

**ADOÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS QUANTO AOS FATORES DE RISCO
PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PELOS ALUNOS DO CURSO
DE GRADUAÇÃO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO CELSO
LISBOA**

BARROS, Thiago Soares de¹
HORA NETO, Edison Batista da
ALVES, Carlos Henrique Oliva Medina
MACEDO, Fernando Corrêa²

RESUMO

A presente pesquisa adotou como premissa que, os acadêmicos do curso de Educação Física, do 4º ao 8º período de licenciatura e bacharelado do Centro Universitário Celso Lisboa, têm o conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seus fatores de riscos, como realizar a sua prevenção e controle. O objetivo principal da pesquisa foi verificar se os acadêmicos, fazendo uso de seu conhecimento, adotam ou não medidas em suas atividades cotidianas que auxiliam na prevenção e controle da HAS. A população estudada compreendeu 145 acadêmicos que responderam a um formulário de pesquisa com perguntas de caráter fechado. Na análise dos dados de pesquisa encontramos dezessete indivíduos que autodeclararam serem hipertensos, 114 informaram não serem acometidos de HAS e quatorze autodeclararam o desconhecimento no que diz respeito a serem ou não hipertensos. Os dados obtidos foram estruturados em seções onde constam, inicialmente: a apresentação e análise de alguns dos dados de pesquisa da amostra total da pesquisa; em seguida, a apresentação e análise dos dados sobre os fatores de risco não modificáveis e dos fatores modificáveis da HAS dos indivíduos que se autodeclararam hipertensos, não hipertensos e os indivíduos que informaram desconhecerem se são acometidos da HAS ou não. Podemos observar que a população entrevistada busca adotar hábitos preventivos quanto a HAS e que fatores como estresse, alimentação inadequada e a hereditariedade se mostraram relevantes em todas as parcelas da amostra estudada.

Palavras chave: Educação Física, Saúde, Hipertensão.

ABSTRACT

The objective the present study has adopted is that the Physical Education academics from the 4th to the 8th term of licentiate and bachelor at Centro Universitário Celso Lisboa are aware of SAH (Systemical Arterial Hypertension), its risk factors, how to prevent ,and manage it. The main goal of the study was to check if the academics adopted or not a preventive measure in their routine so that it could assist in the prevention and control of SAH. There were 145 respondents, who are academics, which answered a search form. From the results of the form's analysis we could realize that 16 respondents claimed to be hypertensive, 114 informed that

¹ BARROS; HORA NETO; ALVES, graduandos do Curso de Educação Física do Centro Universitário Celso Lisboa;

² MACEDO, Dr. Docente do Curso de Educação Física do Centro Universitário Celso Lisboa.

they are not hypertensive and 14 did not know if they are hypertensive or not. The collected data was organized by sections, where some results can be found as: the presentation and analysis of some data from the study and the total sample of the study; Moreover, the presentation and analysis of risk factors that can or not be modified of SAH from participants who claimed to be hypertensive, the ones who claimed not to be hypertensive and the ones that do not know.

Keywords: Physical Education, Health, Hypertension.

INTRODUÇÃO

Segundo McArdle, Katch e Katch (2011), a pressão arterial (PA) consiste na força com que o sangue bombeado pelo coração exerce contra as paredes das artérias e vasos sanguíneos para que este fluxo de sangue percorra o sistema circulatório e possa chegar até os diversos órgãos do corpo humano. “A pressão arterial é determinada pelo débito cardíaco e pela resistência periférica” (ACSM, 2003, p.136).

De acordo com Spence (1991, p. 314) “A pressão sanguínea gira em torno de 120/80 onde o numerador é a pressão sistólica e o denominador a pressão diastólica. As pressões são medidas em milímetros de mercúrio (mmHg)”.

Para McArdle, Katch e Katch (2011, p. 318)

A pressão sistólica ou diastólica elevada (denominada hipertensão) é definida como uma pressão sistólica de repouso acima de 140 mmHg e uma pressão diastólica acima de 90 mmHg (hipertensão no estágio 1). A hipertensão no estágio 2 relaciona-se com pressões sistólicas de 160 mmHg e até mais altas e pressões diastólicas de 100 mmHg e mais altas.

A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (DBH) da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) preconiza que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA (SBH, 2010) e “pode ser classificada como primária (causa desconhecida) ou secundária (causada por distúrbios endócrinos ou estruturais identificáveis)” (ACSM, 2003, p. 136).

Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão

Ainda não se sabe exatamente como a hipertensão arterial se desenvolve, mas já foram identificados alguns fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da doença: idade, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, de álcool e de alimentos ricos em sódio e gorduras, sedentarismo, tabagismo, genética (hereditariedade), sexo e etnia, uso de alguns tipos de medicamentos, fator socioeconômico e estresse (SBH, 2010, p. 8).

O American College of Sports Medicine (ACSM) recomenda a manutenção da pressão arterial sistólica (PAS) abaixo de 140 mmHg, a pressão arterial diastólica (PAD) abaixo de 90 mmHg e o controle dos fatores de risco para prevenção da HAS, como: perder peso se ele for excessivo, limitar a ingestão de álcool, aumento da atividade física, reduzir a ingestão de sódio, parar de fumar e reduzir a ingestão de gordura saturada e de colesterol (ACSM, 2003).

A Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes (CNHD), estabelece que a HA é responsável pela mortalidade em pacientes hipertensos de 40% dos acidentes vasculares encefálicos e 25% dos infartos além das complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (BRASIL, 2011).

Em pesquisa, a Vigitel Brasil registrou a população adulta de 27 cidades. Nesses casos

a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,9%) do que em homens (21,3%). O diagnóstico de hipertensão arterial foi mais frequente com o aumento da idade em ambos os sexos. Dentre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre o nível de escolaridade e o diagnóstico da doença, enquanto 44,6% das mulheres com até oito anos de escolaridade referiram diagnóstico de hipertensão arterial, a mesma condição foi observada em 13,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença também foi mais frequente entre os que estudaram até oito anos (BRASIL, 2012, p. 35).

O presente estudo teve por objetivo verificar o comportamento dos acadêmicos de licenciatura e bacharelado da graduação em Educação Física do Centro Universitário Celso Lisboa quanto ao tema da HAS, no que tange aos fatores de risco presentes em seus hábitos de vida e que influenciam na prevenção e controle da PA.

Em nosso estudo partimos da premissa que os acadêmicos de Educação Física, compreendidos entre os períodos analisados têm o conhecimento sobre o que é a HAS, seus fatores de riscos, a importância de determinados hábitos saudáveis, dos seus tratamentos e da mensuração rotineira da pressão arterial. Procuramos descobrir através dos dados obtidos se este indivíduo, perante aos fatores de risco, adota ou não hábitos saudáveis para prevenção e controle da HAS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Na pesquisa foi utilizada uma abordagem descritiva e quantitativa baseada na utilização de um formulário de pesquisa, no qual constam perguntas de caráter fechado sobre estimativa aproximada da massa corporal, da altura para cálculo do IMC, identificação individual, hábitos de vida e histórico pessoal e familiar em relação à HAS.

A primeira parte do questionário destinou-se a identificar os participantes da amostra de pesquisa através de autodeclaração para diversas variáveis a saber: massa corporal, estatura, etnia, condição em relação à presença da HA e a periodicidade da mensuração da PA. O Índice de Massa Corporal (IMC) Kg/m^2 (peso/altura x altura) foi calculado com base nos dados aproximados, em relação a essas duas sentenças, informados pelos acadêmicos entrevistados.

Foi investigada a presença da HA em parentes próximos (hereditariedade), pois a GUIDELINES de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial, da Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular aponta a importância da história familiar como característica frequente em doentes hipertensos, com a variação da hereditariedade estimada entre 35% e 50% na maioria dos estudos.

Foi questionada a situação dos entrevistados em relação ao diabetes que interfere no sistema fisiológico de vasos e artérias e, está também, relacionada com a obesidade e sobrepeso e segundo o Caderno de Atenção Básica nº 15 de HAS (BRASIL, 2006) “a prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral”.

Procuramos abordar e relacionar os fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional com o HA, pois o estresse apresenta reatividade cardiovascular da PA (SBH, 2006). Foram elaboradas questões referentes ao turno de trabalho, ao número de horas trabalhadas e ao turno de estudo dos indivíduos entrevistados e, por fim, perguntamos sobre a prática de atividades físicas regulares que representa uma ação de grande relevância para a prevenção e controle dos níveis da PA (SBH, 2010).

