

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCIANA PINHO DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE –
REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

São Luís – MA
2008

LUCIANA PINHO DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE –
REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

Relato de experiência apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, da Laboro – Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís – MA
2008

LUCIANA PINHO DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE –
REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

Relato de experiência apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, da Laboro – Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em / /

Nota:

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Mônica Eline Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade Estado de São Paulo - USP

Prof^ª. Rosemary Ribeiro (Examinadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida e sua infinita misericórdia;

Aos meus familiares, pelo apoio e confiança;

A Prof^a. Dr. Mônica Gama, pela orientação que contribuiu para que este trabalho se realizasse;

A todos os amigos e companheiras de turma, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

*“O único homem que esta isento de erros, é
aquele que não arrisca acertar”.*

Ghrandi

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 JUSTIFICATIVA.....	8
3 OBJETIVOS.....	10
3.1 Geral.....	10
3.2 Específicos.....	10
4 O CAMPO DE ATUAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DO EDUCADOR FÍSICO NA UBSF.....	11
5 RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	14
6 DISCUSSÃO.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXOS	

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência profissional sobre a atuação do Educador Físico na Atenção Primária a Saúde que tem como objetivo descrever a importância da atuação do Educador Físico na Atenção Primária a Saúde, a partir de reflexões da prática profissional e de referências teóricas específicas. A inserção da educação física nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, uma vez que sua forma mais tradicional de atuação acontece em serviços de nível terciário e secundário. Destaca-se então que a atividade física orientada corretamente por um educador físico na Atenção Primária a Saúde pode ser, de maneira geral, utilizada como um método de prevenção e pode auxiliar na diminuição nos fatores de riscos para doença arterial coronariana, diabetes e hipertensão, menor incidência de osteoporose e alguns tipos de câncer, gordura corporal total reduzida, pressão arterial reduzida em repouso, mortalidade e morbidez reduzidas, menor ansiedade e depressão, sensações de bem-estar aprimoradas e melhor desempenho nas atividades laborativas, recreativas e desportivas, promovendo, assim, uma melhor qualidade de vida para a população e, conseqüentemente, diminuindo os gastos da Saúde Pública.

Palavras-chave: Educação Física. Atenção Primária. Saúde Pública.

ABSTRACT

This is a story of professional experience on the role of a Physical Educator in primary health care which aims to describe the importance of the role of Physical Educator in primary health care, from the professional practice and theoretical specific references. The inclusion of physical education services in primary health care is a process under construction, once its most traditional form of action happens in services of secondary and tertiary level. It was then that physical activity aimed correctly by a physical educator in primary health care can be, in general, used as a method of prevention and can assist in reducing the risk factor for coronary artery disease, diabetes and hypertension, lower incidence of osteoporosis and some types of cancer, reduced total body fat, blood pressure reduced to sleep, reduced mortality and morbidity, lower anxiety and depression, feelings of well-being enhanced and improved performance in labor activities, entertainment and sports, promoting, thus, a better quality of life for the population and, consequently, reducing the expenses of Public Health.

Keywords: Fitness. Primary. Public Health.

1 INTRODUÇÃO

Dentro de uma nova ótica de atenção à saúde, o Educador Físico vem desenvolvendo intervenções que buscam maiores e melhores resultados. Com o Programa de Saúde da Família (PSF), o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a incorporar atividades de cunho mais coletivo e abrangente, com perspectivas de, juntamente com outros setores, gerar um impacto significativo na qualidade de saúde e de vida da população (BRASIL, 2002).

Embora tenha sido criado com a denominação Programa Saúde da Família (PSF), depois de uma década de experiências vividas em sua trajetória e da realização de estudos e reflexões a seu respeito, não há mais dúvida em afirmar que a Saúde da Família não é apenas um programa, mas uma estratégia, não apenas uma estratégia de médico da família, mas uma estratégia específica da atenção à saúde (BRASIL, 2002).

A atenção primária, também conhecida como Medicina Comunitária, Atenção Básica e Cuidados Primários em Saúde, surgiu como uma necessidade de expandir o acesso aos serviços de saúde as grandes parcelas da população, que vinham sendo excluídas do processo, pelo modelo assistencial baseado na medicina científica, que era hegemônico na primeira metade do século XX. Esse modelo tem como características, a ênfase na assistência curativa, a tecnificação do ato médico, a exclusão de práticas alternativas e o individualismo (ALMEIDA, 2000).

Na organização dos serviços de saúde no Brasil, predominou, até a década de 1970, a tendência de destinar o maior aporte de recursos à rede hospitalar, cujos serviços eram prestados predominantemente pela rede privada credenciada. Isso determinou uma concentração dos atendimentos nesse nível de atenção e uma sobrecarga, com uma demanda que poderia ser atendida em serviços de menor complexidade (ALMEIDA, 2000).

Nas últimas décadas muitos esforços foram enviados no intuito de reorganizar a assistência de sistema público de saúde, com ênfase para os serviços de Atenção Primária a Saúde (APS). Em 1999, o Ministério da Saúde lançou o Manual para a Organização da Atenção Básica, a fim de orientar a estruturação desse nível de atenção, e define que “Atenção básica é um conjunto ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Esse documento estabelece que a atenção deve estar baseada nos princípios do SUS, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social (BRASIL, 1999).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabete Mellitus (DM) constituem fatores de risco para doenças cardiovasculares (morte súbita, infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão, acidente vascular encefálico e insuficiência renal. As mais incidentes são o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE) (DUARTE et al, 2008).

Essas doenças constituem a principal causa de mortalidade na faixa etária de 30 a 69 anos e são responsáveis por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Por esse motivo, a HAS e DM foram considerados agravos de saúde pública, onde cerca de 60% a 80% dos casos podem ser tratados no âmbito de atenção básica, de acordo com o Ministério da Saúde (2001). Dessa forma, evita-se o aparecimento e a progressão das complicações, reduz-se o número das internações hospitalares devido a esses agravos, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares. Estilos de vida ativa podem contribuir para retardar o momento em que o corpo sucumbe à fragilidade física e à doença, e como consequência direta ocorrerá uma diminuição significativa dos custos com a saúde, ou seja, diminuirão os gastos com a aquisição de medicamentos a serem distribuídos para a população.

Nahas (2003) cita que, o educador físico é um profissional especialista em atividades físicas em todas as suas manifestações (ginásticas, exercícios físicos, jogos, desportos, lutas, danças, entre outros), tendo como propósito auxiliar no desenvolvimento da educação e saúde, contribuindo para a aquisição e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal.

2 JUSTIFICATIVA

A idéia de que o exercício físico faz bem a saúde parece estar difundida na sociedade e encontra suporte nos inúmeros benefícios da atividade física relatados na literatura. Parecem estar bem estabelecidos às relações entre a inatividade física e vários problemas de saúde, tais como doenças arteriais coronarianas, hipertensão, obesidade, osteoporose, alguns tipos de câncer e diabetes. Há estudos ainda que apontam associações entre atividade física regular e um baixo índice de mortalidade em diferentes populações (STORCHI; NAHAS, 1992).

