

AVALIAÇÃO FÍSICA DOS PACIENTES DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS QUE PRATICAM EXERCÍCIOS SEM A ORIENTAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Rodrigo Posser Borges¹

Cleiber Marcio Flores²

RESUMO

A pesquisa foi realizada em um grupo de pacientes hipertensos e diabéticos de uma unidade básica de saúde na cidade de Ponta Grossa-Pr, no ano de 2014, esses pacientes realizam atividades sem o acompanhamento de profissionais de educação física. Foram aplicados testes e retestes de flexibilidade e membros superiores e um questionário. Tendo como objetivos específicos: avaliar a percepção dos pacientes quanto à melhora ou piora da sua qualidade de vida. Discutir os resultados encontrados nos testes do grupo que faz atividade regular sem a supervisão qualificada, verificar se existe melhora significativa em pacientes que fazem atividade física sem adequada orientação e analisar as respostas dadas no questionário. Primeira avaliação foi realizada com 27 participantes e para o reteste compareceram apenas oito, acarretando uma alta taxa de abandono. Conclui com esta pesquisa que os oito participantes do grupo obtiveram melhoras significativas nas avaliações realizadas sem o acompanhamento do profissional de Educação Física, já na questão do abandono não houve um relato do que levou os participantes a terem abandonado o grupo de atividades físicas.

Palavras chave: Atividades físicas, Pacientes, qualidade de vida.

PHYSICAL EVALUATION OF PATIENTS IN A HYPERTENSIVE AND DIABETIC GROUP WHO EXERCISE WITHOUT THE GUIDANCE OF A PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONAL

ABSTRACT

The research was carried out in a group of hypertensive and diabetic patients from a basic health unit in the city of Ponta Grossa-Pr, in 2014, these patients carry out activities without the supervision of physical education professionals. Flexibility and upper limb tests and retests and a questionnaire were applied. The specific objectives are: to evaluate patients' perception regarding the improvement or worsening of their quality of life. Discuss the results found in the tests of the group that does regular activity without qualified supervision, check whether there is significant improvement in patients who do physical activity without adequate guidance and analyze the answers given in the questionnaire. The first assessment was carried out with 27 participants and only eight attended the retest, resulting in a high dropout rate. It concludes from this research that the eight participants in the group achieved significant improvements in the assessments carried out without the supervision of the Physical Education professional. Regarding the issue of abandonment, there was no report of what led the participants to abandon the physical activity group.

Keywords: Physical activities, Patients, quality of life

¹ Bacharel em Educação Física. Email para contato: rodrigoposserborges@outlook.com

² Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Ciências Farmacêuticas. Professor da Faculdade Santana. Email para contato: cleibermarcio@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A importância da atividade física regular na qualidade de vida manifesta-se sobre todos os aspectos do organismo, melhorando a força, tônus muscular, flexibilidade, fortalecendo articulações e os ossos (CIVINSKI, apud in: MARIGUTI; FERRIOLLI, 1998).

Observamos ainda melhorias como a perda de peso, redução de pressão arterial, melhora do diabetes e redução do colesterol total. Já nos aspectos de saúde mental ajuda a regular os hormônios e neurotransmissores além de outras substâncias do sistema nervoso, diminuindo problemas como estresse e ansiedade e recuperando a autoestima (SILVA, 2006).

Nos idosos a atividade física deve ser praticada regularmente sob orientação médica e com acompanhamento de um profissional de educação física, sendo uma intervenção eficiente que promove independência e autonomia na vida cotidiana do idoso (CIVINSKI, 2001).

Estamos vivendo uma realidade em que a população idosa vem crescendo consideravelmente a cada ano que passa em função destas transformações a busca de formas para auxiliar na manutenção da saúde e aumentar a longevidade estão relacionadas com práticas de atividades físicas regulares buscando-se um equilíbrio entre a parte biológica e psicológica (Silva, apud in: Rodrigues et al, 2002)

Mesmo com uma grande vontade de viver, para muitos o envelhecimento é chegar ao fim da vida, onde a realização de tarefas cotidianas torna-se muito difícil, como tomar um banho, se agachar e uma simples caminhada até o mercado. Por isso existe a necessidade de orientações adequadas que ajudarão estas pessoas envelhecerem com saúde e disposição (SILVA, 2006).

Baseado nisso, a questão que norteia essa pesquisa é: “existe melhora significativa em pacientes que fazem atividade física sem orientação adequada?”

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada nas unidades básicas de saúde (UBS) do município, existe o trabalho multiprofissional com a presença de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, dentistas e assistentes sociais. Apesar desta equipe contar com a presença de vários profissionais, ainda não se contempla a presença do Profissional de Educação Física

que tem papel primordial na prescrição e orientação das atividades e exercícios físicos.

No ano de 2013, foi realizado o estágio supervisionado, onde cinco acadêmicos do curso de educação física acompanharam durante aproximadamente 90 (noventa) dias, o grupo de atividades físicas do bairro Santa Paula, onde foram realizadas atividades de recreação, coordenação motora, alongamentos e atividades utilizando a academia ao ar livre. Os pacientes relataram que não havia orientação de nenhum profissional de educação física anteriormente e após a finalização destes estágios o grupo ficava sem acompanhamento adequado novamente.

Diante deste contexto, a pesquisa buscou avaliar através de exames físicos (flexibilidade e força de membros superiores), os participantes deste grupo, tendo como objetivos: avaliar a percepção dos pacientes quanto à melhora ou piora da sua qualidade de vida, bem como discutir os resultados dos exames físicos do grupo que faz atividade física regularmente sem acompanhamento de um profissional de educação física, apesar de terem sido capacitados por estagiários.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Saúde X Doença

A preocupação do homem com a saúde parece ser tão antiga quanto a sua presença no planeta terra. E apesar da humanidade estar a milhões de anos tentando entender o processo saúde-doença, este assunto continua sendo um desafio.

