

CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO FORTALECIMENTO DO SUS: INSERÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA DE FORMA SISTEMATIZADA NA ATENÇÃO A SAÚDE

Emerson Carlos Souza Paim¹; Nelba Reis Souza²; Temístocles Damasceno Silva²; Milton Silva Neto³.

¹UESB - Jequié/BA; ²/FTC - Jequié/BA; ³FINJI - Jequié/BA

RESUMO

O propósito deste estudo foi verificar o estado nutricional e o perfil do risco coronariano de usuários de um PSF do município de Jequié/BA e discutir a importância da inserção dos profissionais de Educação Física. Participaram da pesquisa 43 usuários de um PSF do município de Jequié/BA com média de idade de 50,4 anos \pm 18 anos de idade. Os dados foram coletados por meio de uma avaliação antropométrica, na qual se verificou o estado nutricional, através do Índice de Massa Corporal (IMC) e o risco coronariano, através da Relação Cintura-Quadril (RCQ). Para análise dos dados foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (média, desvio-padrão). Em relação ao estado nutricional observou-se que 27% (n=12) dos usuários se classificaram no estágio de Obesidade Leve, 25% (n=11) Obesidade Moderada e 5% (n=2) Obesidade Severa, sendo que 36% (n=15) foram classificados no estágio ideal e 7% (n=3) se encontraram abaixo do peso. No que se refere ao coeficiente entre as medidas de circunferência da cintura e do quadril, Razão Cintura-Quadril (RCQ), verificou-se que 43% (n=19) dos usuários possuíam uma relação da circunferência da cintura-quadril muito alta, 26% (n=11) encontram-se na classificação moderada, 14% (n=6) situaram-se na classificação alta e apenas 17% (n=7) possuíam um risco baixo. Os dados encontrados revelaram que existe um elevado índice de pessoas acima do peso e uma alta prevalência de risco coronariano. Recomenda-se a realização de outros levantamentos assim como este realizado num PSF do município de Jequié/BA para que se possa verificar o estado nutricional e o perfil do risco coronariano dos usuários nas comunidades no sentido de se implementar intervenções pautadas em práticas de exercício físico e controle alimentar no intuito de reverter este quadro, ampliando-se as possibilidades da inserção da atividade física de forma sistematizada na atenção a saúde, considerando a contribuição da Educação Física no fortalecimento do SUS.

Palavras chave: Educação Física, Programa de Saúde da Família,

INTRODUÇÃO

As freqüentes mudanças ocorridas nas últimas décadas nos paradigmas conceituais na área da Saúde Pública, onde Saúde deixa de ser apenas a simples ausência de doenças e passa a ser conceituada como um completo bem-estar físico, social e psicológico do indivíduo o grande impulso dado a Promoção da Saúde através da consolidação dos acordos firmados na Conferência Mundial de Promoção da Saúde e o reconhecimento da Saúde e seus determinantes, como a soma de fatores relacionados à Promoção da Saúde, a Prevenção e Cura de Doenças tem contribuído para fundamentar ações dos profissionais e das instituições que lidam com saúde. (OMS, 1986),

De acordo com Ministério da Saúde (Brasil, 2001), em decorrência da inatividade física, o crescente número de óbitos (mais de dois milhões por ano), está diretamente relacionado com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como: a diabetes, a hipertensão e as cardiopatias.

Diante deste contexto, o programa de saúde da família (PSF), surge como uma das alternativas de (re) orientação do modelo de atenção à saúde, e é entendido como resultante do estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os poderes políticos, os profissionais de saúde e a comunidade. O PSF caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades de atenção à saúde, em uma determinada área de abrangência, na tentativa de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. (BRASIL, 1996).

Neste sentido, nota-se a necessidade de ações inseridas no PSF que contribuam para um estilo de vida ativo e sinalize para a importância da prática regular da atividade física contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

É preciso, diante das atuais comprovações, buscar meios que mobilizem uma grande quantidade de profissionais focados no mesmo sentido, de realizar uma saúde pública voltada para um atendimento multi-fatorial, onde o indivíduo não seja visto meramente como um colecionador de casos clínicos e usuários dos diversos tratamentos farmacológicos que na sua grande maioria resolvem algum problema, mas desencadeia outros vários.

