ª etapa. 6ª ETAPA: Estudo principal. Visita e coleta de dados no domicílio junto a 566 hipertensos selecionados. Após apresentar a pesquisa, informar os procedimentos, verificar se estão de acordo em participar e assinarem o TCLE a coleta será realizada imediatamente na residência dos participantes com o seguinte procedimento: a) Entrevista guiada por um Roteiro Estruturado; b) Realizar três Aferições da

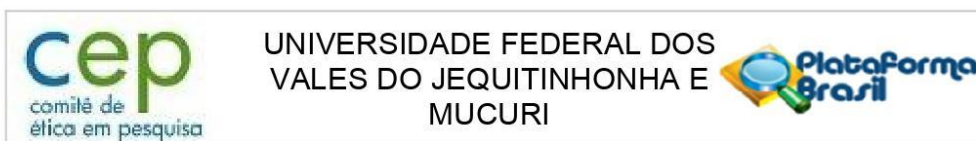
Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.515.050

Pressão Arterial ao longo da Entrevista conforme recomendações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (pág. 7 12); c) Solicitar permissão para consulta ao prontuário nos arquivos da ESF. 7ª ETAPA: Análise do prontuário do hipertenso participante. Condicionada à permissão do hipertenso entrevistado. Esta será solicitada ao final da entrevista domiciliar. 8ª ETAPA: Estudo Complementar perfazendo três visitas domiciliares aos hipertensos identificados como Altamente Aderidos mas com Pressão Arterial fora da Meta, identificados conforme a média das três aferições da Pressão Arterial (PA). Etapa condicionada ao aceite do entrevistado. 9ª ETAPA: Processamento e Análise dos dados. Os dados quantitativos serão processados e analisados conforme os objetivos do estudo com o auxílio dos softwares: Sphinx Léxica; Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse des Évocations (EVOC); Grade of Membership (GoM) Stata: Data Analysis and Statistical Software e R Project for Statistical Computing. Além de análises descritivas serão realizados testes de consistência interna das resposta, correlações múltiplas, Testes de dependência como o qui-quadrado, análise multifatorial entre outros. Na análise qualitativa dos dados, tomar-se-á como referência fragmentos dos discursos dos participantes nos quais irão expressar as representações sociais sobre a HAS e seu tratamento. Esses serão obtidos através das questões abertas da coleta de evocações constante do Roteiro Estruturado de Entrevista, sendo coletados através da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e processados através do software Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse des Évocations (EVOC). Com os dados subjetivos coletados, far-se-á a "Análise de Conteúdo" (BARDIN, 1999), agrupando os dados em categorias para análise, dentro dos temas identificados. Os textos não sofrerão correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo das falas. Esta técnica de análise consiste em um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo segue os seguintes passos: 1. Os discursos coletados são, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes; 2. Pré-análise, na qual faz-se uma leitura flutuante, a partir da qual emergem impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes; 3. Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias; 4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que serão reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais; 5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema. As informações presentes nas entrevistas serão agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.515.050

textos não sofrerão correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos. Esses são pontos de partida para a análise, sejam eles verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocadas, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2006)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A carta da Instituição Co-partícipe foi apresentada conforme Resolução 466/12.

Recomendações:

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.

- Relatórios parcial deve ser apresentado ao CEP no dia 30/07/2019 e o relatório final ao término do estudo em 30/07/2020. Considerase como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

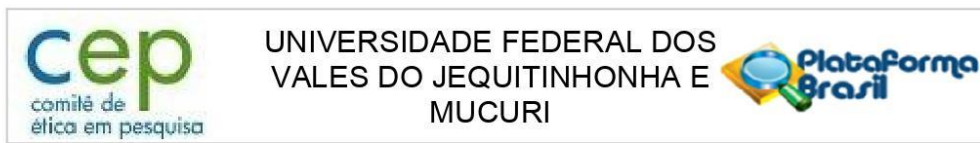
O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1023532.pdf	21/02/2018 22:16:12		Aceito
Outros	CoordenacaodaAtencaoPrimariadeDiamantina.pdf	21/02/2018 22:15:06	CARLOS DIAS	Aceito
Outros	SecretariodaSaudeDeDiamantina.pdf	21/02/2018 22:12:37	CARLOS DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	7_Anuencia_Formal_de_Participacao_Pesquisadores.pdf	30/12/2017 15:29:25	CARLOS DIAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	6_Termo_de_Compromisso_UFVJM.pdf	30/12/2017 15:28:17	CARLOS DIAS	Aceito
Orçamento	5_Orcamento_HAS_Diamantina.pdf	30/12/2017 15:27:21	CARLOS DIAS	Aceito
Outros	4_Roteriro_de_Entrevista_HAS_Diama	30/12/2017	CARLOS DIAS	Aceito