A busca de explicações, sobre doenças vem ocorrendo ao longo da história. Nas comunidades primitivas existia a crença de que as patologias e acidentes eram causados pela ira dos Deuses ou poderes espirituais (PORTINOI *apud* Bonica, 1990).

Estudos sobre saúde x doença surgiram na Grécia cerca de 400 anos a. C., o médico chamado Hipócrates anuncia novas ideias sobre saúde, que resultava no equilíbrio entre o corpo, a mente e o meio ambiente (PORTINOI *apud* Bonica, 1990).

Para Descartes (*apud* Lowen, 2006), o mecanismo do corpo humano funciona como um relógio composto por peças, que deveriam manter a ordem, e o mal funcionamento desta máquina acarretaria um processo patológico.

Atualmente o conceito de saúde envolve vários fatores: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, transporte, lazer, o acesso, aos bens e serviços essenciais. E os níveis de saúde da população expressa à organização social e econômica do país (FERRAZ, 1997).

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar mental, social e físico (FERRAZ, 1997).

Desta forma, entende-se, que a doença surge em consequência do desequilíbrio destes fatores, o bem-estar físico, mental, social e espiritual. Portanto é coerente a definição de Flizicoski (2004), quando diz que; saúde é um estado de equilíbrio entre o emocional e o físico, onde o desequilíbrio torna o homem doente, fraco, débil e vulnerável.

Atualmente, a ciência considera que grandes partes das enfermidades nada mais são do que a sumarização de problemas do decorrer da vida diária, que se transformam em doenças. Dores de cabeça, gastrites, lombalgias e palpitações têm seu potencial emocional (FONSECA, 2007).

1.2 Unidades Básicas de Saúde (UBS)

As unidades básicas de saúde foram criadas para atender a população dos bairros para que houvesse redução de pacientes hospitalizados e assim melhorar a prevenção e o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas.

Segundo Portal da Saúde (2013):

Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde, uma vez que é a principal porta de entrada das redes de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

1.3 Academias ao ar livre

Visando melhorar as ações de prevenção a saúde nas UBS o governo federal tem proporcionado vários programas para promover e contribuir com a melhora na

qualidade de vida da população, sendo um desses programas as Academias da Saúde.

A organização e o planejamento das academias são coordenados pela equipe de atenção básica devendo ser articulado com os demais pontos de atenção à saúde, além de estar vinculados a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou a uma UBS. (PORTAL DA SAUDE, 2013).

O programa e resultante da Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011, que busca, localmente, construir políticas e espaços de promoção da saúde, reconhecendo o território e a comunidade como atores fundamentais na articulação e reconhecimento dos determinantes sociais da saúde a partir da realidade local. (PORTAL DA SAUDE, 2013).

Segundo Portal da Saúde (2013):

O Programa Academia da Saúde tem como seus objetivos:

- I - Ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde;
- II - Fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde;
- III - Potencializar as ações nos âmbitos da atenção básica (AB), da vigilância em saúde (VS) e da promoção da saúde (PS);
- IV - Promover a integração multiprofissional na construção e execução das ações;
- V - Promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer;
- VI - Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis;
- VII - Aumentar o nível de atividade física da população;
- VIII - Estimular hábitos alimentares saudáveis;
- IX - Promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade;
- X - Potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e
- XI - Contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população. (MINISTERIO DA SAUDE, 2013).

1.4 Envelhecimento

Os fatores que definem envelhecimento são ambientais, genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros, definem as diferentes formas de envelhecimento.

Netto (1997) relata que, o envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, se instalando em cada indivíduo desde o nascimento e o acompanha por todo o tempo de vida, culminando com a morte.

Rodrigues (2000), propõe a seguinte classificação de idade:

- Primeira idade de 0 a 20;
- Segunda Idade de 21 a 49;
- Terceira Idade de 50 a 77;
- Quarta Idade de 78 a 105.

Segundo Mazo (*apud* in: Santos, 2000)

Envelhecimento biológico é um processo contínuo durante toda a vida, com diferenciações de um indivíduo para outro, e até diferenciações no mesmo indivíduo, quando alguns órgãos envelhecem mais rápido do que outros.

Envelhecimento social ocorre de formas diferenciadas em culturas diversas e este condicionado a capacidade de produção de indivíduo, tendo a aposentadoria como seu referencial mais marcante.

Envelhecimento intelectual começa a acontecer quando o indivíduo apresenta falhas na memória, dificuldades na atenção, na orientação e na concentração, enfim apresenta modificações desfavoráveis em seu sistema cognitivo.

Envelhecimento funcional acontece quando o indivíduo começa a depender de outros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou de suas tarefas habituais.

2 DOENÇAS QUE PODEM SER PREVENIDAS COM A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

2.1 Hipertensão:

Considerada como uma doença crônica por seus elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, fazendo com que o coração exerça um esforço maior do que o normal para que o sangue circule através dos vasos sanguíneos (COSTA, 2010).

De acordo com Costa (2010, p.131): “A pressão sanguínea possui duas medidas chamadas de sistólica e diastólica, quando o músculo cardíaco está contraído (sistólica) quando relaxado (diastólica)”.