As questões da segunda parte do formulário de pesquisa foram elaboradas no intuito de buscar respostas sobre como a HAS está presente na vida do acadêmico de educação física. As perguntas dessa seção abordaram fatores passíveis de

serem modificados pelos indivíduos, os quais, se não abordados adequadamente contribuem para elevar ainda mais os níveis da PA ou corroboram para o desenvolvimento da HAS, são eles: o fumo, o consumo de bebida alcoólica, o consumo de sal; a ingestão de alimentos industrializados e do tipo *fast-food*.

O referido formulário foi aplicado a 145 estudantes dos cursos de bacharelado e licenciatura, do 4º ao 8º período, da graduação em Educação Física do Centro Universitário Celso Lisboa.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DE PESQUISAS REFERENTES À AMOSTRA TOTAL DA PESQUISA.

As tabelas de número 01 até a tabela 06 apresentam, respectivamente, os dados obtidos referentes ao gênero; idade; média, mediana e desvio padrão das idades; etnia; IMC e classes socioeconômicas, em relação a população dos 145 acadêmicos entrevistados.

Tabela 01 – Referente a distribuição dos entrevistados em relação ao gênero. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Gênero	N	%
Masculino	87	60
Feminino	58	40
Total	145	100

Tabela 02 – Referente às faixas etárias da amostra da pesquisa. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Anos	N	%
19-22	31	21,38
23-26	51	35,17
27-30	26	17,94
31-34	19	13,10
35-38	9	6,20
39-42	1	0,7
43-46	5	3,45
47-50	3	2,06
Total	145	100

Tabela 03 – Média, mediana e desvio padrão da idade da amostra de pesquisa. Valores em anos.

Média	27,55
Mediana	26
Desvio padrão	6,58

Tabela 04 – Mostra a distribuição da população estudada em etnias. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Etnia	N	%
Branços	64	44,13
Negros	31	21,38
Pardos	45	31,04
Amarelos	3	2,07
Índios	2	1,38
Total	145	100

Para efeitos de posterior continuidade das análises dos dados, a etnia da amostra foi abordada seguindo o critério de etnia branca e etnia não branca, pois “em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca” (SBH, 2010, p. 9).

Tabela 05 – Apresenta a distribuição dos entrevistados de acordo com os seus IMC. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Valores (Kg/m ²)	Índice	N	%
18,5	abaixo do peso	3	2,06
18,5 a 24,9	peso ideal	75	51,72
25,0 a 29,9	sobre peso	54	37,28
30,0 a 34,9	obeso grau 1	11	7,58
35,0 a 39,9	obeso grau 2	1	0,68
Acima de 40,0	obeso grau 3 / mórbida	1	0,68
Total	-----	145	100

Tabela 06 – Demonstra em quais classes socioeconômicas está distribuída a população da amostra. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Classe socioeconômica	N	%
B	16	11,03
C	49	33,61
D	48	33,10
E	32	22,06
Total	145	100

A questão sobre a classe socioeconômica dos entrevistados foi levantada, pois existe uma relação com níveis socioeconômicos e a prevalência de HAS e fatores de risco que contribuem para elevação da PA (SBH; 2006; p. 127).

ANÁLISE DAS TABELAS DE NÚMERO 01 ATÉ 06 QUE APRESENTAM OS DADOS OBTIDOS DE PESQUISA REFERENTE À AMOSTRA TOTAL DA PESQUISA

Podemos constatar a presença de uma população significativamente jovem, com uma média de idade abaixo de 30 anos. Conforme citado acima em relação à etnia, observamos a prevalência de indivíduos de cor não branca (55,87%) e de indivíduos em classes socioeconômicas onde prevalece grande número de hipertensos, tanto para este quanto para aquele fator.

Apesar de pouco significativa, a quantidade de indivíduos com obesidade (grau 1, 2 ou 3) nos leva a acreditar que, apesar da população estudada ser de futuros profissionais de educação física, alguns não aderem a prática de exercícios, não tem controle sobre dieta alimentar e possuem doenças que se relacionam com obesidade (síndrome metabólica).

As tabelas de números 07, 08, 09, 10 e 11 correspondem, respectivamente, aos dados obtidos da amostra total referentes ao turno de trabalho; horas trabalhadas por dia; média, mediana e desvio padrão das horas trabalhadas; os períodos cursados e o turno em que estudam os entrevistados da pesquisa.