Com o cuidado de não se traçar um relação causal entre atividade física e saúde, é possível afirmar que a aptidão física se manifesta como referência importante para a questão da saúde com base em duas tendências. A primeira delas – aptidão física relacionada a habilidades que tem como objetivo viabilizar desempenhos, de acordo com as necessidades da vida cotidiana, do mundo do trabalho, dos esportes e das atividades recreativas. A segunda tendência – aptidão física relacionada a saúde, preocupa-se mais em difundir qualidades que precisam ser trabalhadas constantemente para se obter o nível ideal desejado, com o condicionamento aeróbico, força e resistência muscular, flexibilidade e composição corporal ideal (STORCHI; NAHAS, 1992).

Conquanto a primeira tendência seja importante para a idéia de aptidão física permanente, observa-se uma preocupação maior com os componentes da aptidão física relacionada à saúde, já que essa necessita de uma manutenção constante pela prática regular do exercício.

O Colégio Americano de Medicina Desportiva reconhece que a prática regular e bem orientada de atividade física pode proporcionar benefícios relacionados à saúde. No que se refere a benefícios na esfera biológica, poderíamos citar a redução da pressão arterial em indivíduos que a têm ligeiramente elevada; a diminuição de triglicerídios sanguíneos e de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e o aumento do bom colesterol (HDL); a redução do peso e gordura corporais; o aumento da tolerância a glicose; aumento da densidade óssea, entre outros (Americam College of Sports Medicine, 1999).

A possibilidade de a prática regular de atividades físicas contribuir para o bem estar psicológico também é apontado por Vieira e Ferreira (2004). Como benefícios, apresentam-se a melhoria da auto-estima, do auto-conceito, da auto-imagem, do humor, além da redução da ansiedade, do estresse e da depressão.

Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção à Saúde, referenciada na Agenda Nacional de Promoção da Saúde (2005-2007), divulga, como Metas de Desenvolvimento do Milênio, propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU), a alimentação saudável e a atividade física, visando reduzir a morbimortalidade por doenças relacionadas aos padrões de consumo de alimentos e sedentarismo (BRASIL, 1999).

Para Barros Neto (1997), o sedentarismo já é considerado como a doença do presente século, proveniente da evolução tecnológica que substitui as atividades ocupacionais, que demonstravam gastos energéticos, por facilidades automatizadas, reduzindo assim, o consumo energético do corpo. As conseqüências dessa automatização são retratadas nos altos índices de morbi-mortalidade pelas doenças crônicas não transmissíveis. Segundo Manidi (2001), existem indícios consideráveis de que uma dieta adequada pode adiar ou reduzir a ocorrência de doenças. Enquanto que a atividade física é, provavelmente, o melhor investimento na saúde e seus benefícios salutareos são essenciais para qualquer idade.

A nossa preocupação em expandir o acesso da atividade física à população que dela necessita, vem suscitando debates e impulsionando experiências de atuação do educador físico na atenção primária a saúde, buscando construir um modelo de atuação neste nível de atenção, que não costuma ser tradição na prática da Educação Física. Neste sentido é que desenvolvemos esta pesquisa, que tem como objetivo, destacar a importância da atuação do Educador Físico na Atenção Primária a Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever a atuação do Educador Físico na Atenção Primária a Saúde, a partir da prática profissional e de referências teóricas específicas.

3.2 Específicos

Relatar a experiência vivenciada como Educador Físico em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF);

Avaliar a importância da atividade física para portadores de doenças crônicas na Unidade Básica de Saúde da Família pelo Educador Físico;

Apresentar o papel desse profissional como colaborador das atividades no âmbito da Atenção Primária a Saúde.

4 O CAMPO DE ATUAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DO EDUCADOR FÍSICO NA UBSF

A Educação Física (EF) é uma ciência que nas últimas décadas vem se estruturando, conseguindo se configurar como uma importante área de estudos e pesquisa. E uma de suas subáreas que vem ganhando destaque, nos últimos vinte anos, é a de atividade física (AF) e promoção da saúde, principalmente pela enorme quantidade de trabalhos que vem sendo publicado no meio científico. (PITANGA, 2002).

As novas evidências vêm comprovando progressivamente, a importância e contribuição da atividade física para a melhoria da qualidade de vida de uma população. Isso se confirma, através de relações entre sedentarismo, como fator de risco, e estilo de vida ativo, como fator de proteção a doenças hipocinéticas e crônico-degenerativas, que é atualmente grande fonte de preocupação mundial no que se refere à Saúde Pública. (ACSM, 2003).

Com relação à origem desses agravos, precisamos nos atentar, que um dos principais fatores de risco é um estilo de vida sedentário e estressante que são características do modo de produção capitalista. Neste sistema econômico, que se consolidaram no século XIX, os interesses de uma minoria dominante correspondem às suas necessidades de acumular riquezas, gerar mais renda, ampliar o consumo, o patrimônio e garantir o poder para manter a posição privilegiada que ocupa na sociedade e a qualidade de vida construída a custa da "exploração" da classe trabalhadora. (SOARES et al, 1992). Desde então, o homem trabalhador, para garantir a sua sobrevivência, passou a transformar o seu tempo de vida em tempo de trabalho, sofrendo, assim, um grande desgaste que na maioria das vezes lhe impossibilita usufruir de alguns bens humanos como o lazer, a educação e a atividade física.

Percebemos que todo o conhecimento produzido sobre a atividade física e saúde, poucas vezes é colocado e aplicado a serviço da sociedade, o que pode ser constatado através de um trabalho apresentado por acadêmicos de Educação Física da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) durante o 8º Congresso de Pesquisa e Extensão (CONPEX) em 2004, no qual retratou que 57% dos profissionais de EF de Jequié - BA atuam em academias e Clínicas particulares (OLIVEIRA et al, 2004), contrastando com os profissionais de outras áreas a exemplo da Medicina, Enfermagem e Fisioterapia, cujo campo maior de atuação é a Saúde Pública.

Dados brevemente estes elementos, é importante notar que esse movimento gradual de descomprometimento da Educação Física com o setor público praticamente obriga aqueles professores que se interessam por intervir no campo da Saúde a atuarem no sistema

privado, a partir de suas inserções em academias de ginástica, clubes, clínicas médicas e também empresas (só para exemplificar algumas situações), descolando-se da realidade escolar e assumindo francamente interesse em atuação de característica técnica em detrimento à pedagógica, mesmo em se tratando de profissionais com formação em cursos voltados à licenciatura. Isto talvez dê sentido ao que Carvalho (2003, p.29) chama de adequação desses profissionais “aos interesses das indústrias de cosméticos, de equipamentos de ginástica e de lazer”.

