

NÍVEL HABITUAL DE ATIVIDADE FÍSICA E FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE TORRES/ RS

MARINEI LOPES PEDRALLI
WALTER NISA CASTRO NETO

Universidade Luterana do Brasil – Campus Torres; Rua Universitária, 1900, Parque do Balonismo; Torres, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP 95560-000
E-mail: marinei.lopespedralli@gmail.com
Rua Universitária, 1900, Parque do Balonismo; Torres, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o aumento de pessoas com o comportamento sedentário associado ao padrão de vida contemporâneo, que evidencia a relação com maior incidência de mortes prematuras e doenças relacionadas ao estresse. Além destas relações, observa-se reflexos negativos na qualidade de vida e incremento nas doenças Crônico Degenerativas Não Transmissíveis (DCNT), como as cardiovasculares., diabetes, obesidade, entre outras (BRASIL, 2010).

No Brasil são 6 milhões de portadores de diabetes mellitus e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. Devido a sua elevada carga de morbi-mortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações a mesma é hoje prioridade de saúde pública (OMS, 2010). Outro agravo não transmissível é a Hipertensão Arterial (HA) que é a mais frequente das doenças cardiovasculares. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HA, 35% da população de 40 anos e mais, e esse número é crescente (BRASIL, 2010). Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), até 2025, o número de hipertensos nos países em desenvolvimento, como o Brasil, deverá crescer 80% (SBH 2011).

Modificações no estilo de vida, incluindo Exercícios Físicos (EF), são recomendados no tratamento e prevenção tanto da HA como da diabetes. Se cada 100 pessoas que sofrem de HA, passassem a praticar EF regularmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) economizaria cerca de 36% nos gastos com a mesma (JURAKI *et al.*, 2010). Os benefícios do EF no controle da Pressão Arterial (PA) acontecem por diversos fatores diretos e indiretos que ocorrem no organismo. Entre os benefícios mais importantes destacam-se, principalmente, as alterações cardiovasculares, endócrinas e bioquímicas (VIEIRA, 2010).

O EF é, também, uma das formas mais eficazes para prevenir e reabilitar um paciente diabético. A glicose é fonte predominante de energia nos primeiros 30 min de exercício, assim, o EF tem função parecida com a insulina no que se refere ao aumento da utilização da mesma substância pela célula (SBD, 2011). O EF regular e moderada associada à dieta adequada, além de prevenir ou retardar o surgimento do diabetes, consegue reduzir em 58% os efeitos deletérios do diabetes tipo 2 e diminuir a dose de insulina em uso (BRASIL, 2010).

O objetivo do trabalho foi verificar o Nível habitual de Atividade Física e fatores associados em pacientes Diabéticos e Hipertensos usuários de uma Estratégia de Saúde da Família do Município de Torres, RS.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva exploratória, proposta e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil conforme resolução CNS 196/96, sob protocolo nº 388H-2010. Participaram 116 indivíduos de ambos os gêneros inscritos no grupo de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Torres/RS. Após consentimento das ESF envolvidas os participantes

foram selecionados, por adesão voluntária a pesquisa, mediante termo de consentimento livre e esclarecido.

Na avaliação foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos: instrumentalização dos avaliadores; contato com a ESF; seleção dos sujeitos; coleta de dados através de questionário e avaliação antropométrica. As variáveis antropométricas avaliadas foram: a Massa Corporal (kg) e Estatura (m) para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC-kg/m²), utilizou-se uma balança GETEH inspecionada pelo Instituto Nacional de Metrologia (INMETRO), as Circunferências do Abdômen (CA) da Cintura (CC) e do Quadril (CQ) foram medidas com uma fita elástica antropométrica da marca Sanny, adotando os pontos de corte sugeridos pela Organização Mundial da Saúde (OMS,1998). Para avaliar o Nível Habitual de Atividade Física (NHAF), utilizou-se International Physical Activity (IPAQ) versão longa n.º8 de uma semana usual, validado para a população brasileira (BENEDETTI *et al.*,2004). O estudo demonstra o poder preditivo dos padrões de Atividade Física (AF) (caminhada, modera, vigorosa) em seus diferentes domínios: trabalho, deslocamento, atividade doméstica e recreação. Para classificar o NHAF foi considerados fisicamente ativos os indivíduos que realizassem ao menos 150 minutos de atividade física semanal por cinco ou mais dias da semana e sedentários os que realizavam menos de 10 min diários de AF. Para avaliar as condições de vida e saúde utilizou-se um questionário descritivo exploratório contendo perguntas sobre gênero, estado civil, escolaridade, situação ocupacional e sócio econômico e indicadores de saúde.