Tabela 07 – Referente ao turno em que trabalham os alunos entrevistados. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Quantidade de turnos trabalhados	N	%
Dois turnos	65	45,23
Apenas um turno (manhã/tarde/noite)	74	50,63
Não trabalham	6	4,14
Total	145	100

Tabela 08 – Referente à quantidade de horas trabalhadas pelos indivíduos da amostra. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra).

Horas	N	%
0 a 2	7	4,90
3 a 4	34	23,44
5 a 6	49	33,79
7 a 8	40	27,58
9 a 12	15	10,29
Total	145	100

Tabela 09 – Média, mediana e desvio padrão das horas de trabalho diário da amostra de pesquisa. Valores em horas.

Média	6,06
Mediana	2,52
Desvio padrão	6

Tabela 10 – Referente aos períodos cursados pelos entrevistados. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Período	N	%
4º	24	16,58
5º	11	7,58
6º	54	37,26
7º	14	9,65
8º	42	28,96
Total	145	100

Tabela 11 – Referente ao turno em que estudam os acadêmicos entrevistados. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Turno	N	%
Manhã	65	44,82
Noite	70	48,30
Ambos os turnos	10	6,88
Total	145	100

ANÁLISE DAS TABELAS DE NÚMERO 07 ATÉ 11 QUE APRESENTAM OS DADOS OBTIDOS DE PESQUISA REFERENTE À AMOSTRA TOTAL DA PESQUISA

A análise das horas trabalhadas nos induz a acreditar que, para os indivíduos que trabalham por mais de 9h diárias, haja pouco tempo para que se alimentem adequadamente (lançando mão do consumo de alimentos prontos e de rápido preparo), podem sofrer maiores efeitos do estresse diário e fazem parte da parcela que muitas vezes se deslocam diretamente do trabalho para a faculdade ou vice-versa restando-lhes pouco tempo disponível para prática de outras atividades.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DE PESQUISA

A apresentação e análise dos dados de pesquisa serão subdivididas em seções, que serão abordadas da seguinte maneira: a primeira seção apresenta e analisa os dados de pesquisa referentes aos indivíduos hipertensos analisando juntamente com os fatores não modificáveis e em seguida os fatores modificáveis da HAS; a segunda seção procederá a apresentação e análise dos dados da amostra de indivíduos não hipertensos e dos fatores não modificáveis, posteriormente dos

fatores modificáveis; e concluiremos na terceira seção com a apresentação dos dados sobre os entrevistados que informaram o desconhecimento se são hipertensos ou não com a análise dos fatores não modificáveis e modificáveis da HAS.

A tabela 12 apresenta a divisão em relação às respostas, dos 145 entrevistados, no que diz respeito a serem hipertensos ou não, ou desconhecerem se são acometidos ou não da HAS.

Tabela 12 – Demonstra a divisão dos entrevistados que responderam a pergunta se eram acometidos ou não pela HAS. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Resposta	N	%
Sim	17	11,72
Não	114	78,63
Desconhecem	14	9,65
Total	145	100

Apresentação e análise dos dados obtidos para a amostra de indivíduos que se autodeclararam hipertensos.

Os dados apresentados a seguir correspondem à amostra dos entrevistados que se autodeclararam hipertensos, no que diz respeito aos fatores de risco não modificáveis com posterior análise desses dados e, em seguida, a apresentação dos fatores de risco modificáveis da HAS, com suas análises.

Apresentação dos dados sobre os fatores não modificáveis para a amostra de indivíduos que se autodeclararam hipertensos.

As tabelas de número 13 até 16 apresentam os dados, dos dezessete entrevistados que se autodeclararam hipertensos, referentes aos fatores de risco não modificáveis da HAS.

Tabela 13 – Apresenta a distribuição, entre gêneros, dos hipertensos entrevistados. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra).

Gênero	N	%
Masculino	11	64,70
Feminino	6	35,30
Total	17	100

Tabela 14 – Refere-se aos indivíduos de etnia não branca da amostra de indivíduos hipertensos e, a distribuição por gênero dentro desta etnia. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra). Em relação à etnia não branca encontramos 13 indivíduos (76,47%)

Gênero	N	%
Feminino	5	38,46
Masculino	8	61,84

Tabela 15 – Apresenta a distribuição dos entrevistados hipertensos em relação à faixa etária. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Faixa etária (anos)	N	%
19-22	0	0
23-26	7	41,17
27-30	3	17,65
31-34	2	11,77
35-38	2	11,77
39-42	1	5,88
43-46	1	5,88
47-50	1	5,88
Total	17	100

Tabela 16 – Refere-se aos indivíduos que possuem ou não parentes com hipertensão (hereditariedade). (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Grau de parentesco	N	%
Pais	13	76,72
Avós	3	17,40
Nenhum	1	5,88
Total	17	100

Em relação ao fator de risco da diabetes, apenas 17,64% da amostra de indivíduos hipertensos, afirmaram possuírem tal doença.