Para Costa (2010, p. 132), classifica-se hipertensão da seguinte maneira:

Pressão arterial normal: entre 130- 139 mmHg (pressão arterial sistólica) e entre 85-89 mmHg (pressão diastólica);

Hipertensão leve: entre 140-159 mmHg (pressão arterial sistólica) e entre 90-99 mmHg (pressão diastólica);

Hipertensão moderada: entre 160-179 mmHg (pressão arterial sistólica) e entre 100-109 mmHg (pressão diastólica);
Hipertensão severa: maior ou igual a 180 mmHg (pressão arterial sistólica) e maior ou igual a 110 mmHg (pressão diastólica).

O aumento da pressão sanguínea está sendo associado com maior risco de complicações cardiovasculares. É a doença crônica que origina maior número de consultas nos sistemas de saúde, gerando impacto social econômico muito importante (DOMINGUES *et al.*, 2006).

A forma de tratamento e prevenção da hipertensão se dá pelas mudanças no estilo de vida como dietas, exercícios físicos e controle do peso corporal. Com essas medidas demonstradas podemos reduzir de forma significativa a pressão arterial dos indivíduos hipertensos (AMARAL *et al.* 2007).

2.2 Diabetes Mellitus não Insulino Dependente (DMNID)

Distúrbio metabólico caracterizado pelo elevado nível de glicose no sangue e resistência insulínica. Diferente da diabetes insulino-dependente (DMID), na qual se verifica a deficiência completa de insulina devido à destruição das células beta, dos ilhéus de Langerhans no pâncreas (SHEPHARD, 2003).

Para Cavalcanti *et al.*, (2006, p. 240):

Embora idade, histórico familiar, dentre outros fatores não modificáveis, possam estar presentes, na realidade os fatores modificáveis para o DM2 é que devem ser alvo de intervenção. Dentre os fatores de risco modificáveis para o DM2 destacam-se a obesidade e fatores dietoterápicos, o sedentarismo, bem como o tabagismo. Stress psicossocial e episódios depressivos maiores também podem estar associados a um aumento de risco para DM2.

Tem como seus principais sintomas a sede excessiva, micção frequente e fome constante. O DMNID corresponde 90% e a DMID corresponde apenas 10% dos casos de diabetes (COSTA, 2010).

Para Manson (1999, p. 20):

Não existe cura para o diabetes, por isso seu tratamento é pra toda vida e, para evitar complicações fisiológicas, é importante que seja seguido um estilo de vida regular e constante, com alimentação adequada e exercícios físicos bem orientados.

2.3 Osteoartrose

Considerada doença crônica articular degenerativa que causa incapacidade física, tem maior incidência em idosos com mais de 65 anos de idade (COSTA, 2010).

Para Costa (*apud* Quintiliano, 2003)

- Dor: é o primeiro sintoma. Aparece quando a pessoa usa a articulações; diminui depois de algum tempo de uso (quando a articulação já “esquentou”) e reaparece quando a mobilização é prolongada e excessiva. Essa dor não impede o paciente de dormir;
- Rigidez: geralmente surge quando o paciente se levanta da cama ou de uma cadeira e começa a andar, e diminui depois de quinze a trinta minutos. Na maioria dos casos a articulação afetada não perde totalmente a mobilidade;
- Mobilidade limitada: um paciente com artrose pode ter dificuldades para abrir um pote de geléia, descascar uma fruta ou costurar um botão;
- Inflamação: a articulação com artrose pode inflamar depois do uso excessivo e vermelhidão.

As principais articulações que afetam os idosos são os joelhos, quadril, os pés, a coluna lombar e sacral. Existe fatores de risco que pode acelerar o processo da osteoartrose como a sobrecarga mecânica, obesidade, trauma, deformidade, instabilidade articular, idade, fraqueza muscular, exercício excessivo e assimetria na distribuição intra-articular de carga (COSTA, *apud* Pereira e Fuller, 2004).

As atividades físicas mais recomendadas são caminhadas em lugares planos, alongamentos passivos, hidroginástica, natação, *tai-chi* com seus movimentos suaves aumenta a flexibilidade e equilíbrio, treina o relaxamento e o autocontrole (COSTA, *apud* Quintiliano, 2003).

2.4 Osteoporose

Doença silenciosa que progride sem ser notada e é classificada em dois tipos: primária tipo I; perda óssea que ocorre principalmente no osso trabecular ligada à perda da função ovariana pós-menopausica; primária tipo II; ocorre por uma aceleração fisiológica do envelhecimento decorrente de deficiência crônica de cálcio, aumento da atividade do paratormônio e diminuição da formação óssea; secundária: aparece devido à insuficiência renal crônica, diabetes mellitus, artrite reumatóide, hipertireoidismo, uso de glicocorticóides, hipogonadismo e escoliose (COSTA, *apud* Campos, 2004).

Sua forma de prevenção deve-se ter início desde a infância, como ingestão de cálcio e outros nutrientes e atividades físicas, para que quando chegar à idade adulta possua um bom nível de massa óssea (COSTA, *apud* Almeida, 2006).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Grupo de atividades físicas

O grupo de atividade física foi criado no ano de 2011, com o intuito de orientar os pacientes hipertensos e diabéticos da UBS Egon Roskamp, no bairro Santa Paula, no município de Ponta Grossa/PR, na promoção de atividades físicas e de lazer.

Os profissionais integrantes do serviço de saúde orientavam os pacientes a participarem do grupo, com o intuito de reduzir o tempo ocioso de cada indivíduo, buscando a promoção de atividades de caminhada e lazer.

Durante os anos de 2012 e 2013 as orientações sobre o tratamento medicamentoso e auto-cuidado eram repassadas aos pacientes pelo farmacêutico, pelas enfermeiras e médicos da UBS e as atividades físicas eram orientadas pelos estagiários de educação física.

No ano de 2014 não houve a presença de estagiários ou professores na unidade de saúde, pois a mesma se encontrava em reforma, assim os pacientes desenvolveram suas atividades sob orientação dos participantes mais antigos do grupo.

