

UEDER MOREIRA MAGALHÃES

**ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA ATIVIDADE FÍSICA ORIENTADA:
CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO FÍSICA NOS POSTOS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada como requisito parcial para a conclusão do Curso de Curso de Especialização em Fisiologia do Exercício, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná. Prof. orientador MS. João Rodrigues Pinto.

**CURITIBA
2011**

Dedico este trabalho à minha família e
esposa Michelly Ferreira Magalhães.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e a oportunidade de cursar uma especialização em Curitiba, PR.

Agradeço a meus pais, Josias Ferreira e Avelina Moreira, que me deram a educação básica e o incentivo à continuação dos estudos.

Agradeço a meu amigo e professor Mestre João Rodrigues Pinto pela orientação neste trabalho de conclusão de curso.

Agradeço a todos os professores que contribuíram para minha formação na Especialização em Fisiologia do Exercício.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíam para que eu concluísse o Curso de Especialização em Fisiologia do Exercício.

RESUMO

O trabalho buscou informar sobre as contribuições do Profissional da Educação Física nos Postos de Saúde da Família (PSF). Relata um breve histórico do PSF, descreve o campo de atuação de alguns profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Descreve algumas patologias encontradas em usuários do PSF. Informa ainda benefícios da atividade física para portadores de determinadas patologias, bem como a atuação do Profissional da Educação Física como agente transformador de hábitos de vida, orientador/supervisor da prática de exercícios, informando os benefícios da atividade física para a prevenção de patologias, tratamento e melhora da qualidade de vida e saúde dos usuários dos PSFs. Conclui-se ao final do trabalho que o Profissional da Educação Física é de extrema importância e indispensável nos Postos de Saúde da Família devido às melhorias que a prática regular da atividade física pode proporcionar aos frequentadores deste ambiente no sentido de prevenção de doenças, tratamento das já instaladas, redução em custos com medicamentos e elevação dos níveis de saúde.

Palavras-Chave: Atividade física. Profissional da Educação Física. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The study aimed to inform about the professional of physical education contributions in the family health center (PSF). It reports a brief Record of the "PSF", describes the action area of some professionals that compound the multi-disciplinary team. It describes some pathology diagnosed in users of the "PSF". It also informs the benefits of physical activity to people with certain diseases, as well as the performance of the professionals of physical education as an agent of change in lifestyle, adviser/supervisor of exercise. Practicing, demonstrating the benefits of physical activity to prevention of diseases, treatment and improvement of life quality and health of the PSFs' users. In conclusion, the study indicates that the professional of physical education is extremely important and indispensable to the family health centers due to improvements that the regular practice of physical activities can bring to users of this environment in order to prevent illness, treatment of already installed ones, reduction in medicine costs and rising levels of health.

Keywords: physical activity, professional of physical education, family health program.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Objetivos.....	12
1.2 Justificativa.....	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Conhecendo o profissional da educação física	14
2.2 Conhecendo os postos de saúde da família e seus profissionais	16
2.3 Atuação de alguns profissionais dos psfs.....	17
2.3.1 Enfermeiro.....	17
2.3.2 Médico.....	18
2.3.3 Auxiliar Técnico de Enfermagem.....	19
2.3.4 Agente Comunitário de Saúde.....	20
2.4 Patologias encontradas nos PSFS e benefícios dos exercícios físicos na prevenção e tratamento de doenças e na promoção da qualidade de vida.....	21
2.4.1 Atividade física e sistema imunológico.....	21
2.4.2 Atividade física e asma.....	22
2.4.3 Atividade física e hipertensão.....	24
2.4.4 Atividade física e obesidade.....	26
2.4.5 Atividade física e alergias.....	27
2.4.6 Atividade física e artrite.....	28
2.4.7 Atividade física e osteoporose.....	29
2.4.8 Atividade física e diabetes.....	31
2.4.9 Atividade física, 3ª idade e sedentarismo.....	34
3. CONCLUSÕES	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais a sociedade enfrenta um crescente avanço tecnológico nos diversos segmentos econômicos. Desde épocas mais remotas, conforme evidenciado por escritas gregas e chinesas, terapeutas têm ressaltado a importância da atividade física para tratamento de doenças e melhoria da saúde (PITANGA, 2004, p.08). A busca por conforto e facilidades é constante. Um mundo capitalista que sempre visa o lucro, procura atrair os consumidores com seus bens e serviços cada vez mais eficientes e práticos. Com isso o sedentarismo cresce em algumas regiões do país e aparece como fator determinante de agravos à saúde e é o fator de risco mais freqüente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares degenerativas. O organismo humano precisa de movimento, por isso, a baixa estimulação crônica vai se manifestar nas chamadas doenças do sedentarismo – doenças hipocinéticas (WEINECK, 2005). O sedentarismo ocorre quando a sobrecarga muscular encontra-se abaixo do limiar de estimulação, cuja ultrapassagem é necessária para manter ou aumentar a capacidade funcional (HOLLMANN/HETTINGER, 1990, p.434 apud WEINECK, 2005). Com relação ao Brasil, existem poucos estudos, sendo que se estima em aproximadamente 50-60% o número de sedentários no país (PITANGA, 2004, p.56).