A análise adotada para o tratamento dos dados foi a estatística descritiva, correlação de Pearson (r) utilizando os recursos do SPSS[®] versão 14.5, sendo estimados os intervalos de confiança de $p \geq 0,05$ (ZAR, 1999).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A média de idade dos sujeitos foi de 61,4±10,2 anos, sendo está composta por 77 (66,4%) mulheres, destas 52 (44,8%) declararam ser casadas, 31 dos homens , ou seja do total declararam ser casados.

Observou-se na amostra masculina que 24 (20,7%) são analfabetos ou não concluíram o primário, 8 (6,9%) têm apenas o primário completo mas não concluíram o ginásial, 7 (6,0%) têm o ginásial completo mas não concluíram colegial. Com referência às mulheres verificou-se que 42 dessas são analfabetas ou não concluíram o primário, 23,3% tem apenas o primário completo, mas não concluíram ginásial e 8 concluíram o ginásial mas não o colegial. Os mesmos resultados foram observados nos estudos de Gomes *et al.* (2007) e de Coqueiro *et al.* (2007) em relação a escolaridade mínima.

Com relação a percepção do estado geral da saúde, 47 indivíduos a consideram regular a boa, 18,1% deles consideram seu estado de saúde ruim e apenas 1 apontou como excelente seu estado de saúde. Estas informações condizem com Miranzi *et al.* (2008), onde à auto-percepção da saúde foi positiva para cerca de 53,3%. A principal queixa em relação à saúde foi com as doenças musculoesqueléticas com 47 (40,5%) seguido pelas doenças coronárias com 29 (25%). Com relação ao uso de medicamentos 100% da amostra faz uso, o que se justifica por se tratar de um grupo de Hipertensos e Diabéticos atendidos pelo grupo HiperDia de uma ESF, destes apenas 6% tem plano de saúde e 94% dependem do Sistema Único de Saúde (SUS).

O baixo nível de estresse foi observado em 41 dos sujeitos. A qualidade do sono foi considerada boa para 44,8%, e ruim para 34,5%. A insatisfação com o peso corporal esteve presente em 43,1% das mulheres, e 50 delas gostariam de diminuir o peso, diferentemente dos homens 17,2% alegam estar satisfeitos com seu o peso. Esse dados corroboram com os de Gomes (2007) onde 80,3% de sua amostra afirmaram ter baixo nível de estresse, 81,1% boa qualidade do sono , e 62,9% de estarem insatisfeito com o peso corporal.

Sobre o tabagismo verificou-se que 76 nunca fumaram, é seguida por 28 sujeitos que pararam de fumar a mais de 2 ano e 6 fumam mais de 20 cigarros por dia. Em relação a ingestão de bebidas alcoólicas pode-se afirmar que é baixa pois 84,4% sujeitos afirmam não consumir nenhuma dose, já 12,1% sujeitos admitiram que consomem menos de 3 doses por semana e 3,4% admitem tomar de 4 a 5 doses por dia.

Foram considerados indivíduos com sobrepeso ou obesos aqueles que apresentassem IMC $\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$, o que observou-se em 99 sujeitos do estudo (TABELA 1). Entretanto, não houve relação significativa entre a variável IMC e idade ($r=0,35$; $p>0,710$), isso pode ser justificado em função de uma característica fisiológica relacionada ao envelhecimento, de que há uma redistribuição da gordura corporal dos membros para o tronco (SPIRDUSO, 2005). A manutenção de um estado nutricional adequado é muito importante, pois, de um lado, encontra-se o baixo-peso, que aumenta o risco de infecções e mortalidade, e do outro o sobrepeso, que aumenta o risco de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes (CABRERA 2010). Contrariamente, verificou-se associação significativa entre a idade e a CA ($r=0,180$; $p>0,050$) e a idade e a RCQ ($r=0,297$; $p>0,001$).

Com este preocupante panorama e considerando que a prevalência do sobrepeso e a obesidade esta aumentando em todas as regiões do País (IBGE, 2010) e de existir uma relação entre o aumento do IMC e o aumento do risco de morte por doenças cardiovasculares. Sendo assim, a manutenção do peso ideal, IMC abaixo de 25 kg/m^2 , deve ser uma meta a ser perseguida, A maior taxa de obesidade ocorre em populações com maior grau de pobreza e menor nível educacional (MONTEIRO *et al.*, 2001). Pode-se explicar essa associação pela maior palatabilidade e pelo baixo custo de alimentos de grande densidade energética, como açúcar e gorduras (DREWNOWSKI *et al.*, 2004).

