

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O TRABALHO EM
SAÚDE SOB O OLHAR DA EDUCAÇÃO FÍSICA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Ramão Rodrigo Stocker dos Santos

Santa Maria, RS, Brasil

2014

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O TRABALHO EM SAÚDE SOB O OLHAR
DA EDUCAÇÃO FÍSICA**

Elaborado por

Ramão Rodrigo Stocker dos Santos

Orientado por

Prof^a. Dr^a. Sheila Kocourek

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde, ênfase
Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica**

Comissão Examinadora:

**Dra. Sheila
Kocourek**
(UFSM) Orientadora

**Dra. Teresinha Heck
Weiller**
(UFSM)-Presidente

**Esp. Luciana Denize Molino da
Rocha**
(SMS)

Esp. Ana Paula Seerig
(SMS)

Santa Maria, 18 de março de 2014.

PROMOÇÃO DE SAÚDE EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Limites e Possibilidades para o trabalho em saúde sob o olhar da Educação Física

Autor: Ramão Rodrigo Stocker dos Santos

Orientação: Sheila Kocourek

Resumo

Introdução

Relato de experiência na forma de pesquisa e intervenção com o objetivo de correlacionar atividades de promoção de saúde sob o olhar de profissional da Educação Física com aspectos de vida de usuárias dos serviços de saúde pertencentes a duas ESF da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF).

Metodologia

A pesquisa contou com uma amostra de 40 mulheres beneficiárias do PBF, utilizando-se de entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados, buscando características sociodemográficas e as condições e modos de vida. Intervenções contando com grupos de caminhadas, grupos de orientações em saúde e feiras de saúde.

Resultados

Retrata as desigualdades sociais com sobrepeso ou obesidade em 90% dos casos, com apenas 10% da amostra tendo concluído o Ensino Médio, a televisão e ouvir músicas é a principal forma de buscar diversão. A renda familiar não ultrapassa um salário mínimo em 75% dos casos.

Conclusão

Confirma-se que é imprescindível o levantamento epidemiológico para anteceder trabalhos bem como priorizar ações de promoção da saúde realizada também por núcleos profissionais que não compõem as equipes das ESF, procurando formar uma linha de cuidado integral ao paciente com excesso de peso e para prevenir que mais sujeitos cheguem a esse quadro tão preocupante.

Palavras chave: Desigualdade Social; Promoção da Saúde; Atenção Básica; Educação Física.

Abstract

Introduction

Experience report in the form of research and intervention with the goal of correlating health promotion activities under the gaze of professional physical education with aspects of life of users of health services belonging to two FHS city of Santa Maria, Rio Grande do South, beneficiaries of the Bolsa Família Program (BFP).

Methodology

The research involved a sample of 40 women beneficiaries of PBF, if using semi-structured interviews as a tool for data collection, seeking sociodemographic

characteristics and the conditions and ways of life . Interventions relying on walking groups, groups of guidelines in health and health fairs .

Results

Portrays social inequalities overweight or obesity in 90% of cases , with only 10 % of the sample had completed high school , television and listen to music is the main way to get fun. Family income does not exceed a minimum wage in 75% of cases .

Conclusion

It is confirmed that it is essential for the epidemiological survey precede work and prioritize actions to promote health also performed by professionals who do not compose the core of the FHS teams , seeking to form a line of comprehensive care to patients with excess weight and to prevent more likely to reach this situation as worrisome .

Keywords : Social Inequality , Health Promotion , Primary Care , Physical Education

Introdução

A adoção do conceito de Promoção da Saúde como elemento redirecionado das políticas do Ministério da Saúde impõe a necessidade de sistematizar, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, propostas intersetoriais que provoquem ou reforcem o desenvolvimento de ações com os mais diferentes setores. São múltiplas as faces do estar saudável ou estar doente, e, reconhecida essa complexidade, o profissional lidará com as questões de saúde e de doença de maneira diferenciada frente ao sujeito¹.