Análise dos dados sobre os fatores não modificáveis para a amostra de indivíduos que se autodeclararam hipertensos.

Foi possível comprovar o que prescreve a literatura de nossas referências no que diz respeito ao gênero mais acometido de hipertensão arterial. No que se refere à etnia confirma-se o que diz a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010), onde a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca e quanto às mulheres de etnia não branca que sofrem de hipertensão, reafirma mais um dado da diretriz supramencionada quando aponta um excesso de HAS de até 130% em mulheres negras do que em brancas, visto que em nossa pesquisa encontramos somente uma mulher de etnia branca com HAS. Uma parcela significativa com a

idade apresentada na tabela ratifica o fato do aparecimento da HAS com o avanço da idade. A grande parcela da amostra com histórico familiar de hipertensão (hereditariedade) nos induz a acreditar que este fator é marcante para o desenvolvimento da HAS. A amostra de indivíduos diabéticos, apesar de pouco significativa, mostra que a hipertensão vem acompanhada de outras doenças e a diabetes tem interferência relativa para o aumento dos níveis da PA, pois tem grande relação com aumento do risco cardiovascular, o aparecimento da nefropatia diabética e desenvolvimento da síndrome metabólica.

Apresentação dos dados sobre os fatores modificáveis para a amostra de indivíduos que se autodeclararam hipertensos.

As tabelas de número 17 e 18 apresentam, respectivamente, os dados obtidos referentes aos fatores de risco modificáveis da HAS e a periodicidade da aferição da PA, da amostra dos indivíduos hipertensos.

Tabela 17 – Apresenta o perfil dos indivíduos hipertensos quanto aos fatores de risco modificáveis da HAS. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Fatores modificáveis	N	%
IMC acima de 25 Kg/M ²	11	64,70
Fumo	2	11,76
Consumo de bebida alcoólica	10	58,32
Consumo de alimentos industrializados	14	82,35
Consumo de alimentos tipo “fast-food”	17	100
Consumo de sal moderado	9	52,94
Estresse (pelo menos duas respostas positivas)	16	94,11
Prática de atividade física (sedentarismo)	17	100

Tabela 18 – Mostra a periodicidade com que os entrevistados hipertensos aferem a PA. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Aferição	N	%
Semanal	3	17,64
Mensal	5	29,41
Trimestral	1	5,88
Semestral	3	17,64
Anualmente	1	5,88
Somente em consultas médicas	4	23,52
Total	17	100

Análise dos dados sobre os fatores modificáveis para a amostra de indivíduos que se autodeclararam hipertensos.

Os dados nos apresentam que a totalidade da amostra realiza atividade física, porém a mesma preocupação não ocorre quanto ao consumo de alimentos industrializados e do tipo *fast-food* colaborando para o aumento do consumo de sódio e de gorduras. Entendemos que pode estar havendo um balanço energético positivo contribuindo para que uma parcela significativa da amostra esteja com o IMC acima de 25Kg/m², onde o aumento da massa corporal tem aumento quase que linearmente com a pressão arterial. O número de fumantes é baixo o que nos mostra uma atenção relevante quanto a este fator.

Em contrapartida o consumo de bebida alcoólica se mostrou considerável e, se for prolongado influencia para o aumento os níveis da PA. Os indivíduos que consomem sal afirmaram um consumo moderado, demonstrando haver uma conscientização quanto à quantidade ingerida e os seus efeitos negativos para a elevação da PA. O fator estresse se mostrou muito relevante e contribuirá para a manutenção de uma pressão arterial elevada por um tempo prolongado. Não encontramos na literatura recomendações referente à periodização de aferição da PA, porém observamos que se somada as parcelas que aferem semanalmente e mensalmente nos mostra uma preocupação quanto ao controle dos níveis da PA.

Apresentação e análise dos dados obtidos para a amostra de indivíduos que se autodeclararam não hipertensos.