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.515.050

Outros	ntina.pdf	15:25:56	CARLOS DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3_TCLE_HAS_Diamantina.pdf	30/12/2017 15:24:47	CARLOS DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_HAS_Diamantina.pdf	30/12/2017 15:24:28	CARLOS DIAS	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_Rosto.pdf	30/12/2017 15:23:36	CARLOS DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIAMANTINA, 27 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Lilian Simone Godoy Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br

ANEXO B – DECLARAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIAMANTINA – MINAS GERAIS COMO COPARTICIPANTE DA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Edital 07/2017 – Programa de Pesquisa par o SUS-PPSUS
MS/CNPq/FAPEMIG/SES

TERMO DE COMPROMISSO INSTITUCIONAL

Pelo presente Termo de Compromisso, declaro estar ciente e de acordo com a participação da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina (SMD) representada pela Atenção Primária à Saúde (APS) no Projeto "Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): representações sociais, práticas comportamentais e efetividade dos processos de adesão ao tratamento da doença de pacientes cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Diamantina, MG", na condição de instituição colaboradora.

O projeto será coordenado por Carlos Alberto Dias, professor adjunto da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, contando ainda com a participação da Enfermeira Luciana Maria Lauer de Almeida, responsável pela Unidade Básica de Saúde – Centro/Diamantina. O apoio da PMD/(APS) à pesquisa não implica em desembolso financeiro. Este consiste em permitir o acesso ao cadastro de hipertensos assistidos pelas Estratégias de Saúde da Família, sob a orientação dos gestores das ESF's, para que os pacientes possam conhecer o projeto de pesquisa e decidirem sobre sua participação.

Atenciosamente,

Rogério Geraldo Pontes
Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Diamantina

Diamantina, 22 de setembro de 2017

**ANEXO C – DECLARAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE DIAMANTINA –
MINAS GERAIS COMO COPARTICIPANTE DA PESQUISA**



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Edital 07/2017 – Programa de Pesquisa par o SUS-PPSUS
MS/CNPq/FAPEMIG/SES

TERMO DE COMPROMISSO INSTITUCIONAL

Pelo presente Termo de Compromisso, declaro estar ciente e de acordo com a participação da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina (SMD) representada pela Atenção Primária à Saúde (APS) no Projeto "Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): representações sociais, práticas comportamentais e efetividade dos processos de adesão ao tratamento da doença de pacientes cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Diamantina, MG", na condição de instituição colaboradora.

O projeto será coordenado por Carlos Alberto Dias, professor adjunto da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, contando ainda com a participação da Enfermeira Luciana Maria Lauer de Almeida, responsável pela Unidade Básica de Saúde – Centro/Diamantina. O apoio da PMD/(APS) à pesquisa não implica em desembolso financeiro. Este consiste em permitir o acesso ao cadastro de hipertensos assistidos pelas Estratégias de Saúde da Família, sob a orientação dos gestores das ESF's, para que os pacientes possam conhecer o projeto de pesquisa e decidirem sobre sua participação.