Pensando ser urgente, portanto, a reflexão acerca dos campos e formas de inserção do professor de Educação Física no Sistema Público de Saúde, destacou-se como possibilidade concreta o PSF (Programa Saúde da Família), que dentre outras características é estratégia que, com muitos limites, conduz a um modelo que enfoca a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico, através de ação multiprofissional, da atenção a grupos; enfim, visa à construção de um novo pensar e fazer que requer alta complexidade de saberes (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional, orientado para a cura de doenças. A nova proposta, centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/ doença. Contudo, o foco do novo modelo de atenção à saúde está na promoção da saúde (BRASIL, 1999).

Os altos índices de sedentarismo, de obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis são fatos que possibilitam ao Profissional de Educação Física uma grande oportunidade de atuar nos serviços de saúde pública.

Promover saúde envolve a incorporação de objetivos das políticas e da ação social, cabendo, também, ao profissional de Educação Física, o papel de ator fundamental no fomento à integração dessas ações mediadoras para assegurar os meios necessários à criação de ambientes favoráveis, promovendo mudanças no estilo de vida. Conforme Lucena et al (2004), a intervenção desse profissional no processo saúde/ doença é de suma importância, uma vez que ele possui um grande potencial de promover coletivamente ações de promoção à saúde.

De acordo com o CONFEF (2002), o Profissional de Educação Física é reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde, a partir da Resolução nº 218, de 6 de Março de 1997, como profissional da saúde.

A Lei 9696/98, de 1º de setembro de 1998, regulamentou a profissão de Educação Física, ampliando sua visibilidade social e acadêmica e consagrou os vários campos de

intervenção dos profissionais pertencentes à mesma, delegandoos a prerrogativa de ministrarem e orientarem atividades físicas e esportivas (CONFEEF, 2002). A Educação Física é “um campo profissional legalmente organizado e integrado à área da saúde e da educação” (RESOLUÇÃO CONFEEF, nº046/2002 apud LUCENA, 2004). É uma profissão responsável pela prestação de serviços relacionados atividade física e desenvolvimento humano. Além das suas tradicionais atuações, a Educação Física, segundo Lucena (2004), poderia atuar como parte integrante de uma equipe multidisciplinar na área da saúde, em especial, em centros de saúde junto com a comunidade, orientando a prática de atividades físicas, baseado nas características regionais e populacionais.

Contudo, a prática de atividade física é essencial e indispensável para a aquisição de um estilo de vida ativa e o Profissional de Educação Física, juntamente com os órgãos públicos de saúde, poderiam atuar diretamente nas comunidades, vivenciando as necessidades e realidades das mesmas, trabalhando nos locais disponíveis para a prática de atividade física, em prol de uma melhor qualidade de vida da população.

5 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência a partir da prática profissional de um Educador Físico desenvolvida na zona urbana do Município de Rosário, Maranhão, no período de janeiro a agosto de 2008.

Com a proposta de implementar as políticas públicas com ações integralizadas nas áreas de Saúde e Assistência Social voltadas para população na zona urbana do Município de Rosário, Maranhão, foi criado o Centro de Atenção Integral à Pessoa Idosa de Rosário (CAIPIR) em maio de 2005.

Este programa tem como objetivo principal ser um serviço que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde da população de forma integral e integrada a nível ambulatorial, contando também com a assistência domiciliar.

Desta forma, para a execução de tais ações, o referido Centro conta com uma equipe interdisciplinar e multiprofissional, entendendo-se por essa exigência, um conjunto de profissionais (de diferentes profissões e/ou especialistas de uma mesma área de abrangência), que trabalham em um mesmo local com uma finalidade comum, atuando de maneira interdependente, isto é, interagindo formal e informalmente. Atualmente a equipe é composta por 6 pessoas: Assistente social (01), Educador Físico (01), Enfermeira (01), Fisioterapeuta (01), Fonoaudiólogo (01), Médica-Geriatria (01), sendo todos atuando pela manhã (8:00 as 12:00) e à tarde (14:00 as 18:00). Há uma reunião mensal para avaliação dos trabalhos executado no mês, e semanal através do Humaniza-SUS, por turno.

Neste espaço passa-se a destacar a atuação do profissional de Educação Física, objeto deste nosso relato. Evidenciam-se, primeiramente, os avanços já conquistados nestes 08 meses de trabalho com a clientela dos pacientes de toda a zona urbana do Município de Rosário, no referido Centro. Antes, julga-se ser necessário explicar a metodologia do referido Centro afim de melhor entender tais avanços.

Ao se cadastrar no Centro, o (a) paciente (a) passa por uma triagem (Assistente Social, Enfermagem e Médico/Geriatra) a partir da qual é encaminhado para as demais atividades oferecidas no mesmo.

Configurada e executada como a atividade de prevenção e manutenção do estado bom de saúde, quando do encaminhamento da pessoa para a Atividade Física, que passa inicialmente por uma avaliação que consta de uma ficha com anamnese e da aplicação de uma bateria de testes, cujo objetivo maior é prevê somente a avaliação da função física e detectar

as necessidades a serem trabalhadas com este paciente. Somente após esse procedimento, o paciente, estando apto, inicia suas atividades.

Dentre as atividades oferecidas podemos destacar: dança de salão, caminhada do coração, alongamento, atividades físicas generalizada onde se enfatizam os trabalhos com flexibilidade, agilidade, força, o equilíbrio, esportes tipo vôlei adaptado e recreações. Além dessas atividades, realiza-se, estudos interdisciplinares, onde se discute a situação de um determinado paciente comum a todos, enriquecendo nosso conhecimento e aprimorando nossa relação com os demais profissionais.

Detectam-se, no contato diário com os pacientes, ganhos - não só motores, mas, cognitivos e sociais - tais como: perda de peso, melhoria nas qualidades físicas (força, flexibilidade, etc.), além da melhoria da socialização, do toque, do reconhecimento corporal e diminuição dos casos de depressão, controle da diabetes e da pressão arterial, o que nos deixa motivados a dar continuidade ao processo.

Novas atividades estão sendo planejadas, como, por exemplo, as atividades aquáticas - natação, hidroginástica, esporte e comemorações festivas (aniversário do mês, carnaval, páscoa, dia das mães e dos pais, dia internacional do idoso, concurso do Mister e Miss CAIPIR e Natal) entre outras, cujo início ficou prejudicado em função do atraso das adaptações necessárias.

Sobre os resultados alcançados na área da Educação Física, durante todo o período, desde a fase de capacitação até ação com os idosos, buscou-se como objetivo mostrar a atuação desta atividade na Atenção Primária à Saúde, identificando seus limites e ações, além de destacar a sua capacidade e qualificação na conquista de sua importância e espaço.