Uma série de distúrbios orgânicos denominados distúrbios hipocinéticos podem acometer pessoas que apresentam um menor nível de prática de atividades físicas. Esses distúrbios contribuem decisivamente para o aparecimento das doenças crônico-degenerativas, (PITANGA, 2004, p.62).

Segundo Pitanga (2004), com relação ao investimento em saúde pública, o Brasil gasta aproximadamente 55 dólares per capita, valor similar aos gastos com saúde da Somália, um dos países mais pobres do mundo. Além de gastar pouco com saúde pública, o Brasil investe de maneira equivocada seus recursos. O investimento é mais concentrado nos atendimentos cirúrgicos e tratamento das doenças já instaladas. Se o principal enfoque fosse o trabalho de prevenção das doenças, tratando o problema antes da sua instalação, certamente seria evitado o surgimento dos agravos, fato esse que exigiria menores gastos com saúde pública.

O sistema público de saúde não consegue dar conta de tantas pessoas enfermas que procuram os hospitais. Muitas vezes, as pessoas precisam dormir nas

portas dos hospitais para conseguirem atendimento. Outras vezes entram numa fila de espera que demora meses para serem atendidos. Nos postos de saúde da família (PSF) não é diferente. É alto também o índice de trabalhadores que ficam afastados por motivos de saúde. O governo federal investe muito dinheiro no tratamento de enfermidades, quando na verdade parte deste dinheiro deveria ser investido na prevenção delas. Desta maneira, resolveria dois problemas de uma só vez, reduzindo a incidência de certas enfermidades e contribuindo para a aquisição de saúde. Indivíduos que praticam atividade física regular para desenvolver a resistência cardiorrespiratória, a aptidão músculo-esquelético e níveis ideais de gordura corporal melhoram seus níveis energéticos básicos e se colocam no grupo com menor risco de apresentar doenças cardíaca, câncer, diabetes, osteoporose e outras doenças crônicas. A hipertensão é uma das muitas causas de pessoas procurarem os PSFs. A maioria deles são usuários de medicamentos. O exercício aeróbico regular é crítico para que os pacientes hipertensos melhorem a aptidão física e a qualidade de vida e reduzam o risco de doenças cardíacas.

O aumento de rendimento não constitui a única função do treinamento. Na sociedade civilizada, ele tem a importância fundamental na prevenção, conservação e melhoria da saúde, bem como no aprimoramento da capacidade de desempenho, na prevenção de doenças da civilização, (GORGATTI E DA COSTA, 2005, p.312)

Partindo dessa afirmação, a inserção dos profissionais da Educação Física nos PSFs pode ser de grande validade e eficácia para a diminuição dos gastos do governo com medicamentos e tratamento de muitas outras enfermidades, além de contribuir para que esta população adote hábitos saudáveis de vida praticando atividade física.

Embora o país tenha um Ministério da Saúde, quem cuida da saúde e da doença da população é o da Previdência Social. Para que o povo tenha uma melhor saúde deve haver um trabalho conjunto entre a equipe multidisciplinar, incluindo o profissional da Educação Física, bem formado, dando condições aos indivíduos freqüentadores de postos de saúde de aumentarem os níveis de aptidão física.

1.1 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Analisar aspectos fisiológicos da atividade física orientada nos Postos de Saúde da Família.

Objetivos específicos:

- Compreender a importância do profissional da educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
- Verificar as possibilidades de intervenção dos profissionais da educação física como contribuinte da promoção da saúde junto à equipe multidisciplinar;
- Descrever aspectos fisiológicos da prática de exercícios físicos baseado nas patologias encontradas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

1.2 JUSTIFICATIVA

A profissão de profissional da educação física ganha espaço a cada ano. Entre os espaços conquistados pelos profissionais da educação física está a atuação na área da saúde e junto equipes multidisciplinares como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, etc.

A atuação do profissional da educação física nos postos de saúde da família é uma ótima alternativa para a conquista de níveis mais elevados de condicionamento físico das pessoas que frequentam tal espaço. Este profissional seria um orientador de atividades físicas direcionadas para os diversos tipos de patologias encontradas nos frequentadores de PSFs e também orientá-los na intenção de prevenção de possíveis males.