A aplicação dos testes foi realizada em dois momentos sendo a primeira avaliação no mês de março/2014 e a reavaliação com os pacientes no mês de setembro/2014, seguindo a mesma metodologia e procedimentos propostos no início.

Além dos testes finais, também foi aplicado um questionário contendo 6 (seis) questões sobre sua percepção em relação a mudanças na qualidade de vida dos pacientes que fazem parte deste grupo.

3.2 Teste de Flexibilidade

A flexibilidade está relacionada como uma capacidade funcional e aptidão física. Para o idoso apresentar uma boa flexibilidade significa reduzir lesões e dores lombares (MAZO, 2009).

O teste de sentar e alcançar, banco de Wells é o mais utilizado para realizar o teste de flexibilidade coxofemoral.

Este teste é realizado com uma caixa de madeira, medindo 30,5 cm x 30,5 cm x 30,5 cm, com um prolongamento de 23 cm para apoio dos membros superiores dos avaliados. A face superior da caixa e do prolongamento contém uma escala métrica de 50 cm para determinar o alcance do indivíduo.

Para realizar o teste o indivíduo deve encontrar-se sentado, com os joelhos estendidos, as pernas levemente afastadas, pés apoiados firmemente na caixa e cotovelos estendidos. A partir desta posição o avaliado, inclina o tronco à frente e com as mãos tentando alcançar o mais longe possível a escala métrica. O avaliado tem três tentativas e será computada a melhor tentativa (MOZA, *apud* ACSM, 2000).

3.3 Teste de membros superiores

Avaliar a resistência dos membros superiores utilizando, halteres de 2 kg para mulheres e de 4 kg para homens, um cronômetro e uma cadeira sem braços (MOZA, 2009).

Para realizar o teste o avaliado deve-se estar sentado com as costas apoiada no encosto da cadeira, com o tronco ereto e planta dos pés apoiada no solo. O braço dominante deve estar relaxado e estendido ao lado do corpo e o outro braço deve estar sobre apoiado sobre a coxa. Com os halteres na mão dominante o indivíduo realiza o movimento de contração do bíceps realizando uma flexão de cotovelo, e repetindo o movimento o máximo de vezes que conseguiu em um tempo de 30 (trinta) segundos, com intervalo de 1 (um) minuto e repete o teste. Será computado o maior número de repetições. O avaliador deverá ter o cuidado para que não haja hiperestendimento do braço (MOZA, 2009).

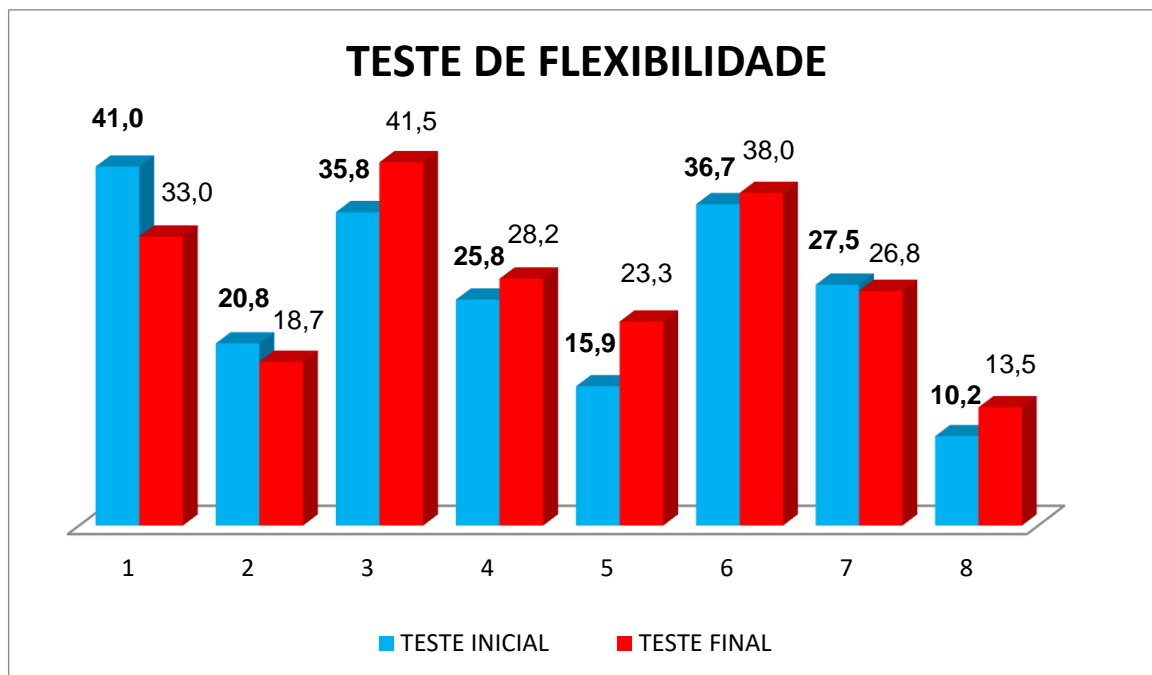
4. RESULTADOS

Participaram dos exames iniciais 27 (vinte e sete) pacientes e apenas 8 (oito) realizaram os exames finais, sendo necessário comparecer por 3 (três) dias diferentes no local para realização do reteste, tendo em vista a taxa de abandono de 70,4% para o grupo pesquisado.

Dos participantes que fizeram os testes iniciais e finais, 75% deles são do gênero feminino e 25% masculino e com idades variáveis entre 52 a 70 anos.

No gráfico 1 (abaixo), observa-se os valores iniciais e finais de cada participante, nos testes de flexibilidade, sendo que 62,5% dos avaliados apresentaram melhora e em 37,5% estes resultados foram de piora.

