

Prevalência de Aptidão Física e Risco Cardiovascular após Caminhada Desorientada

Prevalence of Physical Fitness and Cardiovascular Risk After Non-oriented Walks

Marcelo Leonardi^{a*}; Adriana Martins Gallo^b; Renata Eloisa Kawka^c; Lucio Mauro Rocker dos Santos^d

Resumo

Doenças cardiovasculares são as principais causas de morbi-mortalidade nos países industrializados. A atividade física, quando realizada sob orientação, é uma maneira de melhorar a qualidade de vida. Para tanto, desenvolveu-se esta pesquisa de campo quantitativa descritiva transversal com objetivo de investigar a presença de sinais/sintomas e fatores de risco cardiovasculares, prática da caminhada, sinais vitais (PA/FC) e uso de medicações que tratam de hipertensão arterial. A amostra constituiu-se de 100 pessoas, frequentadoras de locais públicos de Araçongas-Pr. Dados mostram que muitas dessas pessoas não são orientadas profissionalmente para caminhar, sendo o enfermeiro, um profissional indicado para nortear tais atividades físicas.

Palavras-chave: Caminhadas. Cardiopatias. Enfermagem. Orientação

Abstract

Cardiovascular diseases are the main causes of morbidity and mortality in industrialized countries. Physical activity, when carried out under supervision, is a way to improve the quality of life. Bearing that in mind, this qualitative transversal descriptive field research was developed in order to investigate the presence of signs/symptoms and cardiovascular risk factors, walking practice, vital signs (PA/FC) and use of medications for hypertension. The sample consists in 100 people who attend public places in Araçongas-Pr. Data show that many of these people are not professionally oriented to walk and that nurses are the suitable professional guides for such physical activities.

Key-Words: Walks. Cardiovascular disease. Nursing. Supervision.

^a Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), Docente da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), E-mail: leonardi@unopar.br.

^b Discente da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), E-mail: adriana.gallo@bol.com.br.

^c Graduada pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).

^d Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (USP), Docente da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: lucio.santos@unopar.br

* Endereço para correspondência: Rod. Pr 218 – km 01. CEP. 86.702-670. Araçongas - PR.

1 Introdução

O coração humano, órgão central da circulação sanguínea, quando em disfunção, resulta em conseqüências fisiológicas devastadoras. Segundo Kumar; Abbas e Fausto (2005)¹, a doença cardíaca é a principal causa de morbi-mortalidade nos países industrializados. Os autores afirmam ainda, a existência de cinco categorias de doença responsáveis por quase toda a mortalidade cardíaca¹:

- a) Cardiopatia congênita;
- b) Cardiopatia isquêmica;
- c) Cardiopatia hipertensiva;
- d) Doença cardíaca valvular; e
- e) Doença miocárdica não-isquêmica.

Existem muitos fatores de risco responsáveis pelo comprometimento do coração como bomba. Estes fatores podem ser divididos em não-modificáveis (história, idade e sexo), e em potencialmente modificáveis (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hiperlipidemias, tabagismo, obesidade,

sedentarismo e estresse emocional)².

A inatividade física tem sido considerada grande fator de risco associada, principalmente, à cardiopatia coronariana aterosclerótica. Lima (2002)³ explica que, é de grande importância a realização habitual de atividade física com intensidade suficiente e frequência compatível, para o desenvolvimento da aptidão física, e uma ótima escolha, seria a prática da caminhada regular, pois é uma modalidade de exercício inócua, simples e acessível a todos. Guyton e Hall (1997)⁴ complementam afirmando que, a taxa de mortalidade é 3 vezes menor nas pessoas com maior aptidão do que naquelas com menor aptidão física.

O exercício físico, quando é iniciado aos poucos e aumentado gradualmente, levando em consideração a resposta do indivíduo, eventualmente resulta na melhoria do funcionamento do sistema circulatório, dos pulmões, da capacidade motora geral e do nível psicológico e mental. Por outro lado, quando essa atividade é realizada de forma inadequada, excedendo a capacidade do praticante, pode resultar em manifestações cardíacas danosas em determinadas pessoas com doença cardíaca conhecida ou oculta⁵.

A baixa aderência aos programas de exercício físico constitui um grande problema de saúde pública e da prática clínica diária. Inúmeros fatores pessoais e ambientais estão implicados na questão: demográficos (sexo, idade, raça, condição socioeconômica), biológicas (condições de saúde, fatores genéticos, desconforto), psicológicos (crenças,

conhecimentos, atitude, personalidade, experiências anteriores), sociais (família, supervisão, grupo), físicas (clima, distância, estímulos ambientais) e relacionados ao programa (local, grupo, intensidade, duração, variabilidade, liderança)⁶.