Com a chegada de profissionais da educação física integrando a equipe multidisciplinar os postos de saúde ganhariam uma nova roupagem, passando de fato, ser um espaço de promoção da saúde, bem como espaço de aprendizagem sobre os benefícios fisiológicos da prática regular de atividade física. A população ganharia muito com os conhecimentos científicos advindos do profissional da educação física, além de ser um forte incentivador para que as pessoas mantenham um estilo de vida ativo e adote hábitos de vida saudáveis.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conhecendo o profissional da educação física

De acordo com o art. 7º do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), o Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações – ginástica, exercícios físicos, desportos, esportes, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, ginástica laboral e do cotidiano e outras práticas corporais, sendo da sua competência prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação (formação cultural e educacional, educação e reeducação motora) e da saúde (prevenção primária, secundária e terciária, promoção, proteção, manutenção e reabilitação), contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação e recuperação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para consecução da autonomia, da auto-estima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo.

Segundo o art. 8º do Conselho Federal de Educação Física o Profissional de Educação Física intervém segundo propósitos de prevenção (primária, secundária e terciária), promoção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde, da formação cultural e educacional, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer e da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas.

O art.6º do CONFEF (Conselho Federal de Educação Física), reza que compete exclusivamente ao Profissional de Educação Física, coordenar, planejar, programar, prescrever, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, orientar, ensinar, conduzir, treinar, administrar, implantar, implementar, ministrar, analisar, avaliar e executar trabalhos, programas, atividades físicas, planos e projetos, bem como,

prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas, esportivas, desportivas e similares, conforme as características e as competências específicas de sua habilitação.

Atividade física é todo movimento corporal voluntário humano, que resulta num gasto energético acima dos níveis de repouso, caracterizado pela atividade do cotidiano e pelos exercícios físicos. Trata-se de comportamento inerente ao ser humano com características biológicas e sócio-culturais. No âmbito da Intervenção do Profissional de Educação Física, a atividade física compreende a totalidade de movimentos corporais, executados no contexto de diversas práticas: ginástica, exercícios físicos, desportos, esportes, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais.

2.1 Conhecendo o programa saúde da família e seus profissionais

Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF (Programa Saúde da Família) como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas locais.

O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

Os seus princípios operacionais pressupõem o investimento em educação continuada da equipe de saúde e em informação em saúde destinada à população, como instrumentos para a construção participativa de práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamento aos problemas de saúde.

Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

A estratégia está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família - uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilização por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.

Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um outro desafio.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar atenção básica que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Como consequência de um processo de des_hospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

Em 24 de janeiro de 2008 foi criado o NASF-Núcleo de Apoio à Saúde da Família, pela Portaria Nº 154. Publicada no D.O.U. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42. São criados dois tipos de NASF:

2.2 Atribuições de alguns profissionais dos PSFS

2.2.1 Enfermeiro

1- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; durante o tempo e frequência necessários de acordo com as necessidades de cada paciente;

2- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprova a Resolução n.º 195, de 18/02/97, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

3- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

4- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

5- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

6- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

7- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF.

2.2.2 Médico

1- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

2-Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

3-Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

4-Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrareferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

5-Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

6-Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

7-Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

2.2.3 Auxiliar e do Técnico de Enfermagem

1-Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

2-Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

3-Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

2.2.4 Agente Comunitário de Saúde

1. Realizar mapeamento de sua área; 2. Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; 3. Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; 4. Identificar área de risco; 5. Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; 6. Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, na áreas prioritárias da Atenção Básicas; 7. Realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; 8. Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das família acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; 9. Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; 10. Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; 11. Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; 12. Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe.

2.4 Patologias encontradas nos PSFS e benefícios dos exercícios físicos na prevenção e tratamento de doenças e promoção da qualidade de vida

2.4.1 Atividade física e sistema imunológico

O profissional da Educação Física pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pessoas para que estas melhorem seu sistema imunológico. O exercício também é conhecido como um potente influenciador do sistema imunológico. Para Fitzgerald (1988) apud Teixeira (2008), a prática de exercícios em diferentes intensidades e segundo diferentes protocolos de execução e duração

pode exercer efeitos positivos ou negativos sobre diversos parâmetros do sistema imunológico, uma vez que pode aumentar algumas células deste sistema, ou, reduzi-las sensivelmente. Logo, exercícios moderados como jogging na praia estimulam o sistema imunológico, aumentando a resistência contra infecções, ocorrendo justamente o oposto com exercícios mais intensos. Bem, se os exercícios moderados podem apresentar este benefício, os frequentadores de postos de saúde da família devem ser estimulados e orientados a praticarem exercícios, uma vez que podem ter melhorias no seu sistema imunológico, diminuindo possivelmente as idas a PSF.