A Atenção Básica tem papel central nessa ação, uma vez que estudos demonstram que o acesso aos serviços básicos de saúde, mais especificamente à Estratégia de Saúde da Família, contribui para a diminuição das iniquidades². Nesse sentido, a Atenção Básica constitui uma excepcional oportunidade para a qualificação da agenda de saúde às famílias em situação de vulnerabilidade social, sobretudo para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e para a vinculação das equipes junto aos indivíduos, famílias e comunidades em situação de pobreza.

A complexidade do perfil nutricional que ora se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de atenção à saúde que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

As prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram de maneira importante nos últimos 30 anos¹. Neste cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no país.

A conformação dos serviços de saúde, consoante às mudanças, precisa adaptar-se a essas transformações a fim de atender a população e suas novas tendências.

A seguir é apresentado relato de experiência de um trabalho maior denominado de: “PROMOÇÃO DE SAÚDE EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Limites e Possibilidades para o trabalho em saúde”. O estudo teve origem pelo trabalho no Programa de Residência Multiprofissional Integrado (PRMI) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com ênfase na Atenção Básica/ESF, realizado em duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) na cidade de Santa

Maria, RS. As regiões das ESF são marcadas pelas desigualdades sociais, sendo o trabalho realizado de forma multiprofissional por Educador Físico, Enfermeira, Psicóloga e Nutricionista.

A partir desse estudo maior propõem-se apresentar o relato de experiência na forma de pesquisa e intervenção com o objetivo de correlacionar atividades de promoção de saúde sob o olhar de profissional da Educação Física com aspectos de vida de usuárias dos serviços de saúde pertencentes a duas ESF da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF).

Considerando as funções da atenção básica que incluem proteção, promoção, cura e reabilitação, o enfoque das atividades de intervenção foram ações de promoção da saúde que visam a prática regular de atividades físicas, a reeducação alimentar, os bons hábitos de saúde e a capacitação dos sujeitos para atuar na melhoria de sua qualidade de vida prevenindo agravos de saúde, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), uma das prioridades em saúde pública.

Tendo em vista que as desigualdades sociais são determinantes para o desenvolvimento de DCNT torna-se imprescindível a priorização de ações voltadas para a promoção de saúde.

A seguir é apresentado a metodologia do trabalho com aspectos das regiões das ESF trabalhadas, do trabalho da residência e da pesquisa realizada com seus aspectos legais e a subsequente intervenção baseada nos dados obtidos.

Na parte seguinte do trabalho é apresentado os dados da pesquisa que basearam a intervenção, seguindo pelas discussão dos mesmos referenciando aspectos importantes da literatura em comparação com os dados obtidos. Por último a conclusão trazendo as considerações tiradas a partir do trabalho.

Metodologia

Trabalho de pesquisa e intervenção realizado na cidade de Santa Maria situada no centro do estado do Rio Grande do Sul com uma população estimada de 262,368 habitantes em 2011. O trabalho foi realizado no território adscrito de duas Estratégias de Saúde da Família. ESF Alto da Boa Vista (ABV) na região oeste do município que atende uma população de cerca de 4500 pessoas, sendo a equipe composta por médico, enfermeira, técnico de enfermagem e auxiliar de serviços gerais duas vezes na semana e 6 agentes comunitários de saúde (ACS) e a ESF Vila Lúcia (VL) que atende cerca de 4000 pessoas, equipe composta por médica, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e 5 ACS. Ambas as equipes constituem-se como equipes mínimas, sem equipes de saúde bucal. Os territórios adscritos das ESF com alta vulnerabilidade social são marcados pela drogadição, violência e baixa renda.

O ABV encontra-se na região denominada de Nova Santa Marta, também é conhecida como “invasão”, sendo um dos maiores assentamentos da América latina. Foi povoada a cerca de 15 anos e até hoje os terrenos de moradia não são regularizados, o que segundo os moradores impede inclusive a instalação de estruturas comerciais que poderiam ajudar no crescimento local. É um espaço de muitas lutas por parte dos moradores, mas com falta de condições básicas e conhecido por ter registrado constantes homicídios e ser a região mais violenta da cidade.