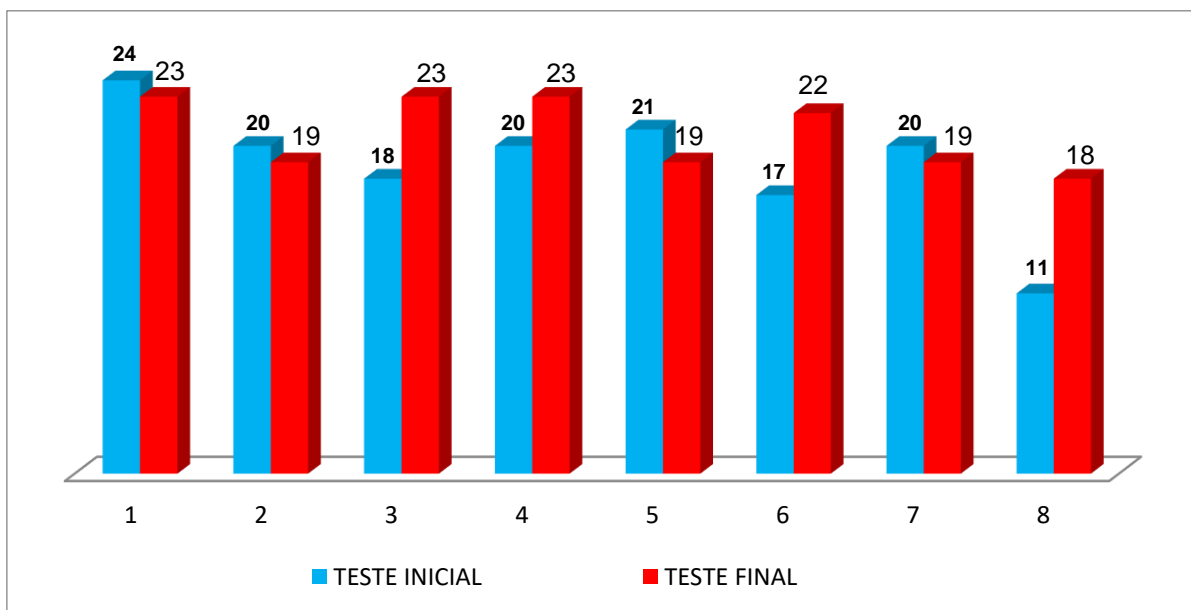
Gráfico 1- Resultados teste de flexibilidade



Fonte: dados organizados pelos autores

No gráfico 2 (abaixo), avaliação de membros superiores, observa-se que 50% (4) dos avaliados apresentaram melhora no membro superior e 50% (4) dos participantes foram de piora.

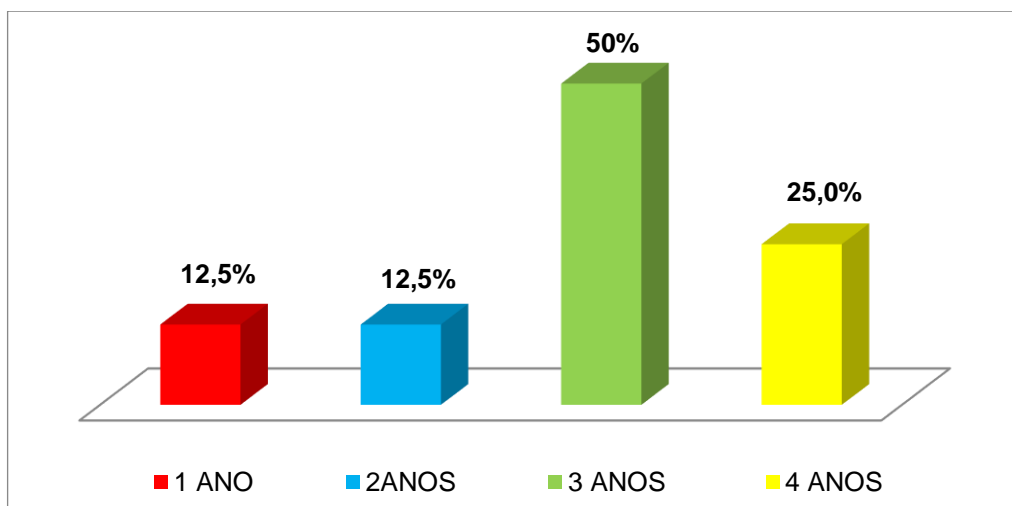
Gráfico 2- Resultados teste membro superior



Fonte: dados organizados pelos autores

No gráfico 3 (abaixo), relacionado ao tempo que os pacientes praticam atividades físicas regulares, 50% dos avaliados relataram que fazem atividades a três anos, 25,0% a 4 anos 12,5% a dois anos e 12,5% um ano.