Os dados abaixo apresentados correspondem à amostra dos entrevistados que se autodeclararam não hipertensos no que diz respeito aos fatores de risco não modificáveis, com posterior análise desses dados e, em seguida, a apresentação dos fatores modificáveis da HAS, com suas análises.

Apresentação dos dados sobre os fatores não modificáveis para a amostra de indivíduos que se autodeclararam não hipertensos.

As tabelas compreendidas do número 19 até a tabela 22 mostram os dados obtidos referentes aos fatores de risco não modificáveis da HAS, dos 114 entrevistados que se autodeclararam não hipertensos.

Tabela 19 – Representa a distribuição, entre gêneros, dos indivíduos não hipertensos. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra).

Gênero	N	%
Masculino	66	57,90
Feminino	48	42,10
Total	114	100

Tabela 20 – Refere-se aos indivíduos de etnia não branca da amostra de não hipertensos e, a distribuição por gênero dentro desta etnia. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra). Em relação à etnia não branca encontramos 58 indivíduos (50,86%).

Gênero	N	%
Feminino	22	19,29
Masculino	36	31,55

Tabela 21 – Apresenta a distribuição dos entrevistados não hipertensos em relação à faixa etária. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Faixa etária (anos)	N	%
19-22	27	23,68
23-26	41	35,96
27-30	19	16,67
31-34	16	14,04
35-38	6	5,26
39-42	0	0
43-46	3	2,64
47-50	2	1,75
Total	114	100

Tabela 22 – Refere-se aos indivíduos que possuem ou não parentes com hipertensão (hereditariedade). (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Grau de parentesco	N	%
Pais	49	42,98
Avós	26	22,73
Desconhecem	9	7,98
Nenhum	30	26,31
Total	114	100

Entre os indivíduos da amostra que se autodeclararam hipertensos, apenas 3,50% afirmaram serem diabéticos.

Análise dos dados sobre os fatores não modificáveis para a amostra de indivíduos que se autodeclararam não hipertensos.

Um dos fatores que pode ser mostrar prevalente para que a amostra acima venha a desenvolver a HAS a desenvolver hipertensão, é o hereditário. Referente à parcela da amostra que se mostrou com idade mais avançada não se confirmam os mesmos dados sobre idade que encontramos nos hipertensos tão pouco, na literatura.

Apresentação dos dados sobre os fatores modificáveis para a amostra de indivíduos que se autodeclararam não hipertensos.

A tabela 23 apresenta os dados referentes aos fatores de risco modificáveis da HAS, enquanto a tabela 24 mostra a periodicidade com que os indivíduos, que se autodeclararam não hipertensos, realizam aferição da PA.

Tabela 23 – Apresenta o perfil dos indivíduos não hipertensos quanto aos fatores risco modificáveis da HAS. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Fatores modificáveis	N	%
IMC acima de 25 kg/m ²	51	44,73
Fumo	5	4,38
Consumo de bebidas alcoólicas	62	54,38
Consumo de alimentos industrializados	97	85,08
Consumo de alimentos tipo <i>fast-food</i>	98	85,96
Consumo de sal moderado ou não controlam a quantidade.	59	51,75
Estresse (pelo menos duas respostas positivas)	107	93,85
Não praticam atividade física	6	5,26

Tabela 24 – Mostra a periodicidade com que os a amostra de não hipertensos aferem a PA. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Aferição	N	%
Semanal	14	12,28
Mensal	20	17,54
Trimestral	11	9,64
Semestral	9	7,89
Anualmente	4	3,53
Somente em consultas médicas	56	49,12
Total	114	100

Análise dos dados sobre os fatores modificáveis para a amostra de indivíduos que se autodeclararam não hipertensos.

O número de indivíduos com o IMC acima de 25Kg/m² se mostrou inferior aos de hipertensos e se relacionarmos com o consumo de alimentos citados acima podemos inferir que a baixa ingestão desse tipo de alimento, se comparado com os índices dos hipertensos, contribui para a manutenção dos índices de IMC dentro do recomendado como ideal. O consumo de bebida alcoólica se mostrou elevado e se apresenta de grande relevância para que estes indivíduos venham a desenvolver a HAS. Quanto ao consumo de sal mostrou-se um dado preocupante onde apareceram indivíduos que não controlam a quantidade ingerida demonstrando um despreendimento quanto ao que esse fator pode provocar de danos nos níveis de PA. Outro fator que se mostrou significativo é o estresse que, engloba fatores psicossociais ou psicoemocionais, e contribuem para elevação momentânea da PA, porém caso se mostre presente por longos períodos poderá induzir a níveis elevados e sustentados da PA. A não adesão à prática de atividade física surpreendeu apesar de ser mostrar baixa e, em uma comunidade de futuros profissionais de educação física demonstra, talvez, uma negligência da importância da referida prática para prevenção da HAS. Quanto à aferição da PA somente quando o indivíduo possui uma consulta médica, e se nesta for aferida sua PA, se mostra preocupante, pois o acadêmico conhece o equipamento e procedimento para aferição podendo realizar um controle mais efetivo dos níveis de sua PA.