Atenciosamente,

Flávia Karla Cruz Mota

Coordenadora da Atenção Primária em Saúde
Prefeitura Municipal de Diamantina

Diamantina, 22 de setembro de 2017

ANEXO D – CARTILHA



**Herbert Ribeiro, Educador Físico, Mestre em Ensino em Saúde pela
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM**

PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA CONTEXTUALIZADO PARA HIPERTENSOS

**ATIVIDADE FÍSICA : UM REMÉDIO PARA A
HUMANIDADE!!**

2021



UM PROGRAMA CONSTITUÍDO EM QUATRO (4) ETAPAS



- VÍDEO 1 - Orientações Iniciais sobre o Programa de Atividade Física Contextualizado Para Hipertensos
- VÍDEO 2 - Aeróbico Aquecimento e Alongamento
- VÍDEO 3 - Exercício Concorrente (Aeróbico e Resistido - 1)
- VÍDEO 4 - Exercício Concorrente (Aeróbico e Resistido - 2)

ESSA CARTILHA



- Trata-se de um desdobramento realizado a partir da dissertação intitulada: **INSERÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEU PAPEL JUNTO A HIPERTENSOS ASSISTIDOS NA CIDADE DE DIAMANTINA-MG, BRASIL**, apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde EnSa / UFVJM.
- Essa proposta visa contribuir para a melhoria das condições de saúde de hipertensos através da prática de atividade física orientado por um Profissional de Educação Física.
- A atividade física é compreendida como qualquer tipo de movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos produzindo gasto de energia.
- Já a saúde, é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades.

ESSA CARTILHA



- No Brasil, a implementação da Constituição Federal de 1988 foi um marco histórico decisivo para construção da mais importante política pública de saúde criada no país, o Sistema Único de Saúde (SUS).
- O SUS, criado no ano de 1988 desenvolve ações de promoção e prevenção à saúde, apresentando uma concepção holística de saúde, sendo de grande importância para o povo brasileiro.
- Nessa perspectiva, o Profissional de Educação Física (PEF), se torna um grande aliado ao SUS, sendo importante ator na promoção de saúde estimulando a prática de atividade física.
- Dessa maneira, o SUS representa um mecanismo de promoção de saúde para a sociedade brasileira, tendo o PEF como um dos seus aliados nesse processo.
- Entre as ações desenvolvidas pelo PEF, se destaca aquelas direcionadas para a prevenção e tratamento da Hipertensão.

HIPERTENSÃO



- A Hipertensão Arterial é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), que apresenta alta prevalência no mundo.
- No Brasil, sua taxa de prevalência é de 20% a 30%.
- A Hipertensão é caracterizada pela apresentação de níveis pressóricos permanentemente $\geq 140 \times 90$ mmHg.
- É considerada um dos principais fatores de risco para o surgimento de diversas Doenças Cardiovasculares (DCV).
- Normalmente é uma doença silenciosa, que não acarreta nenhum sintoma, aumentando ainda mais o risco à saúde.

A Hipertensão é provocada por dois tipos de fatores :

Fatores de risco Modificáveis



Inatividade Física

Alimentação

Tabagismo

Alcoolismo

Fatores de risco Não Modificáveis



Idade

Gênero

Etnia

Genética

O seu tratamento é constituído por duas formas de intervenção :

Intervenção Farmacológica



Imensa variedade de fármacos prescritos para o tratamento da Hipertensão.

Intervenção Não Farmacológica



Mudanças nos hábitos de vida, caracterizada por mudanças alimentares, prática de atividade física, entre outras medidas.

Atividade Física x Hipertensão



- A prática de Atividade Física (AF) é considerada uma das mais importantes medidas não farmacológicas adotadas na prevenção e tratamento da Hipertensão.
- Isto, porque a AF promove o controle e/ou diminuição dos níveis pressóricos, o que se torna um grande aliado ao tratamento farmacológico.
- A AF possibilita diversos benefícios para além do controle dos níveis pressóricos, contribuindo para melhorar as condições de saúde do indivíduo de modo geral.
- Além disso, a AF é um meio essencial tanto na prevenção quanto no tratamento de outras doenças, sendo assim indispensável para o hipertenso, que muitas vezes também é acometido por outras doenças.
- Mas, para dar início a prática de atividade física é necessário seguir alguns passos para garantir a segurança do sujeito.

Passos importantes para iniciar a prática de Atividade Física



1º Passo : Consultar o médico cardiologista, ou o médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) para receber parecer positivo para iniciar a atividade física.