Fala-se muito em qualidade de vida, mas alguns usam essa nomenclatura de forma equivocada e sem critérios pré-estabelecidos, onde não se observa dois aspectos relevantes dessa conceituação que são a subjetividade e multidimensionalidade. A subjetividade procura analisar a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida, ou seja, a pessoa faz uma própria avaliação de sua qualidade de vida, coisa que era feita por um observador que na maioria das vezes era um profissional da área de saúde, nessa definição busca-se levar em consideração o ponto de vista da população e não a visão dos pesquisadores. Já a multidimensionalidade entende que o indivíduo é composto por diferentes dimensões, e a busca pela identificação das mesmas tem sido objeto de pesquisa científica, em estudos empíricos, fazendo uso de metodologias qualitativas e quantitativas. (Seidl; Zannon 2004).

Diante dessas comprovações chega-se a um fator determinante que seria entender essas definições e recruta-las ao nosso contexto que é a atividade física, tendo por base uma população que na sua grande maioria desconhece os benefícios dessa prática e também os obstáculos colocados por outros profissionais da área de saúde que tem uma visão ultrapassada de saúde pública e que não visualizam que as causas de morte, que antes eram por doenças infecciosas mudaram para fatores ocultos e de causas múltiplas tendo como determinante o sedentarismo.

Tendo em vista essas constatações a atividade física surge como um dos meios de diminuir os riscos dos indivíduos desenvolverem algum tipo de doença e se já acometidos de alguma serve como forma de tratamento não-medicamentosa. Visando a busca por um estilo de vida ativo o indivíduo mudaria seu comportamento e buscaria melhorias no seu ambiente, mediante a criação de espaços adequados para sua prática de atividade física.

É preciso buscar políticas públicas de saúde que privilegiem e contemplem os aspectos biopsicossocial, comportamentais e ambientais, favorecendo dessa forma uma aproximação do nível ideal de qualidade de vida. Diante disso, este estudo objetivou verificar o estado nutricional e o perfil do risco coronariano de usuários de um PSF do município de Jequié/BA e discutir a importância da inserção dos profissionais de Educação Física.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal, realizado com 43 usuários num PSF do município de Jequié-Bahia.

Para coleta dos dados foi realizada uma avaliação antropométrica do peso, da estatura e as medidas das circunferências da cintura e do quadril. A avaliação foi realizada por profissionais de Educação Física.

Na avaliação antropométrica, para verificar o estado nutricional dos participantes, utilizou-se a variável do Índice de Massa Corporal (IMC). A partir dos valores da massa corporal e estatura, foi calculado o IMC: $IMC = kg/m^2$. A medida da massa corporal foi realizada em balança portátil marca SECA (Alemanha) de 150 kg de capacidade e sensibilidade de 1/2 kg com o indivíduo vestido com o mínimo possível de roupa e descalço. E para a medida da estatura foi utilizado estadiômetro portátil. Foi escolhido local adequado, como parede ou batente de porta, sem rodapés, formando ângulo reto com o piso.

O risco coronariano foi estimado através da Razão Cintura-quadril (RCQ). Foram medidas as circunferências da cintura e dividiu-se pela circunferência do quadril no ponto de maior dimensão,

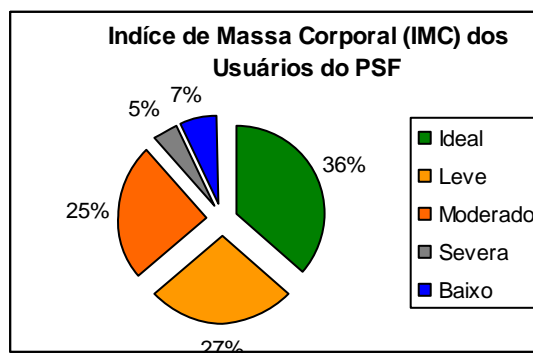
Os dados foram tabulados e na análise dos dados foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (média, desvio-padrão).

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 43 usuários do PSF (média de 50,4 anos \pm 18 anos), sendo 8 homens e 35 mulheres.

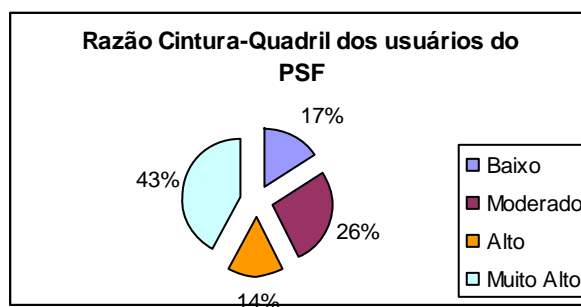
Ao investigar as variáveis antropométricas, observou-se que 27% (n=12) dos usuários se classificaram no estágio de Obesidade Leve, 25% (n=11) Obesidade Moderada e 5% (n=2) Obesidade Severa, sendo que 36% (n=15) foram classificados no estágio ideal e 7% (n=3) se encontraram abaixo do peso.