O número de leucócitos na circulação pode crescer quatro vezes, continuando após o término do exercício e ainda permanecer elevado por períodos prolongados, após alguns tipos de atividade. Em geral, a magnitude da leucocitose parece estar diretamente relacionada à intensidade e duração do exercício e inversamente relacionada ao nível de aptidão do indivíduo (MCCARTHY e DALE, 1988 citado por TEIXEIRA, 2008, p.31)

O exercício ainda influencia o número de linfócitos. A linfocitose, que é o aumento do número de linfócitos, ocorre durante e imediatamente após o exercício. O profissional da Educação Física nos PSFs, tem entre outras funções a de esclarecer a importância da prática de atividades físicas e/ou exercícios físicos na redução das principais disfunções orgânicas causadas pelo estilo de vida sedentário.

2.4.2 Atividade física e asma

A asma é uma das doenças crônicas mais incidentes na infância, caracterizada por episódios recorrentes de tosse, chiado, sensação de aperto torácico e falta de ar, geralmente reversíveis, mas que podem ser graves e algumas vezes fatais. Nos países ocidentais acomete de 2% a 20% da população geral. Cerca de 300 milhões de pessoas no mundo sofrem de asma. Estima-se que esse número terá alcançado 400 milhões em 2025. No Brasil, o International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC) aponta até 27 % de prevalência, com variações regionais (TEIXEIRA, 2008). No que se refere aos custos com medicamentos e atendimento, a asma tornou-se um dos itens mais caros nos orçamentos de muitos países. No Brasil, ocorrem 350 mil internações pela doença todos os anos, é a quinta causa de hospitalização pelo SUS e o terceiro maior valor

gasto com uma doença, além de morrerem cerca de 2.500 pessoas por ano com crises de asma. Estudos recentes apontam que a asma está se tornando cada vez mais freqüente, grave e problemática, e que o número de crianças asmáticas dobrou nos últimos 20 anos.

Outro aspecto importante é a morbidade, ou seja, os prejuízos que a doença acarreta ao asmático. Acometidos de crises freqüentes e com baixa resistência a atividades físicas, por exemplo, os asmáticos são submetidos a inúmeras restrições que os privam do pleno desenvolvimento de suas aptidões. É causa importante de faltas à escola e ao trabalho e de limitações para esportes e outras atividades.

De acordo com os números podemos concluir que a quantidade de pessoas que são acometidas pela asma é enorme e preocupante. Sendo assim, os Profissionais da Educação Física, inseridos nos PSFs, tem uma importante missão juntamente com a equipe multidisciplinar, aumentar a qualidade de vida de pacientes asmáticos, reduzindo os sintomas da doença, as crises, as idas aos PSFs, aumentar a auto-estima e auto-confiança, entre outros.

Os avanços na área do conhecimento e controle da doença, alcançados nos últimos 20 anos, tornaram possível, contudo, dar a 95% dos asmáticos uma boa qualidade de vida.

As alterações funcionais características da asma ocorrem, de modo geral, em razão de espasmos da musculatura lisa dos brônquios, edema da mucosa, provocando aumento de resistência das vias aéreas, distribuição na relação ventilação perfusão e maior consumo energético durante o trabalho respiratório.

A marca fisiológica da asma é a obstrução das vias aéreas, com os sintomas característicos do impedimento à movimentação de ar para dentro e para fora dos pulmões. Na crise, temos estreitamento das vias aéreas, alteração na relação ventilação/perfusão, hipoxemia, estímulo respiratório e maior gasto energético. O consumo de oxigênio, que para a ventilação pulmonar é menor que 5% do consumo total de oxigênio do organismo, em crise eleva a porcentagem despendida para 25% ou mais e o aumento da ventilação pode se tornar insustentável.

A freqüência e o volume de inspiração estão diretamente relacionados ao crescimento do pulmão; desse modo, as atividades físicas no período da adolescência são muito benéficas, pois há um aumento da caixa torácica e, conseqüentemente, melhor desempenho do sistema respiratório. O resultado de um plano de exercícios para as alterações torácicas será tanto melhor quanto mais

elástico for o tórax, ou seja, quanto mais jovem for. As modificações obtidas são mais funcionais que morfológicas. Desta forma, um profissional da Educação Física nos PSFs para dirigir e prescrever exercícios para estas populações pode ser de grande valia para estas modificações.