Apresentação e análise dos dados obtidos para a amostra de indivíduos que declararam desconhecimento sobre serem hipertensos ou não.

Os dados que se seguem apresentam os dados correspondentes à amostra dos entrevistados que declararam desconhecerem se são ou não acometidos de HAS no que diz respeito aos fatores de risco não modificáveis, com posterior análise desses dados e, em seguida, a apresentação dos fatores modificáveis da HAS, com suas análises.

Apresentação dos dados sobre os fatores não modificáveis para a amostra de indivíduos que declararam desconhecimento sobre serem hipertensos ou não.

As tabelas a seguir, compreendidas entre a tabela 25 e a tabela 28 apresentam os dados obtidos a partir da análise das repostas de quatorze indivíduos

que autodeclararam desconhecimento se são ou não acometidos de HAS, em relação aos fatores de risco não modificáveis.

Tabela 25 – Representa a distribuição, entre gêneros, dos indivíduos de desconhecem se são ou não hipertensos. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Gênero	N	%
Masculino	10	71,43
Feminino	4	28,57
Total	14	100

Tabela 26 – Refere-se aos indivíduos de etnia não branca da amostra em questão e, a distribuição por gênero dentro desta etnia. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra). Em relação à etnia não branca encontramos 10 indivíduos (71,43%).

Gênero	N	%
Feminino	2	20
Masculino	8	80

Tabela 27 – Apresenta a distribuição dos entrevistados em relação à faixa etária, em anos. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Faixa etária	N	%
19-22	4	28,58
23-26	3	21,43
27-30	4	28,57
31-34	1	7,14
35-38	1	7,14
39-42	0	0
43-46	1	7,14
47-50	0	0
Total	14	100

Tabela 28 – Refere-se aos indivíduos que possuem ou não parentes com hipertensão (hereditariedade). (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Grau de parentesco	n	%
Pais ou avós	9	64,28
Desconhecem	4	28,57
Nenhum	1	7,15
Total	14	100

Afirmaram serem diabéticos apenas 7,15% da amostra dos indivíduos que desconhecem se são hipertensos ou não.

Análise dos dados sobre os fatores não modificáveis para a amostra de indivíduos que declararam desconhecimento sobre serem hipertensos ou não.

Convém destacar a presença do fator hereditário (genético) que se mostrou elevado em toda a população estudada até o momento. A observação dos dados nos leva a considerar, para esta amostra, ser o fator genético sozinho não tão preponderante para que esse indivíduo venha a desenvolver a HAS, mas a associação com os demais fatores, haja vista a baixa porcentagem em relação à faixa etária mais elevada, diabetes, gênero e etnia.

Apresentação dos dados sobre os fatores modificáveis para a amostra de indivíduos que declararam desconhecimento sobre serem hipertensos ou não.

A tabela 29 refere-se aos dados obtidos referentes aos fatores de risco modificáveis da HAS, dos indivíduos que desconhecem se são ou não hipertensos. Já a tabela 30 aponta a periodicidade com que esses indivíduos realizam a aferição da PA.

Tabela 29 – Apresenta o perfil dos indivíduos, que afirmaram desconhecimento no que se refere a serem acometidos da HAS ou não, quanto aos fatores risco modificáveis da HAS. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Fatores modificáveis	N	%
IMC acima de 25 kg/m ²	5	35,71
Fumo	0	0
Consumo de bebida alcoólica	6	42,85
Consumo de alimentos industrializados	12	85,71
Consumo de alimentos <i>fast-food</i>	14	100
Consumo de sal moderado ou não controlam a quantidade	10	71,42
Estresse (pelo menos duas respostas positivas)	12	85,71
Prática de atividade física (sedentarismo)	14	100%

Tabela 30 – Mostra a periodicidade com que os entrevistados não hipertensos aferem a PA. (n=número de entrevistados; %=porcentagem da amostra)

Aferição	N	%
Mensal	3	21,42
Semestral	2	14,31
Anualmente	3	21,42
Somente em consultas médicas	6	42,85
Total	14	100

Análise dos dados sobre os fatores modificáveis para a amostra de indivíduos que declararam desconhecimento sobre serem hipertensos ou não.