A ESF VL encontra-se na região centro oeste de Santa Maria, situada às margens do Arroio Cadena, cercada pelo muro da Corsan e do SESI a Leste, o muro da RBS TV ao Norte e o muro do Bairro Noal a Leste, ou seja é uma comunidade entre muros visíveis e que realmente são separatistas.

As regiões em estudo do ABV e VL refletem profundas desigualdades sociais que marcaram a história desses locais e que ainda não deixaram de agir sobre as condicionalidades de vida da população, sendo escolhido para o estudo o recorte de mulheres beneficiárias do PBF., por traduzirem muito a realidade do local.

Nessas ESF estão inseridos o PRMI da UFSM com ênfase na ESF, residentes da Educação Física, Enfermagem, Psicologia, nutrição na ESF ABV e residentes da Nutrição e Enfermagem na ESF VL. Considerando as funções da atenção básica que incluem proteção, promoção, cura e reabilitação, o enfoque de

atuação dos residentes na comunidade foi em ações de promoção em saúde que visam a prática regular de atividades físicas, a reeducação alimentar, os bons hábitos de saúde e a capacitação dos sujeitos para atuar na melhoria de sua qualidade de vida prevenindo agravos de saúde, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), uma das prioridades em saúde pública e de suma importância pela característica das comunidades com alta vulnerabilidade social, que aumenta a exposição aos fatores de risco das DCNT.

Como requisito para obtenção do grau de especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde com ênfase na Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família pelo PRMI é necessário à elaboração de um trabalho que deve ser multiprofissional, envolvendo pelo menos três núcleos profissionais diferentes no formato de uma pesquisa seguido de intervenção baseado nos dados obtidos com a pesquisa.

O trabalho na residência focado principalmente na promoção de saúde, bem como a alta vulnerabilidade social nos ambientes em que estamos inseridos desencadeou o tema de pesquisa intervenção para o projeto final da residência: “PROMOÇÃO DE SAÚDE EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Limites e Possibilidades para o trabalho em saúde”. Sendo trabalhado de forma multiprofissional por Educador Físico, Enfermeira, Psicóloga e Nutricionista.

No presente relato propõem-se apresentar o enfoque da atividade física correlacionados com aspectos de vida de usuárias dos serviços de saúde pertencentes às áreas de abrangência das ESF do estudo, beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF).

A amostra da pesquisa constituiu-se de 40 mulheres, maiores de 18 anos adstritas a ESF em estudo e beneficiárias do programa bolsa família. Para coleta de dados os residentes inseridos no local e familiarizados com o instrumento de coleta abordaram usuários que procuravam a ESF no espaço da unidade de saúde no Centro de Referência da Assistência Social, aproveitando a passagem de rotina exigida pelo PBF ou em suas residências em momento de visita domiciliar quando existia maior proximidade com a família, levando cerca de trinta minutos para o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

Utilizou-se de um instrumento de coleta de dados constituindo uma entrevista semiestruturada onde as participantes puderam expressar suas opiniões e sentimentos, revelando aspectos subjetivos que não seriam encontradas em outras

fontes. Os dados a seguir apresentados foram analisados e discutidos quantitativamente de tal forma que apresentam as características sociodemográficas, bem como as condições e modos de vida das mulheres beneficiárias do PBF.

O tratamento estatístico das informações foi realizado com o programa computacional Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 15.0. Para caracterização da amostra utilizou-se estatística descritiva (média e desvio padrão).

A pesquisa foi conduzido dentro dos preceitos éticos, de acordo com a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012³. Inicialmente, as mulheres foram informadas sobre o estudo, os possíveis riscos e benefícios. Aquelas que concordaram em participar preencheram um termo de consentimento constando uma breve explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia, assim como a afirmação de que não haveria identificação das participantes.

Com os dados levantados na pesquisa baseou-se para a realização de intervenções, grupo de caminhadas, grupos de orientações em saúde e feiras de saúde.