Do início das atividades até o momento atual são realizadas atividades para três turmas, 2 vezes por semana, com 30 pessoas em média (no começo eram 20 pessoas) em cada turma, onde pela manhã a primeira é das 8:00 as 9:00 e a segunda das 9:10 as 10:10 e à tarde das 16:40 as 17:40, sendo realizado em locais públicos como praças, quadra poliesportiva e as vezes no CAIPIR. A média de idade dos pacientes é de 65,86 e de peso é de 77,83, sendo a maioria de sexo feminino (60%).

Destaca-se que a maioria dos pacientes idosos que advém do médico e da fisioterapia considera de suma importância dar continuidade as atividades físicas para “não enferrujar” (palavras dos idosos), o que valoriza e acrescenta ainda mais a responsabilidade que temos com este trabalho.

Também, como parte do desenvolvimento e acompanhamento das atividades direcionadas aos idosos na atividade física, enfatiza-se a avaliação, que abaixo se mostra alguns resultados da bateria de testes a eles aplicados.

Abaixo, os gráficos 1, 2, 3 e 4 mostram as avaliações realizadas após as atividades, de acordo com o grau de força, realizado de forma manual, coordenação, realizado através do teste Index-Index e resistência no caminhar e equilíbrio, realizado através do teste de Romberg.