São inúmeros os trabalhos apresentados por diversos pesquisadores sobre os efeitos benéficos dos programas de atividades físicas para asmáticos. De forma geral, as atividades físicas são consideradas benéficas para indivíduos com disfunções pulmonares, sendo referidos benefícios físicos e fisiológicos como conseqüência da atividade física. Outros fatores também são associados à melhora da condição física: aumento de apetite, diminuição no uso de medicamentos, melhora no sono e sensação de bem-estar. A melhora da condição física do asmático permite-lhe suportar com mais tranqüilidade os agravos da saúde, pois aumenta sua resistência, fornecendo-lhe reservas para enfrentar as crises obstrutivas. Ressalta Gordatti e Da Costa (2005) que a participação regular em programas de atividades físicas pode aumentar a tolerância ao exercício e a capacidade de trabalho, com menor desconforto e redução de broncoespasmo, além de melhorar a elasticidade torácica e vertebral, tonificação dos músculos respiratórios, melhora da mecânica respiratória, diminuição do custo energético da respiração, melhora do condicionamento físico, da força muscular, melhor rendimento cardíaco, diminuição das crises asmáticas, do uso de medicamentos e internações. No caso de crianças, as atividades físicas são essenciais, pois proporcionam experiências básicas de movimento. Além disso, é por meio das atividades físicas que as crianças se relacionam, seja brincando ou engajando-se em atividades esportivas, prevenido o isolamento psicossocial e melhorando a autoestima e autoconfiança.

Cabe ao profissional da Educação Física estimular e orientar crianças e adolescentes asmáticos à prática das atividades, com o objetivo de incorporar sua importância a seus benefícios e de evitar o isolamento, a superproteção e o medo que, por desinformação, levem a inatividade e à deterioração funcional.

As contribuições dos profissionais da Educação Física nos postos de saúde da família é de extrema importância e urgência no tratamento de pacientes asmáticos, pois melhora a função pulmonar e a quantidade de visitas ao setor de emergência e hospitalização, reduzindo o custo hospitalar. Se reduzir os custos com

medicamentos e tempo de atendimento, os serviços podem se tornar mais ágeis e verbas poderão ser investidas em outras prioridades.

2.4.3 Atividade física e hipertensão

A hipertensão arterial sistêmica - HAS (chamada também crônica) é caracterizada por níveis excessivamente altos de pressão arterial. Este tipo de manifestação orgânica mostra uma incidência crescente, em âmbito mundial nas últimas décadas, apresentando, um aumento acentuado em relação a outras enfermidades, de tal forma que já representa um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade.

A pressão arterial resulta da interação do trabalho cardíaco, mediante a ação de contração e de relaxamento dos seus músculos, e da propriedade de elasticidade dos vasos sanguíneos, destinados a absorver a força que o sangue exerce contra suas paredes.

A hipertensão está presente em proporções epidêmicas em adultos das sociedades industrializadas, sendo associada ao aumento do risco para desenvolvimento de numerosas patologias cardiovasculares. Esta enfermidade sobrecarrega o coração, podendo levar, ao longo do tempo, à insuficiência cardíaca que representa uma fraqueza do músculo do coração (LEONEL et al, 2002)

A hipertensão pode ser bastante prejudicial no funcionamento orgânico devido a dois efeitos primários: (a) sobrecarga de trabalho ao coração; e (b) danos às próprias artérias pela pressão excessiva. Na hipertensão, a pressão muito alta contra a qual o ventrículo esquerdo deve bombear, faz com que ele aumente de peso para 300 a 400g, quando seu peso normal é por volta de 150g. Esse aumento do tecido muscular não é acompanhado por aumento proporcional no suprimento sanguíneo coronariano. Com isso, uma isquemia relativa do ventrículo esquerdo se desenvolve à medida que a hipertensão se torna cada vez mais severa. A pressão muito alta nas artérias coronárias causa também o desenvolvimento rápido de aterosclerose coronária, de modo que pacientes hipertensos são propensos a morrer de oclusão coronária em idades muito mais precoces que os normotensos (PITANGA, 2004, p. 108).

O exercício físico regular reduz a pressão arterial em indivíduos hipertensos, além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse. Contribui, ainda, para a redução

do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL,1998, p.15)

O treinamento físico pode desempenhar um papel profilático sobre a incidência de hipertensão. Paffenbarger et al. apud Gordatti e Da Costa(2005) verificaram redução substancial do número de casos de hipertensão entre indivíduos que mantiveram uma prática regular de atividade física ao longo dos anos. Segundo Pitanga (2004), programas regulares de exercícios físicos são atualmente reconhecidos pela comunidade médica, como fator auxiliar na terapia farmacológica para redução da pressão arterial em indivíduos hipertensos.