Gráfico 1 - O Índice de Massa Corporal (IMC) dos usuários de um PSF do município de Jequié/BA, 2006 (n=43).



Com relação ao coeficiente entre as medidas de circunferência da cintura e do quadril, Razão Cintura-Quadril (RCQ), verificou-se que 43% (n=19) dos usuários possuíam uma relação da circunferência da cintura-quadril muito alta, 26% (n=11) encontram-se na classificação moderada, 14% (n=6) situaram-se na classificação alta e apenas 17% (n=7) possuíam um risco baixo.

Gráfico 2 - A Razão Cintura-Quadril dos usuários do PSF do município de Jequié/BA, 2006(n=43).



DISCUSSÃO

Nesta pesquisa foram utilizados indicadores de risco nutricional que está cada vez mais sendo preconizada em estudos populacionais. O Índice de Massa Corpórea e a Relação cintura/quadril constituem os indicadores de risco nutricional mais utilizados devido à sua fácil obtenção e a precisão nos resultados.

Os dados encontrados revelaram que existe um elevado índice de pessoas acima do peso e uma alta prevalência de risco coronariano. Segundo o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho circulatório e respiratório, juntas foram responsáveis por 26% de todas as internações

hospitalares no ano de 2003 no município de Jequié - BA; sendo que as cardiovasculares juntamente com as respiratórias corresponderam a 42% de todas as internações na população com mais de 50 anos (BRASIL, MS, 2003).

Em relação à mortalidade, somente as doenças cardiovasculares e as respiratórias foram responsáveis por 40% de todos os óbitos no município neste mesmo ano, sendo que na população imediatamente acima dos 50 anos, estas corresponderam a 52%. (BRASIL, MS. 2003).

Esta estatística não difere muito da apresentada de forma geral em outros estados do Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde (1999), cerca de 38% das mortes da população na faixa etária acima dos 65 anos correspondem a doenças do aparelho circulatório. Nessa porcentagem estão incluídas as doenças cerebrovasculares (32%), doenças isquêmicas do coração (29%) e infarto agudo do miocárdio (21%).

Muitos estudos experimentais randomizados têm demonstrado que programas de exercícios físicos melhoram não apenas a aptidão física, mas também os níveis de lipídios sanguíneos, pressão arterial, densidade óssea, composição corporal, sensibilidade à insulina e tolerância à glicose. Assim, parece razoável concluir que a melhoria destas variáveis clínicas poderia levar a redução nas taxas de mortalidade e aumento no tempo de vida saudável das pessoas. (DISHMAN, 1994)

Tendo como referência estes achados no município de Jequié e entendendo os benefícios que a atividade física pode proporcionar para a população, salienta-se para a importância da intervenção dos profissionais de Educação Física juntamente com a equipe básica no PSF, no sentido de contribuir para a redução da prevalência destas doenças citadas anteriormente, interferindo nos fatores de risco, prevenindo-os e diminuindo as suas complicações.

A atuação do professor de Educação Física no PSF, enquanto membro da ESF, ainda é pouco conhecida, porém, parece que existe uma tendência deste quadro se alterar com a abertura de vagas destinadas a este trabalhador da saúde em concursos mais recentes, a exemplo do realizado pela Prefeitura Municipal de Patos de Minas MG, onde se espera admitir um profissional capaz de exercer as seguintes atribuições (PATOS DE MINAS, 2006, p. 15-16 apud Coqueiro, 2006.):

- Desenvolver atividades físicas e corporais junto à comunidade;
- Veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e proteção à saúde;
- Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer das práticas corporais;
- Proporcionar educação permanente em atividade física, junto à equipe da família, sob a forma de co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço;
- Articular ações, de forma integrada, sobre o conjunto de prioridades locais em espaços públicos de convivência, como proposta de inclusão social;
- Identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho de práticas corporais, em conjunto com as Equipes Saúde da Família;
- Capacitar os profissionais, inclusive os agentes comunitários de saúde (ACS) para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de práticas corporais;
- Supervisionar de forma compartilhada e participativa as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família;
- Promover ações ligadas à atividade física e saúde junto aos demais equipamentos públicos presentes no território (escolas, hospitais etc.);
- Articular parcerias de outros setores visando o melhor uso dos espaços públicos existentes e a implantação das áreas disponíveis para as práticas corporais;
- Promover eventos de estímulo às práticas corporais valorizando sua importância para a saúde da população;
- Participar dos eventos oficiais promovidos pela Prefeitura, a fim de incentivar os participantes de práticas corporais;

- Elaborar material para divulgação do Programa de Atividades Corporais;
- Executar outras atividades correlatas.