2º Passo : Consultar o Profissional de Educação Física da Estratégia Saúde da Família (ESF) para receber orientações quanto aos exercícios condizentes à suas condições físicas e clínicas.

3º Passo: Iniciar a atividade física conforme recomendado, se atentando para os cuidados que devem ser tomados durante a prática.

Programa de Atividade Física Contextualizado Para Hipertensos



ATENÇÃO

➔ Se você seguiu os 3 passos anteriores!

➔ Mas não encontrou um Profissional de Educação Física na Estratégia Saúde da Família para lhe orientar!

➔ Não se preocupe!

➔ Preparamos esse programa de Atividade Física especialmente para você!

Programa de Atividade Física Contextualizado Para Hipertensos



ATENÇÃO: Recomendações para uma prática segura:

➔ Faça a aferição da PA antes de iniciar a atividade, e caso sua pressão esteja a níveis superiores a 160/105 mmHg, não inicie a prática!

➔ Escolha um local adequado para realizar a prática, que seja espaçoso, e com o mínimo de obstáculos possíveis!

➔ Faça ingestão de água antes, durante a prática entre os intervalos de descanso, e após o exercício!

➔ Escolha uma roupa adequada que lhe traga conforto, e vamos lá!

**Assista os vídeos a seguir
para realizar comigo o
Programa de Atividade Física
Contextualizado Para
Hipertensos**



- Vídeo 1: Importância e cuidados na realização da Atividade Física

<https://youtu.be/7EsWigbuvGw>

- Vídeo 2: Treinamento Aeróbico e de Flexibilidade

<https://youtu.be/8J8bRnSQM98>

- Vídeo 3: Treinamento Concorrente (Aeróbico e Resistido - 1)

<https://youtu.be/jayLrf8xoOQ>

- Vídeo 4: Treinamento Concorrente (Aeróbico e Resistido - 2)

<https://youtu.be/PrPiGdGY7Ac>

Créditos

CRIAÇÃO E EXECUÇÃO: Herbert Silva Ribeiro

- Educador Físico (CREF 040547-G/MG).
- Mestre em Ensino em Saúde – UFVJM.
- E-mail: herbertsreducadorfisico@gmail.com

FILMAGEM E EDIÇÃO: Marcos Júnio Vieira Moreira.

- Administração pela UFV
- E-mail: marcosjunio271@gmail.com

APOIO FINANCEIRO:

- Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS)
- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)
- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG APQ-03932-17)

ORIENTAÇÃO:

- Dra. Tamar Kalil de Campos Rolla Miranda – UFVJM. E-mail: camposthamar@gmail.com

COORDENAÇÃO DO PROJETO:

- Dr. Carlos Alberto Dias – UFVJM. E-mail: carlosdiaspsicologo@gmail.com

Referências

BARROSO, W. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol, 2020.

BONFIM, G. C. S. O Nasf no município de Fortaleza e a intervenção do professor de educação física. Revista Diálogos Acadêmicos, v. 2, p. 150–157, 2012.

CARVALHO, A. DOS S.; ABDALLA, P. P.; JÚNIOR, C. R. B. Atuação do profissional de educação física no sistema único de saúde: revisão sistemática. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 30, n. 3, p. 1–11, 2017.

COSTA, F. F. Novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física: oportunidades de aproximações com o SUS? Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 24, p. 1–4, 2019.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. Interface: Communication, Health, Education, v. 17, n. 47, p. 885–899, 2013.

MAIA, R. H. S.; NAVARRO, A. C. O exercício físico leve a moderado como tratamento da obesidade, hipertensão e diabetes. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 11, n. 66, p. 393–402, 2017.

MANSKE, G. S.; DE OLIVEIRA, D. A formação do profissional de Educação Física e o sistema único de saúde. Motrivivência, v. 29, n. 52, p. 191–210, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde. 2019

RODRIGUES, J. et al. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 18, n. 1, p. 5–15, 2013.

SILVA, J. E. et al. Comportamento Da pressão arterial em homens pré-hipertensos participantes em um programa regular de natação. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 21, n. 3, p. 178–181, 2015.