Os profissionais da Educação Física presentes em postos de saúde da família são de extrema importância para o tratamento e prevenção da hipertensão, visto que podem avaliar, prescrever e orientar a prática de exercícios físicos. Com a adesão desses e de outros frequentadores dos PSFs pode-se reduzir custos com medicamentos, reduzir visitas, melhorar a qualidade de vida e a sensação de bem estar, prevenir complicações entre outros benefícios.

2.4.4 Atividade física e obesidade

A obesidade é um dos principais problemas de saúde nos países em desenvolvimento e também nos industrializados, podendo ser caracterizada como uma doença na qual o excesso de gordura corporal se acumula a tal ponto que a saúde pode ser afetada. A causa para esse aumento da obesidade se dá por diversos fatores; entre eles, pode-se destacar a mudança do estilo de vida, a modernização, o sedentarismo, o êxodo rural, a urbanização a industrialização e o estresse etc.

A lista de doenças agravadas pela obesidade ou associadas a ela é muito grande. Obesidade pode provocar doenças cardíacas, vasculares, respiratórias, digestivas, hormonais, renais, da pele, das juntas e músculos. Pode ocasionar ainda alterações da função sexual e reprodutora, distúrbios psicológicos e de ajuste social, e aumento da incidência de alguns cânceres. (LEONEL et al.2002, p.142)

Para o gênero masculino o percentual de gordura considerado aceitável para a saúde é de 18% a 25% e para o sexo feminino é de 20% a 30%(SOUSA e

VIRTUOSO, 2005, p.71). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é definida por meio o índice de massa corporal (IMC = peso (kg)/altura (m²)) acima de 30 kg/m² (Bouchard e Blair, 1999, citado por TEIXEIRA, 2008,p.235). Estima-se que 41,1% da população brasileira do gênero masculino e 40% do gênero feminino está com excesso de peso.

O excesso de gordura corporal é um sério problema de saúde, que segundo Pitanga (2004), reduz a expectativa de vida pelo aumento no risco de desenvolvimento de doença cardíaca coronariana, hipertensão, dislipidemias, diabetes, ósteo-artrite e certos tipos de câncer. E esta lista não para por aí: incidência de diabetes, aterosclerose, gota, cálculo renal e morte cardíaca súbita são bastante freqüentes em pessoas obesas. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde está projetando para o ano 2025 aproximadamente 60% das mortes mundialmente causadas devidas às doenças cardiovasculares e aos cânceres causados pela obesidade.

O mais alto risco de infarto do miocárdio ou morte prematura foi encontrado em homens com alta proporção da circunferência cintura/quadril e baixo índice de massa corporal, sugerindo que homens magros com gordura corporal concentrada no abdômen são aqueles com mais alto risco para desenvolver doenças cardiovasculares. Com relação à proporção circunferência cintura/quadril, homens e mulheres podem ser considerados como de alto risco para desenvolvimento de doenças arterial coronarianas, se os valores forem maiores do que 0,90 e 0,80, respectivamente (BRAY, 1992 citado por PITANGA, 2004, p.91).

O sistema público de saúde investe muitos milhares de reais para combater um problema que cresce a cada ano, mas gasta-se de forma muitas vezes inadequada. Sabe-se que o problema da obesidade e do sobrepeso pode ser resolvido, em grande parte, por restrições alimentares e aumento no gasto energético através de atividades físicas regulares. Pensando assim, nos postos de saúde da família já possui nutricionista e outros profissionais da saúde, mas falta um profissional de extrema importância no combate à obesidade, falo aqui do Profissional da Educação Física. Este tem muito a contribuir com a equipe multidisciplinar, visto que é o único habilitado a prescrever e orientar exercícios físicos de forma adequada. Basta que o sistema público abra concursos para determinados profissionais ocuparem lugar junto à equipe que compõe os PSFs.

2.4.5 Atividade física e alergias

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, a alergia atinge cerca de 30% da população mundial. No Brasil, 35% das pessoas sofrem com as doenças alérgicas, em especial a asma, que atinge cerca de 16 milhões de pessoas e é a quinta maior causa de internações no SUS, segundo dados do Ministério da Saúde. Em relação às atividades físicas, é inquestionável que a melhora da aptidão física, com os conseqüentes benefícios físicos e fisiológicos, permite que as pessoas portadoras de reações alérgicas suportem, com mais tranquilidade, os agravos em sua saúde. São inúmeros os benefícios advindos da melhora da condição física do alérgico. Melhora do apetite, qualidade do sono e disposição para tarefas rotineiras, além de sensação de bem-estar geral, são as primeiras mudanças que se notam logo que se inicia um programa de exercícios físicos, (TEIXEIRA, 2008).