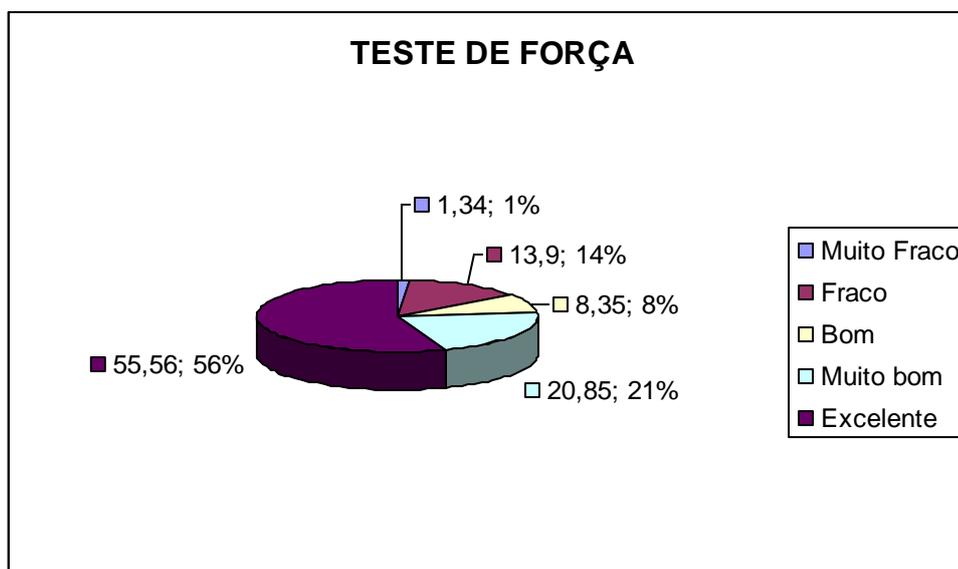


Gráfico 1. Distribuição percentual do Teste de Força

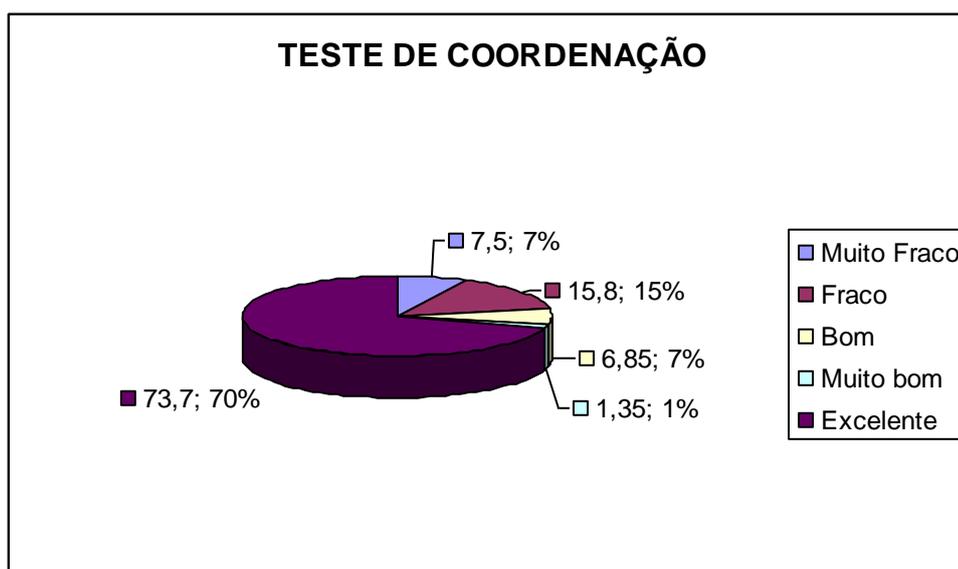


Gráfico 2. Distribuição Percentual do Teste de Coordenação

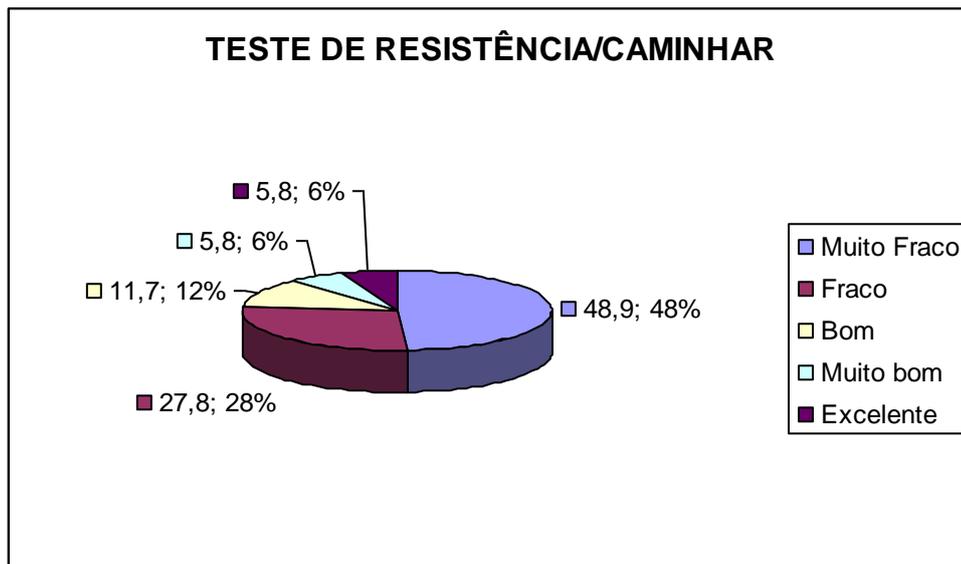


Gráfico 3. Distribuição Percentual do Teste de Resistência no caminhar

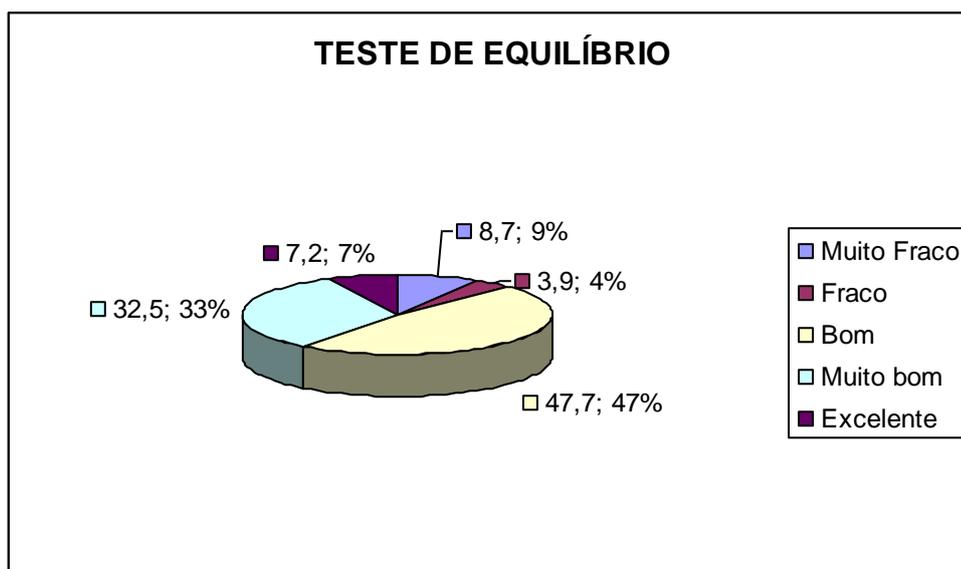


Gráfico 4. Distribuição Percentual do Teste de Equilíbrio

Dos 114 pacientes em acompanhamento nos grupos de hipertensão, 4% tiveram complicações (acidente vascular cerebral e infarto). Dos 61 pacientes em acompanhamento nos grupos de diabetes, 8% tiveram complicações (amputação de Membro Inferior Esquerdo e acidente vascular cerebral). Apesar das complicações, esses pacientes continuaram motivados a participar das atividades do grupo.

Os índices de pressão arterial pós-intervenção apresentaram melhora, conforme Gráfico 5 e 6, baseados no quadro 1 de Mion e Col (2002). Inicialmente, 27% dos pacientes tinham pressão normal e limítrofe e 45% moderada e grave. Após a intervenção, 53% tinham

pressão normal e limítrofe e 19%, moderada e grave, caracterizando uma redução de hipertensão moderada e grave relativa de 42% e absoluta de 26%.

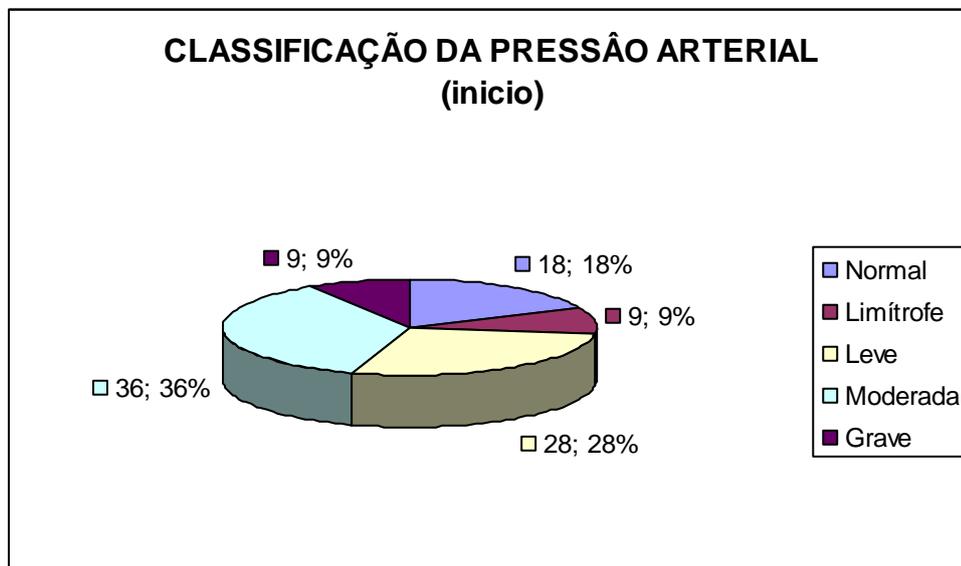


Gráfico 5. Classificação da pressão arterial (início)

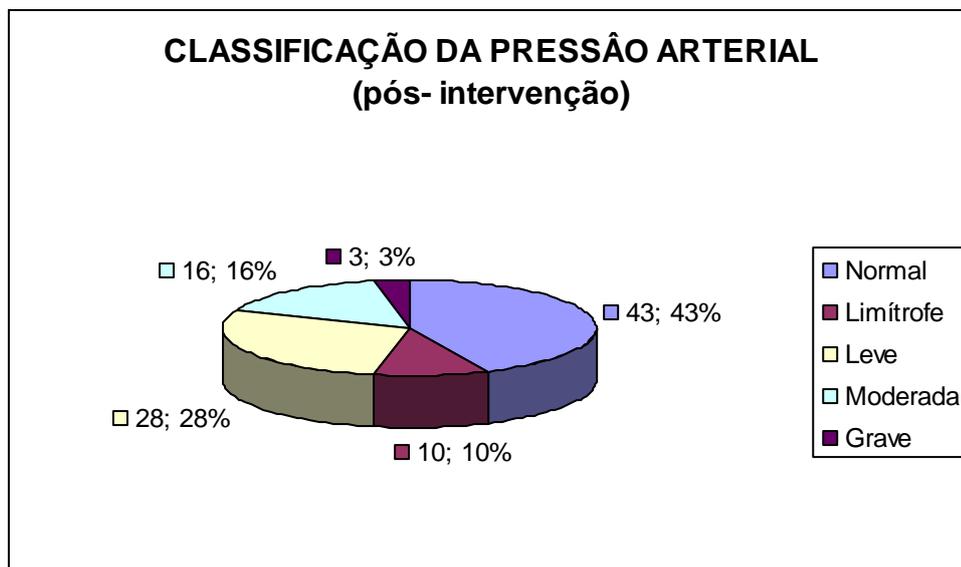


Gráfico 6. Classificação da pressão arterial (pós-intervenção)

Os índices de glicemia pós-intervenção também apresentaram melhora, conforme Gráfico 7 e 8, baseados no quadro 2 da SBD (2002). Inicialmente, 42% dos pacientes apresentavam glicemia até 140mg/dL e 32%, acima de 200mg/dL. Após a intervenção, 75% apresentaram glicemia abaixo de 140 mg/dL e 10%, acima de 200mg/dL, caracterizando uma melhora absoluta de 33% dos níveis inferiores e redução absoluta de 22% dos níveis superiores.