O grupo de caminhada desenvolve-se basicamente com alongamentos, cerca de quarenta minutos de caminhada, atividades respiratórias e atividades concentradas com peso corporal como sobrecarga, para os grupamentos musculares dos membros inferiores.

Os grupos de orientações realizavam-se em igrejas da comunidade dividindo-se por micro-áreas da região delimitando-se temas a partir de discussões da equipe e nos próprios grupos, sendo realizadas dinâmicas e conversas com cerca de meia hora de duração.

As férias de saúde foram duas, uma no território do ABV e outra no da VL, proposta de caráter interdisciplinar e interinstitucional, envolvendo cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Educação Física, Veterinária, Psicologia, Farmácia, Nutrição e Serviço Social com participação de professores e alunos de duas instituições de ensino superior da cidade. Participaram também Técnicos de Enfermagem, ACS, profissionais da secretaria municipal de saúde e de empresas privadas.

As feiras tiveram a proposta de divulgar e colocar ao alcance da população uma ampla e completa oferta de informações, produtos e serviços destinados a

melhorar a saúde e o bem-estar, assim como fomentar estilos de vida saudáveis, bem como estreitar os laços da comunidade com as ESF ABV e VL.

Resultados

A amostra estudada foi composta por 40 mulheres, com média de idade de 35,55 ($\pm 8,89$) anos. A idade mínima de 22 anos e máxima de 54 anos.

Na tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas da amostra estudada. Observa-se que a maioria das mulheres, 62,5%, são da raça branca, casadas/com companheiro, 55%, que trabalha, apenas 10% com ensino médio completo. Das entrevistadas, 11 (27,5%) relataram ter algum tipo de doença. Apenas 14 (35,0%) disseram fazer algum tipo de atividade física. Em 31 (77,5%) citaram não utilizar nenhum tipo de bebida alcóolica.

Tabela 1: Distribuição das variáveis sociodemográficas entre os participantes da pesquisa.

Variáveis	Frequência	Percentual
Raça		
Branca	25	62,5%
Não branca	15	37,5%
Estado Civil		
Casada/com companheiro	22	55%
Não Casada/sem companheiro	18	45%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	22	55%
Ensino Médio Completo	4	10%
Não sabe ler/escrever	5	12,5%
Ensino Fundamental Completo	9	22,5%
Doença		
Não	29	72,5%
Sim	11	27,5%
Atividade física		
Não	26	65%
Sim	14	35%
Bebidas alcóolicas		
Às vezes	9	22,5%
Não usa	31	77,5%

No Gráfico 1 pode-se observar que o principal item que as entrevistadas fazem para se divertir é assistir TV, com 57,5%, seguida de escutar música 52,5%. Os itens menos avaliados foram trabalhos artesanais e computador com apenas

7,5%. Realizar exercícios Físicos aparece apenas em 10% da amostra.

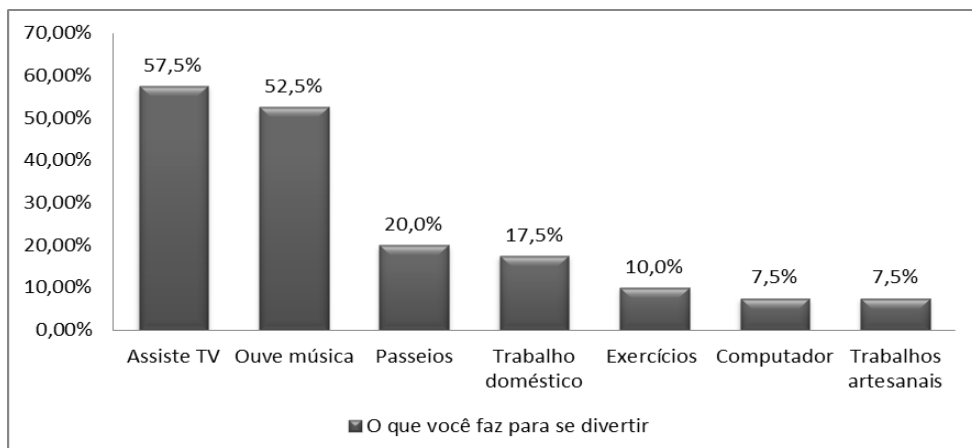


Gráfico 1- Avaliação das respostas quanto a questão: “O que você faz para se divertir”.