Conforme aumentam a resistência e a tolerância ao exercício físico, bem como a capacidade de trabalho, pode-se ocorrer a diminuição, sensível e progressiva, do desconforto e das manifestações alérgicas.

Os profissionais da Educação Física inseridos nos PSFs irão ajudar as pessoas alérgicas a adquirirem hábitos da prática regular de exercícios físicos, bem como serem devidamente orientados e supervisionados no caso de os postos de saúde terem locais disponíveis para a prática de exercícios. Também como citados anteriormente, a melhora da aptidão física pode possivelmente reduzir custos para o sistema público de saúde e desconfortos para os alérgicos, entre outros.

2.4.6 Atividade física e artrite

Artrite significa literalmente inflamação na articulação, cujos sinais podem ser vermelhidão local, inchaço e dor. Segundo Teixeira (2008) atualmente, existem mais de 100 formas de artrite e outras doenças reumáticas. Essas patologias em geral causam rigidez, dor e inchaço articular, podendo afetar outras estruturas de sustentação do corpo como músculos, tendões, ligamentos e ossos. Osteoartrite é a forma mais comum de artrite e pode ser chamado de artrose, osteoartrose ou artrite degenerativa.

A osteoartrite é uma doença degenerativa crônica que acomete principalmente as articulações dos joelhos, quadris, mãos e coluna vertebral. Ocorre

uma degeneração da articulação com desgastes da cartilagem articular, além de alterações no remodelamento ósseo e conseqüente diminuição do líquido que lubrifica a articulação. Comumente, ocorrem inflamação e fraqueza dos músculos e ligamentos que estabilizam a articulação.

Um programa regular e individualizado de atividades físicas pode contribuir de maneira incisiva na melhora da qualidade de vida do portador de osteoartrite. Alguns dos benefícios dos exercícios são a redução da dor e rigidez articular, melhora da flexibilidade e aumento da amplitude do movimento, fortalecimento muscular, maior estabilidade articular, auxílio na redução do peso corporal, aumento da sensação de bem-estar e melhora da capacidade cardiorrespiratória, refletindo em uma vida mais ativa. (TEIXEIRA, 2008, p.155)

Exercícios apropriados e regulares para fortalecer o quadríceps podem ajudar a diminuir a degeneração da articulação artrosada, controlando o impacto do pé sobre o solo durante a marcha, reduzindo o estresse sobre a articulação do joelho, diminuindo a dor e a necessidade de cirurgia nos casos mais severos.

Os exercícios físicos são indicados para prevenção e tratamento de muitas patologias e os profissionais da Educação Física são os únicos habilitados a prescrever exercícios físicos. Logo, estes pacientes que procuram os PSFs podem ser muito beneficiados com a presença deste profissional atuando junto à equipe multidisciplinar. A melhora do bem-estar é algo que muitas pessoas desejam e pode-se consegui-la através da prática regular orientada de exercícios físicos. Vale apenas ressaltar que os exercícios físicos irão contribuir também para o não avanço da degeneração. As visitas aos PSFs para consultas aos médicos possivelmente serão diminuídas.

2.4.7 Atividade física e osteoporose

Trata-se de uma doença sistêmica do esqueleto, caracterizada por uma massa óssea reduzida e uma diminuição da microarquitetura do tecido ósseo. As conseqüências são o aumento da fragilidade óssea e do número de fraturas (HOLLMANN e HETTINGEER, 2005) São varias as estratégias para a prevenção da osteoporose e para a manutenção da massa óssea mineral, entre elas, o exercício físico destaca-se como uma das mais importantes.

A estrutura fornecida pelo esqueleto sustenta o corpo e serve de inserção aos músculos, sendo essencial para locomoção e para os movimentos respiratórios; além disso, protege a medula óssea e órgãos internos nobres, como coração e cérebro.

O sistema esquelético é sujeito a uma variedade de cargas que se alternam dentro do osso, que podem ser produzidas pela força da gravidade, forças musculares e forças externas. As cargas são aplicadas em direções diferentes, produzindo forças que podem ser compressivas, tensivas e de cisalhamento. Os dois primeiros tipos de força mencionados influenciam de forma mais importante a remodelação óssea. (TEIXEIRA, 2008, p.170)

As forças compressivas agem no mesmo plano uma em direção à outra, pressionando as extremidades ósseas uma contra a outra. A sustentação do peso corporal ocasionada pela ação da força gravitacional é a principal força compressiva que estimula a formação óssea. As forças compressivas são necessárias para o desenvolvimento e crescimento do osso.