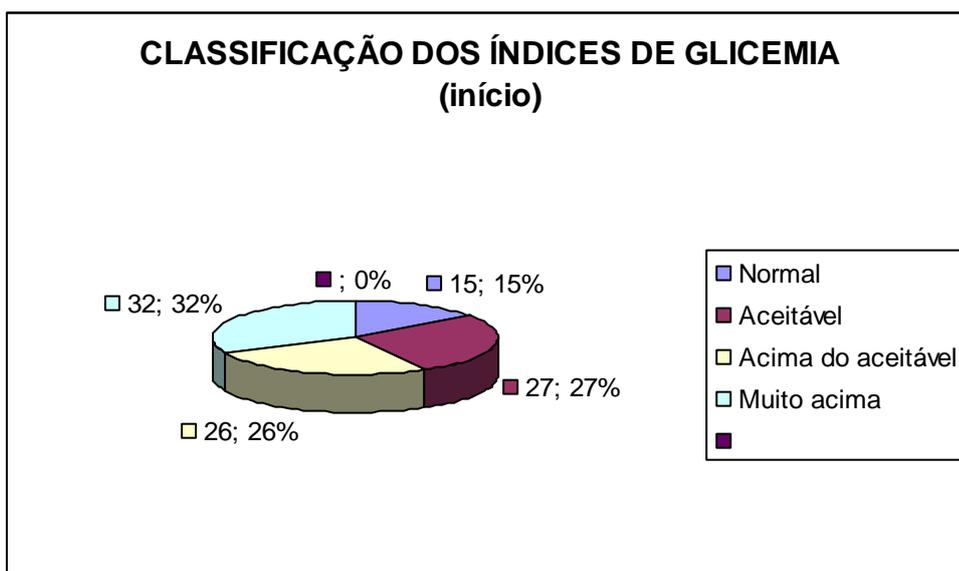


Gráfico 7. Classificação dos índices de glicemia (início)

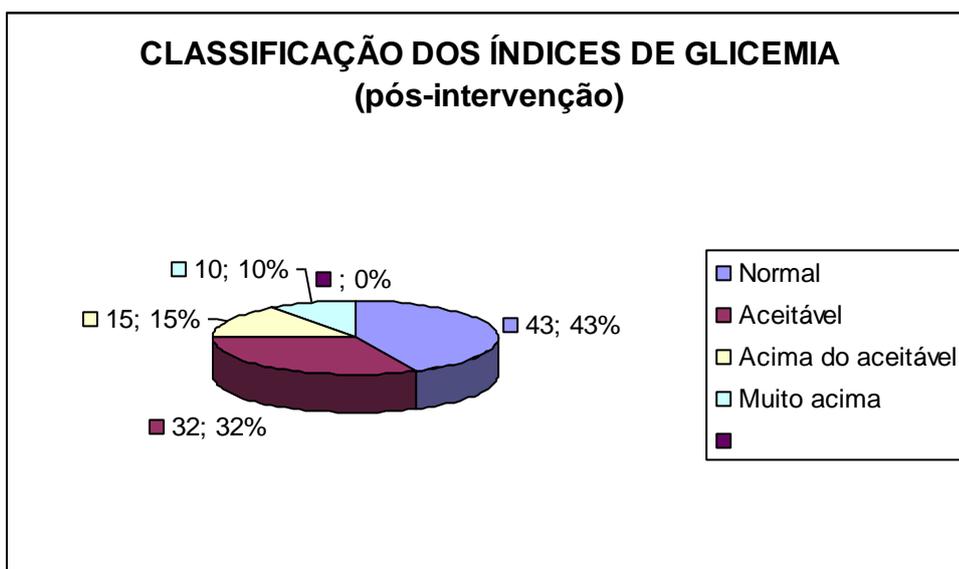


Gráfico 8. Classificação dos índices de glicemia (pós-intervenção)

A melhora na saúde de indivíduos diabéticos e hipertensos que praticam exercício físico se devem a exposição regular do organismo a um trabalho acima dos níveis de repouso capaz de promover adaptações hemodinâmicas e autonômicas, seguida de uma diminuição do débito cardíaco e da resistência vascular periférica que geram efeitos hipotensores pós-exercício, contribuindo para um maior transporte e captação de oxigênio, aumentando a utilização de ácidos graxos como substratos energéticos pelo metabolismo basal, contribuindo para uma melhor eficácia do hormônio insulina, diminuindo os níveis de glicose plasmática, ajudando na perda de peso, melhorando a auto-estima, proporcionando uma melhora na saúde e qualidade de vida.

Esse tipo de intervenção pode ser mantida e ampliada no atendimento dos serviços públicos de saúde. Para maior eficácia, deve ser institucionalizada, independentemente de mudanças político-administrativas, por meio da incorporação de mais profissionais de educação física e maior participação da comunidade.

Assim, a atividade multi e interdisciplinar o qual se realiza é considerado de suma importância para a qualidade do trabalho que é desempenhado, principalmente o do educador físico que busca consolidar-se na área da assistência e da saúde.

6 DISCUSSÃO

Como podemos perceber a relação da atividade física (AF) com a saúde até alguns anos atrás, não era objeto de estudo em destaque pela EF, no que diz respeito à questão epidemiológica, visando contribuir com a qualidade de vida da população.

No entanto, atualmente a AF e saúde vem se constituindo em uma das mais importantes áreas de estudo e pesquisa. Isso se evidencia pela enorme quantidade de ensaios experimentais que vem sendo publicados na literatura, cujos interesses são verificar os efeitos benéficos da AF sob variáveis fisiológicas, metabólicas, morfológicas e psicológicas. (PINTO; MEIRELLES; FARINATTI, 2003).

De acordo com Dias, Pereira, Lincoln e Sobrinho (2008), levar o profissional da atividade física para junto da Estratégia Saúde da Família é muito importante, pois o grupo de pessoas da comunidade que o PSF atende geralmente é carente e não tem condições e tampouco conhecimentos mínimos necessários para a prática do exercício físico ou quais exercícios são os mais indicados para o indivíduo praticante, indo para as praças praticar o exercício físico sem orientação, na certeza de que o mesmo irá lhe trazer benefícios quando na verdade estará lhe causando malefícios.

Destaca ainda que, o Profissional de Educação Física, atuando junto à equipe multiprofissional, deverá prescrever a atividade física, informando acerca da necessidade da mesma, o modo de realizá-la, a intensidade ou trabalhar com esses indivíduos em grupos com o objetivo de proporcionar a integração dos participantes, fazendo com que a comunidade esteja mais unida para resolver ou atenuar o problema comum a todos, o sedentarismo.