A associação da medida da CA com o IMC mostrou-se significativa ($r=0,74$; $p>0,000$), a qual pode oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isolada (RIBEIRO, 2003). Neste estudo observou-se que 71 das mulheres apresentaram CA favorável ($0,87 \pm 0,07 \text{ cm}$) e apenas 6 desfavorável. Para os homens constatou-se resultados desfavorável para 38 ($1,00 \pm 0,07 \text{ cm}$), sendo favorável apenas para 1 indivíduo. Ainda com os resultados para a RCQ foi observada que 50 mulheres apresentam valores acima dos $\geq 88,0$ e 32 dos homens respectivamente. Podemos afirmar que esses sujeitos apresentam um risco aumentado para complicações metabólicas (ABESO, 2009). De acordo com Bray e Gray (1998), indivíduos acima de 40 anos de idade que apresentassem valores acima de 0,90 e 1,00 para homens e 0,80-0,90 para mulheres, estariam entre aquelas com alto para consequências adversas de saúde.

Tabela 1. Classificação do estado nutricional de acordo com o gênero (média \pm desvio padrão) na Circunferência Abdominal (CA) e na Relação Cintura Quadril (RCQ).

Variável	Classificação	Feminino	Masculino	Geral
ÍMC	>24,9	9	8	17
	$\geq 25,0$	68	31	99
	Total	77	39	116
CA	Favorável	71 ($0,87 \pm 0,1$)	1	-
	Desfavorável	6 ($1,15 \pm 2$)	38 ($1,00 \pm 0,1$)	-
RCQ	<80	11 ($74,18 \pm 4,8$)	2 ($73,0 \pm 5,7$)	13 ($74,18 \pm 4,8$)
	80 – 87,9	16 ($83,0 \pm 2,1$)	5 ($83,95 \pm 2,2$)	21 ($83,65 \pm 2,3$)
	$\geq 88,0$	50 ($98,9 \pm 8,8$)	32 ($101,97 \pm 8,3$)	82 ($100,27 \pm 8,7$)

Com relação ao nível habitual de AF no domínio trabalho observou-se que as mulheres ($159,8 \pm 572,3$ min/sem) são ativas considerando a soma do total dos padrões de AF (caminha, moderado e vigorosa). O mesmo não observou-se nos homens (TABELA 2).

Tabela 2. Níveis Habituais de Atividade Física classificados nos gêneros (média \pm desvio padrão) e pelos Domínios de Atividade Física (AF).

Variáveis	Feminino (n=77)	Masculino (n=39)
AF no trabalho (mim/sem)		
Caminhada	(25,5 \pm 104,2)	(42,7 \pm 199,3)
Moderada	(66,2 \pm 242,0)	-
Vigorosa	(68,3 \pm 310,3)	(82,1 \pm 512,4)
Total	(159,8 \pm 572,2)	(124,8 \pm 543,2)
AF no deslocamento (mim/sem)		
Bicicleta	(16,0 \pm 44,2)	(71,3 \pm 144,0)
Caminhada	(60,9 \pm 102,2)	(89,1 \pm 158,6)
Total	(76,9 \pm 146,4)	(160,4 \pm 302,6)
AF em casa tarefas domesticas e atenção a família (mim/sem)		
Moderada em casa	(351,4 \pm 458,9)	(20,0 \pm 52,3)
Moderada no jardim	(79,8 \pm 150,9)	(106,7 \pm 189,2)
Vigorosa no quintal	(72,3 \pm 182,9)	(68,1 \pm 163,0)
Total	(503,4 \pm 611,3)	(194,8 \pm 317,1)
AF de recreação, esporte, exercício e lazer (mim/sem)		
Caminhada	(41,4 \pm 175,3)	(41,8 \pm 94,9)
Vigorosa	(3,8 \pm 20,4)	(3,9 \pm 17,1)
Moderada	(18,5 \pm 89,2)	(11,5 \pm 42,2)
Total	(63,7 \pm 197,9)	(57,2 \pm 104,9)
Tempo que passa sentado (mim/sem)	(1400,9 \pm 764,9)	(1520,3 \pm 853,3)

Legenda: Atividade Física = AF; Semana= sem; Minutos = min.

Referente ao domínio de deslocamento observou-se que os homens ($160,4 \pm 302,6$ min/sem) foram mais ativos e as mulheres ($76,9 \pm 146,4$ min/sem) consideradas sedentárias. Estudos conduzidos por Zaitune *et al.* (2007), relataram níveis de AF semelhantes entre homens e mulheres no tempo livre e no trabalho. Com relação às atividades de deslocamento, os mesmos autores observaram que apenas 27% dos homens e 42% das mulheres atingiram mais de 15 minutos diários de deslocamento a pé ou de bicicleta.

No domínio de AF em casa, tarefas domesticas e atenção a família constatou-se que as mulheres dedicam mais tempo ($503,4 \pm 611,3$ min/sem) do que os homens ($194,7 \pm 317,1$ min/sem), já nas atividades moderadas no jardim observa-se que os homens tem maior dedicação que as mulheres, e nas AF vigorosas observa-se que ambos não atingem o padrão vigoroso.