No Gráfico 2, verifica-se que “ter um bom atendimento de saúde” é o principal item citado como importante para a promoção de saúde, seguido de mais profissionais e visitas domiciliares, escola foi o item menos citado pelas entrevistadas.

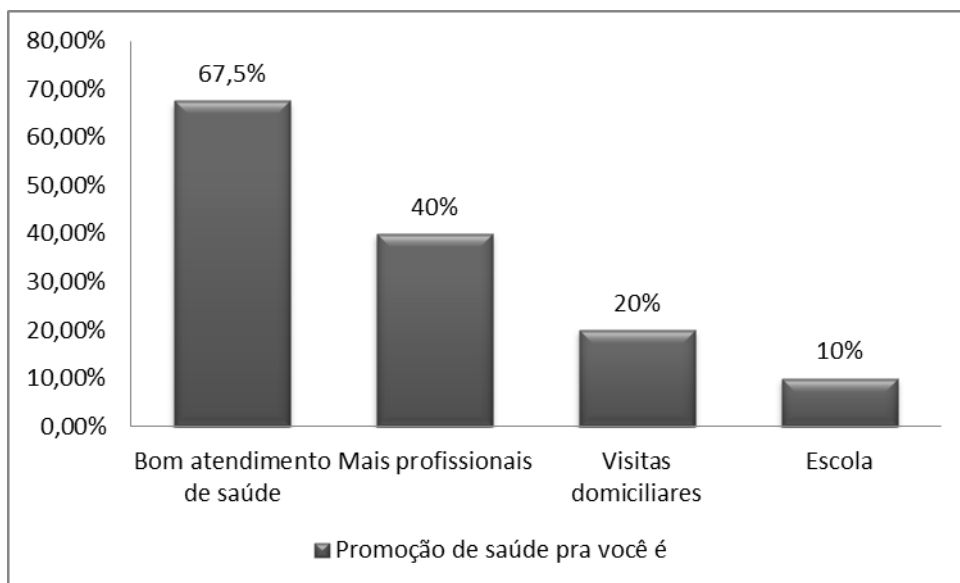


Gráfico 2: Avaliação das respostas quanto a questão: “Promoção de saúde pra você é”.

Observando-se o Gráfico 3, nota-se que o item mais importante para ter saúde citado pelas entrevistadas foi médico com 62,5%, seguido de medicamento, com 20%, os itens espaço de lazer e renda foram avaliados como menos importantes.

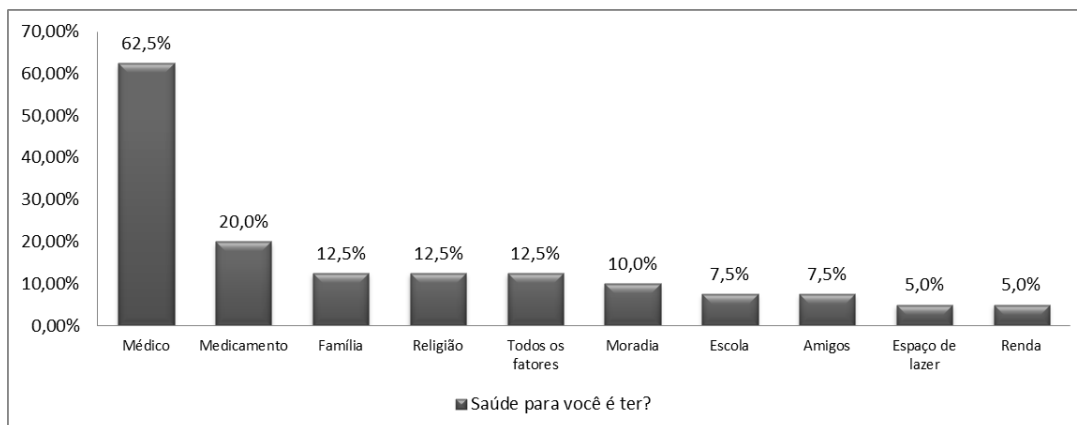


Gráfico 3 - Avaliação das respostas quanto a questão: "Saúde para você é ter?"

Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), uma paciente foi definida com desnutrição, 4 pacientes foram avaliados com peso normal. Os pacientes com sobrepeso foram 5, correspondendo a 15% da amostra. Os obesos diagnosticados foram 30, ou seja 75% da amostra.

Em relação a pergunta "Como você considera seu estado geral de saúde 82% responderam como boa e apenas 18% como ruim. A renda da família toda da amostra concentra-se em 30 relatos, ou 75% dos casos, com menos ou até um salário mínimo mensal e em 10 amostras, ou 25%, acima de um salário

Discussão

O perfil traçado da maioria das mulheres é de sobrepeso ou obesidade em 90% dos casos, com apenas 10% da amostra tendo concluído o Ensino Médio, tendo a televisão e ouvir músicas como principal forma de buscar diversão. A renda familiar não ultrapassa um salário mínimo em 75% dos casos. Em 82% da amostra ainda elas consideram o estado geral de saúde como bons, sendo, para 62,5% ter médico o fator mais importante para se ter saúde.

O principal dado alarmante é em relação ao IMC da amostra, onde 15% apresentou sobrepeso e 75% obesidade. Comparando-se a índices de todo o Brasil, de acordo com a última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁴. 48% das mulheres adultas apresentam excesso de peso, no estudo em questão chega-se a surpreendentes 90% da amostra.

A obesidade é uma doença caracterizada pelo excesso de gordura corporal que produz efeitos deletérios à saúde⁵. Associa-se com hábitos alimentares e de atividade física, com nível socioeconômico e hábitos sedentários⁶.

Estas comunidades partilham formas de consciência e de conduta resultantes das interações intersubjetivas incluindo os padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, as formas organizativas ou de participação social, a política e a cultura. Esse sistema contraditório de relações do qual participam processos benéficos mantenedores de saúde e processos deletérios produtores de doença⁷.

A Atenção Básica tem papel central nessa ação, uma vez que estudos demonstram que o acesso aos serviços básicos de saúde, mais especificamente à Estratégia de Saúde da Família, contribui para a diminuição das iniquidades. Nesse sentido, a Atenção Básica constitui uma excepcional oportunidade para a qualificação da agenda de saúde às famílias em situação de vulnerabilidade social, sobretudo para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e para a vinculação das equipes junto aos indivíduos, famílias e comunidades em situação de pobreza (SOUZA, 2008)

A saúde, espalhada pelas possibilidades de viver de maneira confortável e feliz em uma comunidade, é definida pela interação das circunstâncias pessoais e contextuais. Uma saúde assim demarcada não pode ser convenientemente analisada por parâmetros clinicamente estabelecidos. Outro referencial deve então ser utilizado.

Compensar as desigualdades, pelo menos em partes, dos resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis. A equidade. Todos devem ter acesso e utilizar os serviços indispensáveis para resolver as suas demandas de saúde, independentemente do grupo social ao qual pertencem e aqueles que apresentam maior vulnerabilidade em decorrência da sua posição social devem ser tratados de maneira diferente para que a desvantagem inicial possa ser reduzida ou anulada⁷.

O princípio da igualdade tem base no conceito de cidadania, segundo o qual todos os indivíduos são iguais, tendo, portanto, os mesmos direitos⁸. Mas igualdade não é o mesmo que equidade. Esta incorpora em seu conceito algum valor de justiça. Por outro lado, nem toda desigualdade constitui iniquidade no sentido de

injustiça. A iniquidade pode ser considerada como uma “*desigualdade injusta*”, que poderia ser evitada, daí sua importância para os tomadores de decisão.