Estilos de vida ativo podem contribuir para retardar o momento em que o corpo sucumbe à fragilidade física e à doença, e como consequência direta ocorrerá uma diminuição significativa dos custos com a saúde, ou seja, diminuirão os gastos com a aquisição de medicamentos a serem distribuídos para a população (DIAS; PEREIRA; LINCOLN; SOBRINHO, 2008).

Um estudo de caso-controle, realizado por Silva et al (1998) no Brasil, demonstrou que a prevalência de infarto agudo do miocárdio foi significativamente maior nos indivíduos que não cultivavam o hábito de realizar AF no passado (COQUEIRO; NERY; CRUZ, 2006).

Na pesquisa realizada por Miranda, Melo e Raydan (2007) sobre a inserção do profissional de educação física no programa saúde da família segundo opinião dos profissionais integrantes do programa em uma unidade básica de saúde da cidade de coronel

fabriciano – MG, obtiveram como resultados, 80% dos indivíduos consideraram muito importante a inserção do profissional de Educação Física no PSF e 20%, razoavelmente importante. As justificativas mais relevantes apontadas para essa inserção foram: elaborar e executar programas para promoção de estilo de vida saudável (100%) e atuar nos grupos operativos (90%). Os idosos (90%), crianças e adultos (50% cada) e adolescentes (40%), representam, respectivamente, os ciclos mais necessitados da intervenção do Profissional de Educação Física. Concluíram que os integrantes do PSF foram favoráveis à inserção deste profissional na equipe e que as justificativas apontadas estão pautadas nos princípios da promoção da saúde.

Os diversos trabalhos presentes na literatura são congruentes em mostrar que um programa regular de exercício físico de intensidade leve a moderada deve ser usada como terapia coadjuvante no tratamento e manutenção da saúde de indivíduos diabéticos e hipertensos, juntamente com dieta adequada e terapia medicamentosa se necessário.

O novo paradigma de saúde, marcado pela promoção da saúde, abre um campo para atuação do Profissional de Educação Física nos serviços de saúde pública. A Atenção Primária À Saúde é uma estratégia que prioriza ações de proteção, prevenção e promoção dos indivíduos e da família, integral e continuamente. Sabe-se que a atividade física regular contribui para um estilo de vida saudável, minimizando os fatores de riscos que acometem a população, tornando-se uma medida preventiva. Assim, o Profissional de Educação Física assume um papel fundamental para a aquisição de um estilo de vida ativo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que a Atenção Primária à Saúde tem, dentre suas diretrizes, a intersetorialidade e multidisciplinaridade visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, constata-se que o profissional em Educação Física (EF) atende ao perfil para composição desta equipe.

Estando inserido na Equipe de Saúde da Família (ESF), o professor de EF será capaz de desenvolver ações que sejam compatíveis com as metas desta estratégia. Poderá atuar avaliando o estado funcional e morfológico dos sujeitos acompanhados, estratificando e diagnosticando fatores de risco à saúde; prescrevendo, orientando e acompanhando atividades físicas, tanto para as pessoas ditas "saudáveis", objetivando a prevenção e a promoção da saúde, como para grupos portadores de doenças e agravos, utilizando-a como tratamento não farmacológico, e intervindo nos fatores de risco; socializando junto à comunidade a importância da atividade física com base em conhecimentos científicos e desmistificando as concepções equivocadas acerca de sua prática.

Com esse profissional atendendo à população, o valor gasto com medicamentos e consultas médicas poderá ser reduzido, visto que a população estará mais ativa e informada.

Destaca-se então que a atividade física orientada corretamente por um educador físico na Atenção Primária à Saúde pode ser, de maneira geral, utilizada como um método de prevenção e pode auxiliar na diminuição nos fatores de riscos para doença arterial coronariana, diabetes e hipertensão, menor incidência de osteoporose e alguns tipos de câncer, gordura corporal total reduzida, pressão arterial reduzida em repouso, mortalidade e morbidez reduzidas, menor ansiedade e depressão, sensações de bem-estar aprimoradas e melhor desempenho nas atividades laborativas, recreativas e desportivas, promovendo, assim, uma melhor qualidade de vida para a população e, conseqüentemente, diminuindo os gastos da Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. **Saúde e Equidade na Reformas Contemporâneas**. Saúde em Debate 2000. 24: 06-21.
- American College of Sports Medicine. **Programa de condicionamento físico da ACSM**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- BARROS NETO, Turíbio Leite de. **Exercício, Saúde e Desempenho Físico**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999.
- CARVALHO, Yara Maria. **Educação física e saúde coletiva: uma introdução**. In: LUZ, Madel Teresinha. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e práticas corporais**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CIAMPONE, Maria Helena Trench e PEDUZZI, Marina. **Trabalho em Equipe e Trabalho em Grupo no Programa de Saúde da Família**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.53, n. especial, p. 143-147, dez. 2000.
- CONFEF. **Formação Superior em Educação Física**. 2002. Disponível em internet. <http://www.confef.com.br>. Acesso em 15 out. 2008.
- COQUEIRO, Raildo da Silva; NERY, Adriana Alvez; CRUZ, Vieira. **Inserção do professor de Educação Física no Programa de Saúde da Família. Discussões preliminares**. Revista Digital - Buenos Aires - Año 11 - N° 103 - Diciembre de 2006. Acesso em: 12 Out 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd103/professor-educacao-fisica.htm>>.
- DIAS, Jônatas Antonio; PEREIRA, Tayna Rita Mateus; LINCOLN, Patrícia Barbosa; SOBRINHO, Antônio da Silva. **A importância da execução de atividade física orientada: uma alternativa para o controle de doença crônica na atenção primária á saúde**. Acesso em: 10 set 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd114/a-importancia-da-execucao-de-atividade-fisica-orientada.htm>>
- DUARTE, Cláudia Vieitas; ROSA, Andréa Telles; MOLNAR, Elezabeth Mallet; JAIRO, Queiroz da Silva. **Programa de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Acesso em: 01 Out, 2008. Disponível em: <http://www.enfermagemvirtual.com.br/enfermagem/principal/conteudo.asp?id=1974>
- Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília (DF): O Ministério da Saúde; 2002.
- LUCENA, Dilma et al. **A Inserção da Educação Física na Estratégia Saúde da Família em Sobral / CE**. SANARE. Ano v,n 1, jan./ fev./ mar, 2004.
- MANIDI, Maria José et al. **Atividade Física para Adultos com mais de 55 Anos: Quadros Clínicos e Programas de Exercícios**. São Paulo: Manole, 2001.