Para tanto, os profissionais de enfermagem devem estar orientados quanto ao auxílio no desenvolvimento de um programa de exercícios, que se adapte as necessidades e ao nível de desempenho da população. Visto que um dos propósitos da enfermagem é motivar as pessoas a melhorarem o estilo de vida, modificando comportamentos de risco e adotando comportamentos saudáveis. Esse pensamento também é considerado por Smeltzer e Bare (2002)⁵, ao afirmarem que

[...] Florence Nightingale escreveu, em 1858, que a meta da enfermagem era 'colocar o paciente na melhor condição para que a natureza pudesse agir sobre ele' [...].

Com base neste assunto, levanta-se a seguinte questão: Será que a população está recebendo e pondo em prática as orientações, quanto a importância de se efetuar uma caminhada dentro dos padrões de frequência e volume esperados?

Provavelmente, a inadequação do exercício físico é principalmente observada quando sua prática é feita sem nenhum tipo de orientação profissional prévia. O que muitas vezes pode ocorrer em diversos locais, em especial, em lugares públicos, como: praças e parques da cidade, estimulados por várias campanhas com intuito de tornar a população mais ativa. Essa idéia, no entanto, ainda precisa ser comprovada cientificamente.

Desta forma, fica clara a necessidade de se avaliar, na população que está praticando a caminhada nas praças e parques da cidade, como se apresentam o risco cardiovascular e a adequação e efetividade desta prática.

Diante desse fato, o maior enfoque é dado à cardiopatia isquêmica, já que segundo Rubin e Farber (2002)⁷ prevalece em 80% de todas as causas de cardiopatias, manifestando-se através de Angina pectoris, Infarto do miocárdio ou morte súbita, sendo, portanto de sua autoria a responsabilidade pela maioria de todos os óbitos.

Esta pesquisa de campo quantitativa, tem por objetivos investigar a presença de sinais/sintomas e fatores de risco cardiovasculares, verificar a prática da caminhada com relação a frequência e volume, avaliar o condicionamento físico para a prática do exercício levando em consideração os valores de Pressão Arterial (PA) e Frequência Cardíaca (FC), e verificar o uso de medicamentos para tratamento de doenças cardíacas e hipertensão arterial entre os participantes da amostra.

Para tanto, aplicou-se um questionário aos praticantes de caminhadas em praças e parques públicos de um município norte paranaense.

2 Material e Método

2.1 Tipo de estudo

Para que se estabeleçam compreensões no campo do conhecimento da Enfermagem, o presente estudo foi desenvolvido através da Pesquisa de Campo Quantitativa, Descritiva e Transversal.

Inicialmente, o trabalho de pesquisa apoiou-se em conhecimentos disponíveis, onde é de fundamental importância a Revisão de literatura sobre o tema exposto, pois esta revisão orientará o rumo da pesquisa em direção a solução do problema e discussão dos resultados⁸.

Na tentativa de se verificar a validade da resposta existente para o problema, usa-se a hipótese, que mesmo sendo de caráter correto ou errôneo, trará como resultado final uma verificação empírica⁹.

Segundo Oliveira (2001)¹⁰, a Pesquisa de Campo consiste na observação dos fatos tal como ocorrem espontaneamente, e na coleta de dados necessários ao estudo e registro de variáveis para posterior análise. A abordagem quantitativa é muito utilizada nos casos de pesquisas descritivas, ela é que irá quantificar dados na forma de coleta de informações, ou seja, é a investigação da relação entre os fenômenos: causa e efeito. O método descritivo da pesquisa tem por finalidade a observação, registro e análise do fenômeno sem, entretanto, entrar no mérito de seu conteúdo. Como a coleta de dados irá ser realizada em um período de tempo somente, conceitua-se o estudo como Transversal.

2.2 Universo da pesquisa

A coleta de dados foi realizada em locais públicos da cidade de Arapongas – Paraná (praças, parque municipal e ginásio de esportes), durante o período de 11 à 29 de setembro de 2006. Estes são considerados locais onde os praticantes de caminhada vão para poder se exercitar, já que se trata de um ambiente urbano.

2.3 Sujeitos da pesquisa

Foram avaliados indivíduos de ambos os sexos e diferentes faixas etárias. Porém apenas tabulou-se na análise os dados dos indivíduos que consentiram formalmente a participação na pesquisa.