No domínio AF de recreação, esporte, exercício e lazer, as mulheres ($63,7 \pm 197,9$ min/sem) e os homens ($57,2 \pm 104,9$ min/sem) não atingiram a recomendação dos 150min/sem, sendo considerados sedentários, o que é preocupante, pois sabemos os benefícios que a pratica regular de AF proporciona. Para redução do risco de diversas condições crônicas, hipertensão arterial e diabetes é necessário AF de intensidade moderada todos os dias da semana (WARBURTON *et al.*, 2007). A participação em qualquer nível (leve, moderada ou vigorosa) de AF seria fator de proteção a saúde, mesmo em indivíduos com a presença de alguma doença (SBH, 2011).

No que se refere a tempo que passam sentados podemos observar que os homens superam as mulheres. Isso se justifica porque a amostra estudada tem em sua maioria aposentados e idosos e optam por atividades que não necessitam de esforços (TABELA 2).

CONCLUSÃO

Em ambos os gêneros comprovou-se a baixa escolaridade, o sedentarismo, o sobrepeso e a obesidade, que somada às patologias das mesmas, são fatores de risco comprometedores.

Registrou-se ainda, que o único tratamento realizado é através da medicação, e que pouquíssimas pessoas realizam alguma AF orientada ou de lazer, como forma de prevenção. E que apesar dos sujeitos estarem sob tratamento em uma ESF, apresentam elevado potencial para serem vítimas de eventos cardiovasculares, em especial fatores moduláveis que devem ser manejados de forma correta, considerando aspectos individuais, sociais e econômicos da população-alvo.

Cabe aqui, uma intervenção de um profissional de Educação Física, que favoreça a mudança de hábitos e estilos de vida ligados a AF, contribuindo assim na promoção da saúde e prevenção de complicações tanto para de pessoas com hipertensão e diabetes como da população em geral, diminuindo assim os custos com o tratamento curativo. Destacando a idéia principal das ESF, que seria de não focar em tratar as doenças e sim, criar estratégias para prevenção de doenças futuras.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade (ABESO). - 3.ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.
- Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev Bras Cien Mov.* 2004;12(1): 25-34.
- Bray, GA. & e Gray D.S. Obesity. Part I-pathogenesis. *Wes. J. Med.*, 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2010 Jul 16]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2009_preliminar_web.pdf.
- Cabrera M.A.S, Filho, J. W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2010; 45 (5): 494-501.
- Coqueiro, R. S.; *et al.* Nível de Atividade Física e Fatores Associados em Usuários de uma Unidade de Saúde da Família do Município de Jequié-BA. *EFDeportes.com, Revista Digital.* Buenos Aires, n. 115, ano 12, dez. 2007. <http://www.efdeportes.com/efd115/usuarios-de-uma-unidade-de-saude-da-familia.htm>
- Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 2004.
- Gomes, M. Orientação de Atividade Física em Programa de Saúde da Família: uma Proposta de Ação, Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina na Sub-Área de Atividade Física Relacionada à Saúde como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre 2007.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares. 2008-2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11662. Acesso em: 28 de ago. 2010.
- Juraki D, Pediši Z, Greblo Z. Physical activity in different domains and health-related quality of life: a population-based study. *Qual Life Res.* In Press, 2010.
- Miranzi, S. S C.; *et al.* Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de Saúde da Família Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008.
- Moreli *et al.*, 2005; Brasil, Ministério da Saúde (2005). Política nacional de promoção da saúde. Portaria 687-2006-anexo 1.pdf., p38.

Organização Mundial da Saúde. Obesity. Disponível em: <http://www.who.int/en/>, acesso em agosto, 2010.

Spiriduso, W. Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

Warburton, D.; Katzmarzyk, P. T, Rhodes, R. E & Shephard, R.J Evidence-Based Guidelines For Physical Activity Of Adult Canadians, Applied Physiology , Nutrition, And Metabolism, 2007.

Monteiro, C. A.; Conde, W.L.; Popkin B. M. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. J Nutr, 2001.

Ribeiro, F.F. *et al.* Two-hour insulin determination improves the ability of abdominal fat measurement to identify risk for the metabolic syndrome. Diabetes Care, 2003.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. *Benefícios da Atividade Física*. Disponível em: <http://www.sbh.org.br>. Acesso em 16 set. 2011.

Sociedade Brasileira de Diabetes. *Benefícios da Atividade Física*. 2007. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/atividade>. Acesso em: 16 set. 2011.

Vieira, A. *Saiba como Cuidar da Hipertensão na Atividade Física*. Disponível em: <http://www.sitemedico.com.br/sm/materias/index.php?mat=1592>, Acesso em: 16 set. 2010.

Zaitune, A. P. M.; *et al.* Fatores Associados ao Sedentarismo no Lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007.

Zar, J. H. Biostatistical Analysis. 3^a Ed. Prentice Hall Press, 1996.