No estudo das desigualdades sociais em saúde, outra variável usada é o nível de escolaridade, isoladamente, ou combinada a ocupação. Para a maioria dos problemas de saúde infantil, a escolaridade materna é um dos determinantes mais importantes, tanto como marcador de posição social quanto como indicador do nível de instrução e da possibilidade de compreender e aplicar corretamente as informações técnicas⁷.

A proposta de intervenção frente a essa realidade foi de atividades de prevenção e promoção de saúde com possibilidade de trocar experiências e conversar sobre aspectos gerais procurando fomentar hábitos de vida saudáveis tendo o contato com diferentes núcleos profissionais podendo agir com saberes e vivências diferenciadas.

Promoção de Saúde é um processo de envolvimento da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objeto de viver⁹.

O caderno da Atenção Básica sobre obesidade define as atividades de Promoção da Saúde como de incentivo e de apoio¹.

As atividades desenvolvidas na intervenção no formato de feiras de saúde e grupos de saúde enquadram-se segundo o ministério da Saúde por meio do Caderno de atenção Básica como medidas de incentivo, procurando sensibilização e mobilização para a adoção de hábitos saudáveis. As medidas de incentivo difundem informação, promovem práticas educativas e motivam os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis.

As medidas de apoio tornam mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados. Exemplo nas comunidades trabalhadas por meio da viabilização de espaços públicos para a prática regular de atividade física e a promoção de atividades físicas em ambientes comunitários.

A Principal atividade de núcleo desenvolvida na residência pelo Educador Físico com o auxílio dos demais núcleos foram os grupos de caminhadas como forma de fomentar estilos de vida mais ativos.

A vida sedentária produz perdas na capacidade funcional, pelo menos tão significativas quanto os efeitos do envelhecimento. A atividade física regular aprimora a função fisiológica em qualquer idade; a aptidão inicial, a genética e o tipo e quantidade de treinamento controlam a magnitude da modificação¹⁰.

Em resumo, o exercício físico é imprescindível para a saúde do ser humano em todas as idades, e é papel do profissional de Educação Física dar a conhecer a população em geral, a importância da prática de atividades físicas para a manutenção e obtenção da saúde na totalidade de seu significado¹¹.

Outra função que a prática de atividades físicas estruturadas tem assumido é a do lazer e da socialização. Muitas pessoas realizam atividades físicas para fazerem novas amizades e para pertencerem a grupos de pessoas com objetivos semelhantes. Considerando saúde não apenas como ausência de doença, mas como um estado de bem estar físico, mental e social, pode-se dizer que esta motivação para a prática de atividades físicas, faz parte dos valores orientados ligados à manutenção da saúde¹².

A população que realiza as atividades de caminhadas de forma assídua obtiveram resultados sendo relatado em aspectos como melhoras no sono, humor, diminuição de dores e maior facilidade para realização de atividades diárias. Esses participantes assíduos, todos obtiveram visivelmente melhoras na capacidade cardiovascular, conseguindo realizar uma distância significativamente maior em um menor tempo e com menos esforço quando comparados ao início da atividade. Outra mudança percebida é no comportamento da pressão arterial, participantes que não tinham sua pressão arterial controlada, ainda que tomando medicamentos. A pressão arterial oscilava, estando alguns momentos em níveis bons e outros nem tanto. Agora em novas visitas a ESF para consultas médicas os indivíduos são reavaliados e com a mesma carga de medicamentos a pressão se mantém boa, não estando mais descompensada.

Outra experiência é a de participantes que tiveram alterações em seus exames de sangue antes de começar a caminhar e que realizando novos exames após pelo menos seis meses realizando atividades obtêm melhorias.