O critério de inclusão dos participantes baseou-se na Amostragem Probabilística Aleatória Simples do tipo sem reposição, que conforme explicações de Marconi e Lakatos (1999)⁹, se dá por meio da escolha ao acaso de um indivíduo entre uma população, onde cada membro terá a mesma probabilidade de ser escolhido, porém, cada elemento poderá entrar apenas uma vez na amostra.

2.4 Instrumento de coleta dos dados

Como instrumento de apoio à coleta de dados previstos, foi aplicado um questionário semi-estruturado com 11 questões fechadas, especificamente elaborado para esse estudo.

2.4.1 Técnica de análise dos dados

“Uma vez manipulados os dados e obtido os resultados, o passo seguinte é a análise e interpretação destes [...]”¹⁰. Sendo assim, as informações colhidas foram quantificadas, e os resultados representados em porcentagens simples, através de gráficos do tipo barra vertical, que de acordo com o autor anteriormente citado, permite uma descrição imediata do fenômeno, sendo facilmente visível, já que se trata da utilização de elementos geométricos.

2.5 Normas éticas

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, depara-se com uma situação de caráter ético e profissional. Para tanto, adotou-se a autorização institucional, e obedeceu-se a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, que exige que toda pesquisa envolvendo pessoas, se processe após consentimento livre e esclarecido. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido incluiu a explicação completa sobre a natureza da pesquisa. Os esclarecimentos adicionais aos sujeitos ficaram por conta de uma linguagem acessível, havendo liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma, bem como garantir seu anonimato, assegurando sua privacidade com relação aos dados pessoais envolvidos na pesquisa⁸.

3 Resultados e Discussão

Foram avaliadas neste estudo 100 pessoas (100%), com faixa etária variando entre 12 e 91 anos de idade. Observa-se que a prevalência dos praticantes de caminhada, está entre 60 à 69 anos.

Leva-se em consideração, que 80% da amostra, possui o fator “idade” como risco não-modificável para cardiopatias. Esse fator gera grande influência quando se fala em questões referentes ao assunto saúde do coração, pois segundo Kumar et al.¹, a incidência de infarto do miocárdio se eleva em 5 vezes entre os 40 e 60 anos de idade, isso vem como consequência do desenvolvimento da aterosclerose, iniciada lenta e progressivamente desde a infância, juntamente associada com outros fatores de risco.

Durante a pesquisa, observou-se grande divergência entre os sexos, 28% dos sujeitos eram homens, enquanto que 72% eram mulheres. Isso sugere que estas estão cada vez mais aprimorando sua condição básica de saúde.

Apesar de ocorrer em maior número eventos coronarianos em homens, as mulheres dessa amostra encontram-se suscetíveis a esse risco, sendo que a maioria, encontra-se na faixa de 60 à 69 anos. Portanto, isso significa que as mulheres estão na fase em que há redução nos níveis de estrógeno, hormônio responsável pela melhora da função endotelial e perfil lipídico¹.

Os praticantes de caminhada entrevistados alegaram ter aconselhamento profissional para se exercitar, e a caminhada

foi a recomendação (55% dos casos). Porém, uma amostra quase que semelhante (45%), deram a informação onde se pode concluir que não existiu qualquer tipo de orientação prévia.

Verificou-se também que, 9% dos indivíduos abordados, caminham por convite de alguém que faz (amigos, parentes), outros 9% são influenciados por reportagens da mídia (televisão, rádio, jornais, revistas...), já 27% caminham por escolha própria.

Isso pode se tornar problema, já que há distância real dos objetivos impostos. Sem orientação, os exercícios incorretamente desenvolvidos podem acarretar em efeitos bionegativos à saúde³.

Quanto a prática de caminhada, 29% exerciam há 6 meses ou menos, indicando assim, uma modalidade de exercício imposta recentemente no cotidiano dessas pessoas. Em se tratando de praticantes ‘fiéis’, com igual ou maior tempo aproximado em 10 anos, 15% estão incluídos apenas.

Para Du Gas (1998)¹¹, o ideal seria que o exercício fosse regular, e adotado na prática das pessoas para o bom funcionamento de todos os processos corporais, já que o modo de vida predominantemente urbanizado se traduz em um risco à saúde de um modo geral. Todavia, este acontecimento não encontra-se padronizado em toda a amostra.

A frequência semanal da caminhada é realizada em sua maioria corretamente (94% dos casos), onde se observa que as atividades são feitas de 3 à 7 vezes por semana.

Lima (2002)³ e Wilmore e Costill (2001)¹² estabelecem na literatura que 3 à 5 sessões semanais são de perfeita conveniência, e que sessões de 6 à 7 dias por semana, produzem efeitos adicionais em pessoas fisicamente toleráveis resultando dessa forma em efeitos biopositivos desejados. Portanto, mobiliza-se assim, a importância da sistematização da caminhada, propondo regularidade semanal, o que é o caso da amostra do estudo.