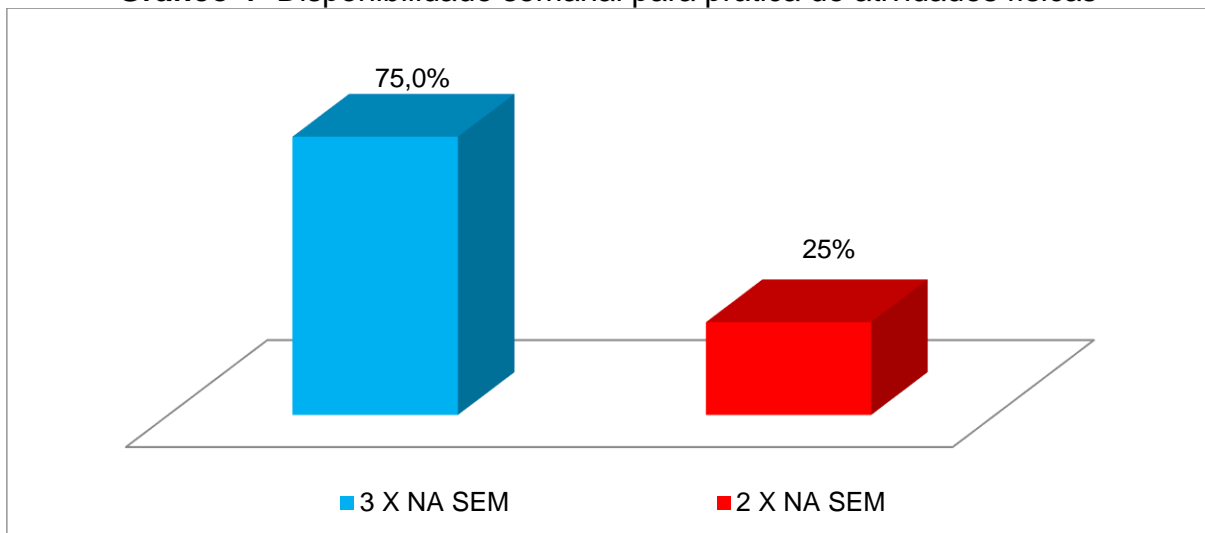
Gráfico 3- Tempo de prática de atividades físicas regulares



Fonte: dados organizados pelos autores

No gráfico 4, a segunda pergunta se refere a quantas vezes por semana os pacientes praticam atividades físicas? 75% dos avaliados relataram que praticam atividades físicas 3 (três) vezes por semana e 25% 2 (duas) vezes por semana.

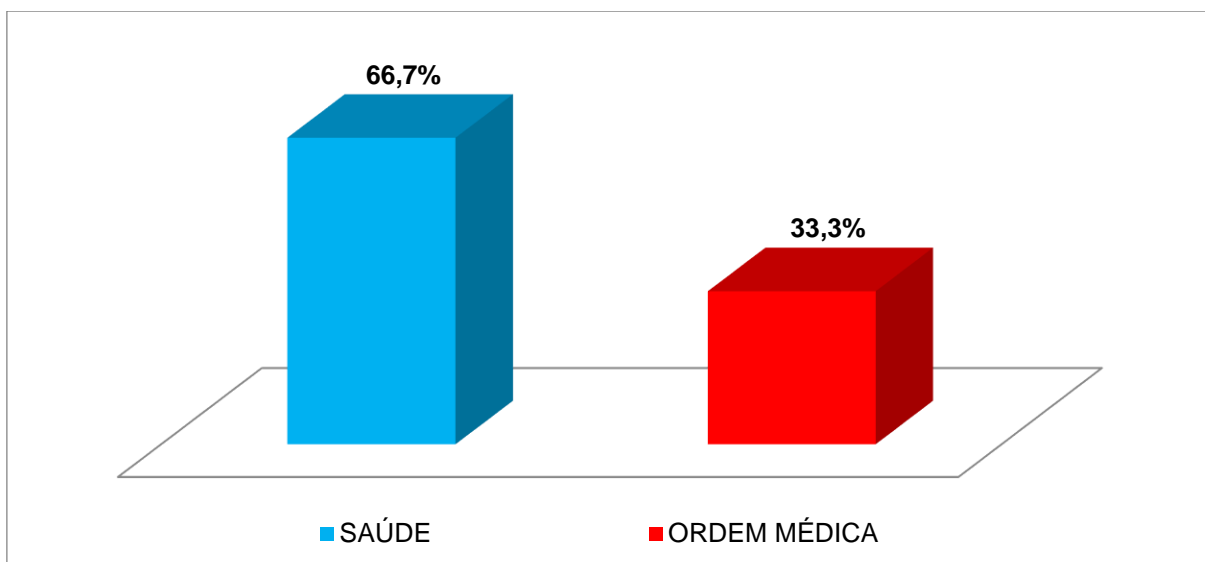
Gráfico 4- Disponibilidade semanal para prática de atividades físicas



Fonte: dados organizados pelos autores

No gráfico 5, a terceira pergunta se refere a qual motivo o levou a praticar atividades físicas? 66,7% dos avaliados se preocupam com a sua própria saúde e partiu deles a vontade de melhorar, e 33,3% tiveram intervenção médica para que procurassem melhorar suas condições de saúde.