A principal melhoria observável nos exames de sangue é no HDL colesterol as demais variáveis oscilaram pouco, mas o HDL, aumentou em metade dos participantes ativos por pelo menos um ano, nos menos ativos não mostrou alteração. Mostra a importância de permanecer ativo e não apenas realizar

atividades esporadicamente ou por curtos períodos de tempo. Embora não se possa atribuir que os benefícios tenham sido efeito da atividade física por falta de pesquisa científica, foi um fato observável e já constatado na literatura^{13, 14, 15}.

A forma de inserção do Profissional de Educação Física na rede básica é por meio do Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). O município de Santa Maria não conta com nenhuma equipe NASF, sendo o trabalho pioneiro realizado por residentes.

Os NASF foram criados pelo ministério da Saúde mediante a Portaria número 154, de 24 de janeiro de 2008¹⁶ para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Segundo o caderno de Atenção Básica que define as Diretrizes do NASF, o desafio, não é só de materializar práticas, mas sim de ressignificá-las, levando em conta os contextos e os determinantes e condicionantes sociais da produção da vida. Sendo importante reconhecer que esta não é uma tarefa exclusiva da saúde nem de alguns poucos profissionais. É um desafio coletivo que implica a valorização dos diversos saberes numa integração que se propõe perene e imbricada na realidade que quer transformar¹⁷.

Conclusão

A Atenção Básica tem papel central para a diminuição das iniquidades e o conceito de Promoção de Saúde deve ser o elemento redirecionador.

. Para avaliar as atividades a serem desenvolvidas torna-se imprescindível um levantamento epidemiológico, definindo prioridades para o trabalho nos territórios adscritos ao trabalho das ESF. Configura-se como desafio para os trabalhadores em saúde a implementação de uma linha de cuidado integral ao paciente com excesso de peso, bem como para prevenir que mais sujeitos cheguem a esse quadro tão preocupante.

Um avanço para as ações multiprofissionais da Atenção Básica seria a possibilidade de expansão das equipes multidisciplinares nos moldes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), para todas as equipes de Atenção Básica, além da formação de profissionais com perfil para atuar em equipes de NASF, no âmbito do SUS.

Assim, frente à conjuntura atual do mundo, onde se recrudescem as diferenças sociais e econômicas, e do País, onde o sistema de saúde se propõe como único, além de universal, integral, equitativo e participativo, a atuação profissional, orientada pela construção e pelo fortalecimento da autonomia do sujeito, parece ser mais próxima do objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Referencias

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade. Cadernos de Atenção Básica**. n. 12- Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. SOUSA MF. O Programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.** 2008; 61(2):153-8.
3. BRASIL Resolução N. 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília**, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 03 mar. 2014.
4. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. Sydney: **Health Communications**; 2000.
6. ENES, CC, SLATER B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev Bras Epidemiol** 2010; 13(1):163-171.
7. BARATA, RITA BARRADAS. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal a Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
8. VIANNA, S. M..BARATA, R. B.. SANTOS J. R. S.. NUNES, A. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, ano 1, n. 1, ago/out. 1999.
10. DANTAS, E. H. M. **A prática da preparação física**. 5. ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.
11. SAMULSKI, D.; LUSTOSA, L. A importância da atividade física para a saúde e a qualidade de vida. **Rev. Bras. Ed. Fís. Desp**: v. 17, p. 60-70, 1996.

12. FARINATTI, P. T. V. **Saúde, promoção da saúde e Educação Física: conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006.

13 PRADO, E. S. & DANTAS, E. H. M. Efeitos dos exercícios físicos aeróbio e de força nas lipoproteínas HDL, LDL e lipoproteína(a). **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2002, vol.79, n.4, pp. 429-433.

14. GUEDES, D. P. & GONCALVES, L. A.V. Impacto da prática habitual de atividade física no perfil lipídico de adultos. **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. 2007, vol.51, n.1, pp. 72-78.

15 PITANGA, F. J. G. Níveis de pratica de Atividade Física e sua influência sobre o perfil lipídico em indivíduos de ambos os sexos. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**. 2000, vol. 5 n.1, pp. 45-53.

16 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica**. n. 27- Brasília: Ministério da Saúde, 2010.