Wilmore e Costill (2001)¹² afirmam que sessões de 20 à 30 minutos de caminhada diários representam uma quantidade de exercício ideal. Portanto, volume extrapolantes de atividade não é sinônimo de qualidade de vida.

No estudo observa-se que a prevalência da duração da atividade é de 60 minutos diários (72%). Baseando-se nos dizeres dos autores acima citados, considera-se que a maioria pratica caminhada vigorosamente, e isso pode refletir no surgimento de manifestações cardíacas danosas em indivíduos com doença cardíaca conhecida ou oculta.

Apenas 2% da amostra pode ser considerada como insuficientemente ativa, exercendo a atividade em 15 minutos diários.

É importante ressaltar que segundo informações colhidas dos entrevistados, 47% afirmaram não possuir nenhum tipo de sinal ou sintoma durante a caminhada, porém, 53% disseram vivenciar 1 ou mais sinais e sintomas característicos, que podem surgir em decorrência de alterações do funcionamento cardíaco.

Segundo Porto (1997)¹³, as doenças do coração manifestam-se por diversificados sinais e sintomas, alguns advindos do próprio coração, enquanto outros são originados em diferentes órgãos nos quais acabam repercutindo com maior ou menor intensidade no funcionamento cardíaco.

Dentre os sinais e sintomas vivenciados pelos praticantes de caminhada, a fadiga é a que mais prevalece (51% dos casos), sendo esta a responsável pela redução do desempenho do indivíduo. A Claudicação e a cianose, não foram citadas durante a coleta dos dados, esse acontecido é muito bom, já que são características de complicações graves.

Considera-se na amostra o grande número de indivíduos (96%) como herdeiros de fatores de risco (incluindo modificáveis e não-modificáveis) de risco para cardiopatias. Apenas 4% das pessoas abordadas alegaram não possuir nenhum fator de risco associado.

Considera-se que a prevalência de fatores de risco está concentrada na história familiar (fator não-modificável) em 73% dos casos, e hipertensão arterial (fator modificável) em 52% das pessoas que participaram do estudo. Observa-se também um número considerável (39%) de pessoas que alegaram viver situações estressantes, grande vilão responsável por alterações hemodinâmicas na população.

A predisposição familiar esta bem determinada para aterosclerose, e como se não bastasse, em alguns casos, vem associada com a hipertensão arterial e diabetes mellitus, o que geralmente compromete a irrigação do miocárdio, resultando em cardiopatia isquêmica¹.

Do total de 28 homens entrevistados durante a pesquisa, 39,1% estavam hipertensos (PA mensurada e superando o valor 140/90 mmHg) antes de iniciar a atividade, e 14,2% estavam taquicardicos, ou seja, com a frequência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto. Após a atividade não houve grandes oscilações nos valores encontrados.

A Hipertensão arterial é um poderoso fator de risco à coronariopatias, independente de qualquer idade, porém com predomínio nas idades superiores a 30 anos, devido a disfunção endotelial que acaba por favorecer a aterogênese. Inicialmente é assintomática, e quando não tratada, pode evoluir para casos severos⁵.

Segundo Smeltzer e Bare (2002)⁵, a frequência cardíaca é que reflete na quantidade de esforço que o coração necessita para satisfazer as demandas do corpo durante uma atividade, sendo, portanto o parâmetro mais simples de informações cardiovasculares.

Ressalta-se ainda, que mais da metade (63,6%) dos homens hipertensos não faz uso de medicação anti-hipertensiva. Os outros 36,4% alegaram fazer uso de medicação, porém não estavam com a pressão arterial controlada na medida realizada.

Não se pode deixar de lado a hipótese de que estas pessoas estivessem vivenciando um estado hipertensivo, uma alteração hemodinâmica comum do ser humano que tende a regredir, voltando assim ao estado de homeostasia. Porém, de

acordo com Weltzer Junior e Silveira (2005)¹⁴, a existência da falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, um dos maiores problemas na área da hipertensão arterial.

No que se refere as mulheres, de um total de 72 (100%), observou-se uma porcentagem menor em relação aos homens de hipertensão arterial (29,1%), e um número quase que insignificante (0,4%) delas, com taquicardia antes de iniciar a atividade. Assim como os homens, não houve grande oscilação desses valores logo após o término do exercício.