Gráfico 5- Motivação para prática de atividades físicas

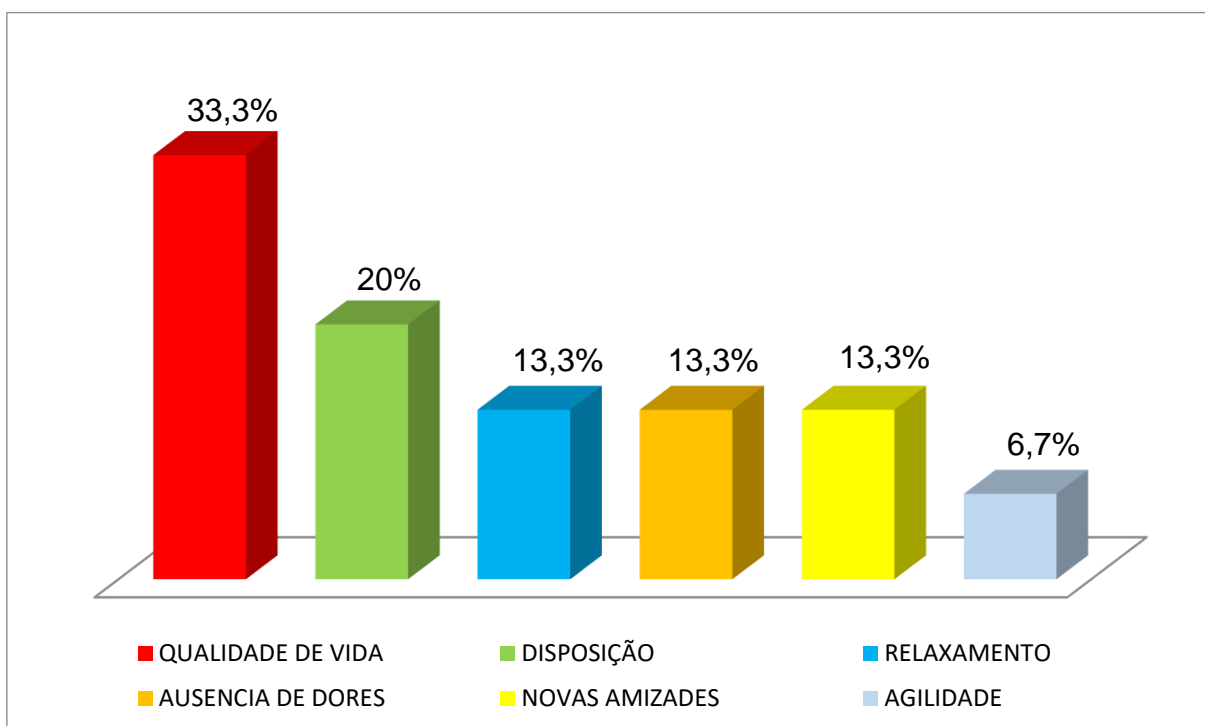


Fonte: dados organizados pelos autores

No gráfico 6 a pergunta se refere a mudança que de vida com a pratica de atividades física? 33,3% relataram que melhorou a qualidade de vida e citaram que passaram a ter um sono mais tranquilo, alimentação mais saudável e diminuíram os

remédios, 20% passaram a ter mais disposição para fazer as tarefas do dia a dia, como limpar a casa, caminhar, ir até o mercado. 13,3% se sentem mais relaxadas e mais flexíveis para se agachar e levantarem da cadeira sem precisarem se apoiar ou ajuda, 13,3% relataram a ausência de dores ou já não sente mais, 13,3% as novas amizades são importantes e que todos se ajudam no grupo em que eles participam e 6,7% disseram que a agilidade para realizar a tarefas do dia a dia.

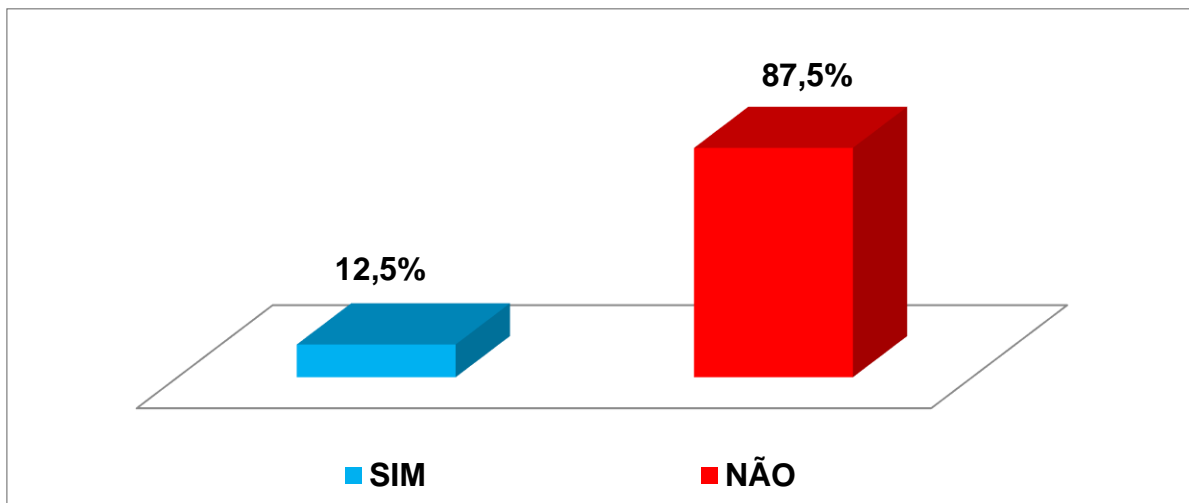
Gráfico 6- Mudanças verificadas com a prática de atividades físicas



Fonte: dados organizados pelos autores

No gráfico 7, que se refere se eles tiveram ou não um auxílio na elaboração das atividades, 87,5% dos pacientes avaliados relataram não tiveram nenhum auxílio ou acompanhamento de um profissional da área de educação física e nem estagiários no ano de 2014 para elaborar ou planejar as atividades para este grupo de pacientes desta UBS.

Gráfico 7- Orientação profissional para prática de atividades físicas



Fonte: dados organizados pelos autores

Já na questão 6 (seis) do questionário se trata de uma pergunta descritiva e pessoal de cada paciente, onde cada resposta foi colocada de forma que eles relataram com suas próprias palavras sem alterações. Para que houvesse um entendimento do que foi relatado, abaixo de cada resposta buscou-se corrigir e aprimorar as respostas para que ficasse de fácil compreensão.