MIRANDA, Franciele Marcato; MELO, Rosângela Vieira De; RAYDAN Florisbela Pirez Sampaio. **Inserção do profissional de educação física no programa saúde da família segundo opinião dos profissionais integrantes do programa em uma unidade básica de saúde da cidade de coronel fabriciano – MG.** MOVIMENTUM - Revista Digital de Educação Física - Ipatinga: Unileste-MG - V.2 - N.2 - Ago.dez. 2007. Acesso em: 12 Out 2008. Disponível em:
<http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/aprimorandos/1.pdf>

MION JR, D. et al. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial _ 2002b.** Disponível em: <http://www.sbn.org.br/diretrizes>. Acesso em : 11 ou. 2008.

NAHAS, MV. **Atividade física, saúde e qualidade de vida:** conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3ed. Londrina: Midiograf, 2003.

OLIVEIRA, Carlos Eduardo F. Pirôpo de et al. **Identificando campos de atuação do profissional de Educação Física no município de Jequié - BA:** Análises introdutórias. In: CONGRESSO DE PESQUISA E EXTENSÃO (CONPEX), 8., 2004, Itapetinga. Anais. Itapetinga: UESB, 2004.

PINTO, Vivian Liane Mattos; MEIRELLES, Luisa Ribeiro de; FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. **Influência de programas não-formais de exercícios (doméstico e comunitário) sobre a aptidão física, pressão arterial e variáveis bioquímicas em pacientes hipertensos.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 9, n. 5, p. 267-274, set/out. 2003.

PITANGA, Francisco José Gondim. **Epidemiologia, atividade física e saúde.** Revista Brasileira Ciência e Movimento, Brasília, v. 10, n. 3, p. 49-54, jul. 2002.

SBD _ Sociedade Brasileira de Diabetes - Consenso Brasileiro sobre Diabete 2002. **Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2.** Disponível em: http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/consenso_atual_2002 . Acesso em: 13 out. 2008.

SOARES, Carmem Lúcia et al. **Metodologia do Ensino da Educação Física.** São Paulo: Cortez, 1992. - (Coleção magistério. 2º grau. Série formação do professor).

STORCHI, CM; NAHAS, MV. **A Prática espontânea de atividades físicas nas ruas de Florianópolis, SC.** Diagnostico preliminar com indivíduos de meia idade. Rev. Bras. Cienc. Mov. Vol. 6, n. 1, 1992.

VIEIRA, Valdo; FERREIRA, Marcos Santos. **Perfil de praticantes de atividades físicas na pista do Maracanã.** Artigo Original. Rev. Ação e Movimento – maio/junho 2004; 1(2).

ANEXOS 1

Quadro 1. Pressão Arterial – Classificação

Classificação	Pressão sistólica (mmhg)	Pressão diastólica (mmhg)
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 -139	85 – 89
Leve	140 – 159	90 – 99
Moderada	160 – 179	100 - 109
Grave	> ou = 180	< ou = 110

Fonte: Mion e Col, 2002

Quadro 2. Glicemia de jejum – Classificação

Normal	Aceitável	Acima do Aceitável	Muito Acima
125 mm/dl	126 – 140 mm/dl	141 - 200 mm/dl	> 200 mm/hl

Fonte: SBD, 2002.

ANEXOS 2

O teste de força muscular se baseia em cinco graus para classificar o tipo de força muscular que foi desenvolvida. Assim tem-se:

- Grau zero: nenhuma evidência de contração pela visão ou palpação;
- Grau 01: ligeira contração, nenhum movimento;
- Grau 02: Movimento através da amplitude completa na posição com gravidade eliminada;
- Grau 03: Movimento através da amplitude completa contra a gravidade;
- Grau 04: Movimento através da amplitude completa contra a gravidade e capaz de prosseguir contra uma resistência moderada;
- Grau 05: Movimento através da amplitude completa contra a gravidade e capaz de prosseguir contra uma resistência máxima.

O teste de coordenação motora de index-index, é realizado de forma ativa onde paciente é orientado estender os braços e dedos e tentar levar de encontro ao seu próprio nariz. Quando há comprometimento cerebelar há incoordenação do movimento, tremor intencional, dismetria ou diminuição da capacidade de executar a tarefa.

No teste de Romberg onde o paciente fica em pé e a visão é ocluída, o paciente se mantém devido às informações proprioceptivas e vestibulares. Se o sistema proprioceptivo estiver íntegro e o vestibular alterado, poucas oscilações são notadas.

ANEXOS 3

CAIPIR – CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOA IDOSA DE ROSÁRIO

ENVELHECIMENTO ATIVO.....
Busca de todas as idades.

FICHA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME: _____
PESO: _____ IDADE: _____
ALTURA: _____ IMC: _____

2. DADOS FUNCIONAIS

FUMA ()SIM ()NÃO Quanto tempo? _____

BEBE ()SIM ()NÃO Quanto tempo? _____

HIPERTENSO ()SIM ()NÃO HIPOTENSO ()SIM ()NÃO

DIABETES ()SIM ()NÃO TIPO _____

P. A _____ TIPO SANGUÍNEO _____ FATOR
RH _____

SENTE DOR QUEIXA ()SIM ()NÃO
LOCAL _____
FREQUÊNCIA _____

SENTE CANSAÇO ()SIM ()NÃO
FREQUÊNCIA _____
ALGUMA DOENÇA _____

CIRURGIA? ()SIM ()NÃO LOCAL _____
LIMITAÇÃO ()SIM ()NÃO

MEDICAMENTO? ()SIM ()NÃO

MEDICAMENTO	DOSE	CAUSA

ALERGIAS _____

JÁ PRATICOU ATIVIDADE FÍSICA ()SIM ()NÃO QUAL _____
QUEM INDICOU? _____ QUANTO TEMPO _____

LOCAL _____

MOTIVO? _____

SENTIU MELHORA ()SIM ()NÃO

FAZ DIETA ()SIM ()NÃO

QUE TIPO? _____

QUE COME? _____

3. MEDICAMENTO

3.1 MEDIDAS E CIRCUNFERÊNCIAS

TORAX: _____ BRAÇO _____

PERNA _____ QUADRIL _____

ABDÔMEM _____

3.2 DOBRAS

PEITORAL _____ SUPRA ILÍACA _____

ABDÔMEM _____ TRÍCEPS _____

COXA _____

5 FC REPOUSO _____ FC REPOUSO _____

6. POSTURA

ESCOLIOSE () LORDOSE () CIFOSE ()

OBSERVAÇÃO:

AVALIAÇÃO DA APTIDÃO FÍSICA
APLICAÇÃO DA BATERIA DE TESTE

1 Avaliação: Data ____/____/____ Hora ____ P.A.:

TESTE	1° TENTATIVA	2° TENTATIVA	FINAL
Coordenação			
Força			
Flexibilidade			
Agilidade e Equilíbrio			
Habilidade de andar			

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e Carimbo

Data ____/____/____