CONCLUSÃO

A Saúde Pública passa por transição no seu paradigma, devido ao fato de ocorrerem mudanças no foco epidemiológico que anteriormente se concentrava nas doenças infecto-contagiosas e passou-se a concentrar-se nas doenças crônicas-degenerativas. A partir dessas necessidades cria-se o Programa de Saúde da Família (PSF) que se fundamenta como sendo o primeiro contato da comunidade com o serviço de público de saúde do município. Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações e melhorando a qualidade de vida da população (Ministério da Saúde).

Essas mudanças ocorridas nos remetem também á busca de uma revisão dos conceitos e atribuições dadas a cada profissional integrante desse processo, tendo em vista que cada um deve usar seus conhecimentos em prol de um bem comum que é a comunidade.

Na atualidade uma grande tendência mundial é buscar melhorias na qualidade de vida das comunidades que vivem em situações de risco, pois as evidências confirmam que alguns fatores são primordiais no desencadeamento das doenças crônicas-degenerativas, e tendo como um dos principais malfeitores o sedentarismo e o uso de uma dieta alimentar desapropriada, onde fica comprovado que só o tratamento medicamentoso não consegue por si só resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade.

O Educador Físico em reais condições de desenvolver suas atribuições viria como um fator determinante no desenvolvimento de um processo coletivo nas mudanças de comportamento da comunidade em relação aos benefícios de se adotar um pratica diária de atividade física voltada para a saúde. Todavia na pratica é bem diferente essa interdisciplinaridade, devido ao fato de alguns profissionais envolvidos nesse processo serem bem centralizadores de poder em relação aos usuários, impossibilitando a eficiência das ações desenvolvidas e não contribuindo para uma melhor qualidade no atendimento do bem comum a todas que é a comunidade.

A Lei Federal n.9696 de 1 de setembro de 1998, assegura ao Profissional de Educação Física sua capacidade de desenvolver atividades físicas e corporais que possibilitem aos participantes uma melhoria na sua condição física e uma maior integração e participação na sua comunidade. Tendo por base essas determinações, fica claro que não estamos desenvolvendo todas nossas potencialidades ou estamos sendo privado de realizar um direito adquirido.

Recomenda-se a realização de outros levantamentos assim como este realizado num PSF do município de Jequié/BA para que se possa verificar o estado nutricional e o perfil do risco coronariano dos usuários nas comunidades no sentido de se implementar intervenções pautadas em práticas de exercício físico e controle alimentar no intuito de reverter este quadro, ampliando-se as possibilidades da inserção da atividade física de forma sistematizada na atenção a saúde, considerando a contribuição da Educação Física no fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 1, n. 34, p. 316-9, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde, 1999. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, julho/1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall e declaração de Bogotá. Fundação Oswaldo Cruz e Informação, Educação e Comunicação (IEC) Brasília, 1996.

COQUEIRO, R.S. Fatores Associados á atividade física e índice de massa corporal em usuários de uma Unidade de Saúde da Família no município de Jequié/BA. Monografia de conclusão UESB/Jequié-BA. 2006.

CONFED-Conselho Federal de Educação Física (on line). Disponível: <http://www.confef.org.br>. (Acessado em 20/11/2006.).

DATASUS. *Caderno de informações de saúde*: Informações gerais. Ministério da Saúde: Secretaria Executiva, 2003. Disponível :<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernosmap.htm> Acesso em: 15 mai. 2005.

DISHMAN, R.K. *Advances in Exercise Adherence*. Champaign: Human Kinetics, 1994.

SEIDL, E.M.F. E ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno saúde pública*, Rio de janeiro , 20(2):580-588,mar-abr, 2004

World Health Organization.The World Report 1998: *Life in the 21st Century-A Vision for All*. Geneva: World Health Organization, 1998.