A maioria das mulheres hipertensas da amostra, estão sob terapia anti-hipertensiva medicamentosa, no entanto, elas não estão com níveis pressóricos da PA desejáveis. Cabe a esta amostra, a mesma hipótese utilizada anteriormente nos homens como explicação para o aumento dos níveis da PA e da frequência cardíaca.

4 Conclusão

Evidenciou-se com este estudo a afirmação de mais da metade dos entrevistados (53%) em relação aos sintomas e sinais de cardiopatias durante a realização de caminhadas. Observou-se que um número extremamente alto (96%) dos entrevistados afirmaram possuir pelo menos um fator de risco presente. Sendo assim, pode-se sugerir que nem todos os praticantes da caminhada possuem conhecimento prévio de doenças cardiovasculares e ainda afirma-se que 45% dos entrevistados disseram estar se exercitando sem a devida orientação profissional. Resumindo, talvez parte dessas pessoas seja portadora de cardiopatias e não saiba.

Esses dados alertam para o fato de que talvez haja pouco conhecimento por parte da população sobre o assunto, onde os mesmos não estejam dando a devida importância.

Com relação ao tempo de caminhada, verificou-se que 29% das pessoas adotou a prática há um tempo menor ou igual a 6 meses. A frequência semanal é bem aceita (3 à 7 vezes por semana), porém a duração da atividade é considerada como vigorosa (72% da amostra afirmou se exercitar por 60 minutos), já que a prevalência das idades esteja na faixa etária dos 60 à 69 anos de idade.

Percebeu-se uma predominância do sexo masculino tanto para os fatores de hipertensão (39,1% masculino para 29,1% feminino) e taquicardicos (14,2% masculino e 0,4% feminino), sendo que a relação ao uso de medicamentos para tratamento de doenças cardíacas ou hipertensão arterial na amostra hipertensa, observa-se uma situação oposta entre os sexos: 76,2% das mulheres que estavam hipertensas no estudo, fazem terapia medicamentosa, e apenas 36,4% dos homens hipertensos faz tratamento.

Considera-se que a participação no estudo foi aberta a todos os frequentadores de locais públicos da cidade de Arapongas-Pr que praticavam caminhada, e todos interessados foram incluídos na amostra, representando assim, a população desejada. Por ser uma coleta de dados baseada em entrevistas, os resultados estão submetidos à limitações, pois as informações

colhidas foram obtidas através do relato dos indivíduos, o que não permite saber especificamente o potencial risco de doença cardíaca conhecida ou oculta na população.

Tais considerações indicam a necessidade de uma abordagem mais ampla do processo saúde-doença por parte dos profissionais de saúde como um trabalho multidisciplinar que envolva o profissional de educação física na orientação e adequação de frequências e tipos de atividades e também em especial, profissionais da área da enfermagem que podem fazer as orientações devidas referentes às mudanças de hábitos e atitudes que envolvam os cuidados com a saúde. Ressalta-se a importância de profissionais devem estar capacitados e qualificados para realização de tal tarefa, uma vez que é de suma importância se incluir a caminhada, para que esta aconteça de maneira inócua e efetiva. Para que haja uma melhor contextualização dos conhecimentos até então adquiridos, torna-se necessária uma visão mais holística sobre o processo, e isso se faz na prática, pois o risco de adoecer ou morrer, está sempre em paralelo com as condições adversas e específicas de vida.

Referências

1. Kumar V, Abbas, AK, Fausto N. *Robbins & Conran patologia: bases patológicas das doenças*. 7th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
2. Bennett JC, Plum F. *Cecil tratado de medicina interna*. 20th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. v 1.
3. Lima DF. *Caminhada: teoria e prática*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Sprint; 2002.
4. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de fisiologia médica*. 9th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
5. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. v 1-2.
6. Oliveira Filho JÁ, Salles AF, Salvetti, XM. Prevenção primária da doença coronária pela atividade física. *Rev SOCESP* 2005 mar/abr;15(2):121-9, 2005. Disponível em: URL: <http://www.soces.org.br/framaset.asp?destino=http://www.revistasoces.com.br>.
7. Rubin E, Farber JL. *Patologia*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
8. Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
9. Marconi MA, Lakatos EM. *Técnicas de pesquisa*. 4th ed. São Paulo: Atlas; 1999.
10. Oliveira SL. *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2001.
11. Du Gas BW. *Enfermagem prática*. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
12. Wilmore JH, Costill DL. *Fisiologia do esporte e do exercício*. 2nd ed. São Paulo: Manole; 2001.
13. Porto CC. *Semiologia médica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
14. Weltzer Junior W, Silveira MPT. Hipertensão arterial: um problema de todos. *Nursing: RECFEN* 2005 fev.;81(8):70-5.