- “Sim, precisamos ter mais orientação. Fazer os exercícios certos”
(sim, precisamos ter mais orientação para realizar os exercícios de forma correta.)
- “sim, porque é bom a gente ter a ajuda de uma pessoa que estuda do assunto de exercício.”
(sim, porque e bom ter um profissional para nos ajudar com os exercícios)
- “sim é importante pois fazemos os exercícios certos nos fazemos mas sou voluntario pois quando não tem estagiário eu é que comando já faz três anos.”
(sim, é importante para orientar nos exercícios de forma correta, sou voluntario já faz três anos, e quando não tem estagiário, só eu que comando os exercícios para os participantes do grupo)
- “sim, porque tem o conhecimento da área deve proporcioná-lo aos outros, sem riscos de exageros ou não.”
- “Sim auxiliar na atividade física.”
- “sim par orientar nos porque e difícil só nos.”
(sim, para orientar, porque e difícil só nos)

CONCLUSÃO

Podemos inferir que os participantes do grupo estão se preocupando com a sua saúde e que ao adotar hábitos saudáveis significa melhora na qualidade de vida.

As recomendações para a prática de atividades físicas partiram de orientações dos profissionais de saúde, mas os mesmos não estão preparados para orientar os participantes sobre as práticas das atividades no que diz respeito à intensidade, duração e a escolha dos exercícios.

Desde que surgiu o grupo nunca houve um profissional de educação física com dedicação exclusiva para orientá-los e prescrever atividades, apenas estagiários do curso de educação física da Faculdade Santana, que propuseram atividades durante seu estágio obrigatório e um dos participantes do grupo, assumiu o papel de coordenador e apenas repassava algumas atividades sempre com a mesma duração e intensidade.

Por isso, através deste trabalho relatamos a importância do profissional de educação física para avaliar e reavaliar as condições em que os pacientes do grupo se encontram, realizar programação, modificação de exercícios e atividades, estabelecer metas, objetivos para cada integrante, realizar testes como equilíbrio, agilidade, capacidade cardiorrespiratória, resistência muscular, coordenação entre outros possam trazer benefícios e qualidade de vida a estes pacientes.

REFERÊNCIAS

AMARAL, S.L. et al. Efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Medicina no Esporte**, v.13, n.2, p. 107-112, mar /abr, 2007.

COSTA, Geni de Araujo. **Atividade física, envelhecimento e a manutenção da saúde**. Uberlândia: EDUFU, 2010. 303 p.

MAZO, Giovana Zarpellon; LOPES, Marise Amorim. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. – 3ª ed. Ver. e ampl. Porto Alegre: Sulina, 2009. 318 p.

CORAZZA, Maria Alice. Terceira idade & atividade física. São Paulo: Phorte Editora, 2001.

CAVALCATI, N. et al. Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Revista Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**, v.50, n.2, p. 239-249, abril 2006.

CIVINSKI, C; MONTILELLER, A; BRAZ, A. L. O: A importância do exercício físico no envelhecimento. **Revista da Unifebe (Online)** 2011; 9(jan/jun):163-175

- DOMINGUES, R.Z.L.et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.180-189, set/dez, 2006.
- EDMARLON, G; Selma, M.A; MARCOS, A, S, C; Eliane, G, R. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringa**, v. 31, n. 1, p. 77-82, 2009.
- FERRAZ, F. C; SEGRE, M. O conceito de saúde. **Revista de saúde Pública de São Paulo**. São Paulo, v. 31, n. 5, p: 538-42, outubro 1997.
- FLIZICOSKI, R. J. **Humanização**: a arte de ser humano. Monografia do curso de bacharel em enfermagem com habilitação em licenciatura. Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais. Ponta Grossa, 2004.
- FONSECA, T.C.T. **Humanização no hospital pediátrico**: alegria como psicoprofilaxia na assistência de enfermagem. Monografia do curso de bacharel em enfermagem com habilitação em licenciatura. Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais. Ponta Grossa- 2007
- HERNANDES, E. S. C., BARROS, J. F. Efeitos de um programa de atividades físicas e educacionais para idosos sobre o desempenho em testes de atividades da vida diária. **R. bras. Ci e Mov.** **2004**; 12(2): 43-50.
- MATSUDO, S. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **R. Min. Educ. Fís., Viçosa**, v. 10, n. 1, p. 195-209, 2002
- MANSON, J.E. Diabetes. In: NIEMAN, D.C **Exercícios e saúde**. 1. Ed. São Paulo: Manole, 1999.
- POLLOCK, M. L; WILMORE, J. H; **Exercícios na Saúde e na Doença**. Filadélfia, Pensilvania: MEDSI Editora Médica e Científica LTDA. 2 Ed, 1993.
- PORTAL DA SAÚDE, **Academia da saúde**. Brasília, 2013.
<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html> > Acesso em 20/11/2013
- PORTINOI, A. G. **Dor, Stress e conping**: Grupos Operativos em Doentes com Síndrome de Fibromialgia. São Paulo, 1999. 256p. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- RODRIGUES, N. C. Aspectos sociais da aposentadoria. In: C. R. Schons & L. S. Palma (Org.). **Conversando com Nara Costa Rodrigues**: sobre gerontologia social (pp.21-25). Universidade Federal de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, 2000.
- SILVANA, C.S; MATHIAS, R. L; Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.16 • N.1.2011.

SILVA, D. J; ROS, M. A; Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6): 1673-1681 2007.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo:Phorte, 2003

SHEPHARD, R.J. **Atividade física e saúde**. 1.ed. São Paulo: Phorte Editora, 2003.

SILVA, M. RABELO, T. H: Estudo comparativo dos níveis de flexibilidade entre mulheres idosas praticantes d atividade física e não praticantes. **MOVIMENTUM - Revista Digital de Educação Física** - Ipatinga: Unileste-MG - V.1 - Ago./dez. 2006.

Recebido em 26/10/2023

Versão corrigida recebida em 30/11/2023

Aceito em 01/12/2023

Publicado online em 13/12/2023