Nesta parte da amostra podemos considerar a adesão maciça para a prática da atividade física como fator direto para a manutenção do IMC dentro da margem sugerida para controle da HAS e soma-se a isso, ainda, a baixa porcentagem daqueles que ingerem bebida alcoólica.

Em contrapartida o consumo dos tipos de alimentos supracitados aliado com o consumo de sal, que se mostrou mais uma vez sem controle efetivo quanto à quantidade ingerida, demonstram a despreocupação quanto a estes fatores. O fator do estresse isolado pode não implicar ao aparecimento da hipertensão nesses indivíduos, porém somado aos demais pode implicar para que venham a desenvolver a HAS.

Os fatores abordados anteriormente associados ao controle pouco efetivo dos níveis da PA que é praticado, em sua maioria quando em consultas médicas, aponta uma grande possibilidade de esses indivíduos entrarem para as estatísticas de hipertensos futuramente.

CONCLUSÃO

A observação do comportamento do aluno da graduação em Educação Física ao se deparar, com o conflito entre seu conhecimento científico para controle e prevenção da HAS e a presença de fatores de risco em sua seus hábitos e a adoção ou não de medidas preventivas em relação à doença, é relevante para sua carreira profissional haja vista ser um disseminador do conhecimento que contribui para melhora da saúde de outras pessoas e estar envolvido, tanto com a prevenção quanto ao controle da doença e de seus fatores de risco.

Ao partirmos da premissa que os acadêmicos de Educação Física, possuem o conhecimento sobre os fatores de riscos modificáveis, em nossas análises procuramos observar dados que nos mostrassem se o fato de possuir o conhecimento induz a aplicação em sua rotina de vida e, em contrapartida, quais fatores poderiam interferir para que ele viesse a não ter hábitos mais saudáveis. Encontramos dados significativos de acadêmicos que tem uma jornada de trabalho e estudo extenuante indicando uma jornada semanal onde, ele tem que lidar com os estresses de sua vida profissional, acadêmica e pessoal, com a falta de tempo e locais apropriados para uma alimentação mais saudável. Entendemos que a abordagem dos fatores modificáveis para a prevenção da HAS é levada em

consideração pela amostra, porém apresentam-se alguns empecilhos em preveni-los provocado, talvez, pela sua própria rotina.

Se levarmos em conta a adesão quase que total da prática de atividade física auxiliando na prevenção, mas se contrapondo com o consumo de alimentos inadequados, consumo de sal e de bebida alcoólica, poderá trazer como consequência: para o indivíduo hipertenso a continuidade de níveis elevados da PA, a dependência cada vez mais do tratamento medicamentoso, se o fizer; para os indivíduos não hipertensos e para os que desconhecem os fatores hereditários e o estresse poderão ser cruciais para que desenvolvam HAS e por isso devem manter periodicidade de aferição mais constante.

A pesquisa nos mostra que o fato de ser possuidor do conhecimento científico não implica na adoção de hábitos saudáveis pelo motivo de fatores intrínsecos, mas principalmente pelos fatores extrínsecos. Percebemos a prevalência significativa de fatores não modificáveis, mas havendo mudanças favoráveis quanto aos fatores modificáveis poderá retardar ou impedir o desenvolvimento da HAS não somente na população estudada, mas em qualquer indivíduo que adote hábitos mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforço e sua Prescrição**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes**. Brasil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA nº 15, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**. Brasil, Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2012: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasil 2012.

McARDLE, W. D; KATCH, F.; KATCH, V. **Fisiologia do exercício, nutrição, energia e desempenho humano**. 7. ed. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAM, 2011.

REVISTA PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO E RISCO CARDIOVASCULAR. **GUIDELINES de 2013 DA ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial**. número 39 suplemento. janeiro/fevereiro de 2014.

SPENCE, A. P. **Anatomia humana básica**. 2.ed. São Paulo: Manole, 1991.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 09. nº 4 - janeiro/março de 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 17. nº 1 - janeiro/março de 2010.