O aumento das cargas mecânicas (gravidade e contração muscular) resulta em incremento da formação óssea e supressão da reabsorção, as forças biomecânicas seriam detectadas pelos osteócitos e traduzidas em sinais celulares. Esses sinais promoveriam o recrutamento de precursores de osteoblastos, com subsequente aumento da formação óssea.

A vida sedentária e a redução da atividade física diminuem os estímulos produzidos pela contração muscular sobre os mecanossensores (osteócitos), predispondo a uma diminuição da formação óssea.

Segundo dados do IBGE afirmam que em 2030 haverá cerca de 32 milhões de idosos. Esse fato certamente acarretará em um grande aumento do número de casos de osteoporose e de todos os custos econômicos e sociais que as fraturas osteoporóticas representam.

De acordo com as recomendações do Colégio Americano de Medicina Desportiva, um programa de atividades físicas para portadores de osteoporose deve incluir, além de exercícios de força muscular, também exercícios com sustentação do próprio peso corporal, atividades com impacto e que exercitem a flexibilidade, a coordenação, o equilíbrio e o condicionamento cardiovascular, já que esses fatores contribuem diretamente para a melhora da qualidade de vida do osteoporótico, diminuindo o risco de quedas e habilitando-o a ter um estilo de vida mais ativo, evitando, dessa forma, maior perda óssea pela inatividade (KOHRT et al citado por TEIXEIRA, 2008, p 181)

Os PSFs são muito freqüentados por idosos e estes não são em sua maioria fisicamente ativos. Isso representa mais um problema silencioso para este público, pois com a inatividade/sedentarismo as chances de desenvolverem osteoporose são enormes. Caso desenvolvam osteoporose podem vir a cair e sofrer fratura, acarretando mais custos para o sistema público de saúde. Os profissionais da Educação Física estando presente nos PSFs irão orientar a prática de exercícios e prescrever corretamente os exercícios físicos mais adequados a cada caso. Lembrando que a prevenção é melhor que a medicação. Os postos de saúde da família deveriam comportar um espaço de atividade física orientada, com profissionais da Educação Física em tempo integral para realização de exercícios diários com os freqüentadores dos PSFs.

2.4.8 Atividade física e diabetes

O diabetes mellitus ocorre quando a taxa de açúcar no sangue está constantemente elevada. As taxas de açúcar no sangue, em jejum, que ultrapassam 140mg% devem ser classificadas como diabéticas, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WEINECK, 2005) O diabetes é a principal causa da cegueira no mundo. É um grupo de doenças metabólicas caracterizado por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina.

No organismo, a insulina é produzida por uma célula denominada beta. No diabetes do tipo 1 a defesa imunológica não funciona muito bem e ataca algumas células do próprio corpo. Ocorre então a destruição das células produtoras de insulina no pâncreas, de forma que nenhuma insulina mais é produzida, ou apenas de forma insuficiente. No diabetes tipo 2 a insulina é produzida em quantidade suficiente, na maioria dos casos, mas a sensibilidade celular para a insulina é baixa.

Pouco a pouco, os rins perdem sua capacidade de trabalho. O líquido e as substâncias, que seriam eliminados na forma de urina, começam a se acumular na corrente sanguínea, causando hipertensão arterial.

O coração do diabético que não se cuida padece, porque a pessoa apresenta uma tendência muito maior para formar os temidos ateromas, placas endurecidas nas paredes dos grandes vasos sanguíneos, aumentando a chance de infartos. O adulto com diabetes mellitus, tanto do tipo 1 quanto do tipo 2, tem uma probabilidade pelo menos cinco vezes

maior de sofrer infarto do miocárdio do que uma pessoa sem diabetes. (TEIXEIRA, 2008, p.205)

As paredes dos pequenos vasos vão ficando cada vez mais espessas, diminuindo o espaço interno para o sangue fluir. Eles costumam formigar e perder a sensibilidade, deixando de perceber dor ou calor. Por isso, machucam-se ou sofrem queimaduras com facilidade. Quando isso acontece, a pouca irrigação sanguínea não transporta matéria-prima suficiente para cicatrizar os tecidos. As feridas de diabéticos ficam muito tempo abertas, resultando em amputação, em 90% dos casos.

A insulina é liberada dentro da corrente sanguínea, quando a glicose aumenta, e se une às células, formando uma placa chamada de receptores. Uma vez unida aos receptores, a insulina permite que a glicose dos alimentos se mova da corrente sanguínea para dentro das células.

Durante o trabalho muscular, o consumo de glicose aumenta muito. Os dois hormônios pancreáticos (insulina e glucagon) intervêm na regulação do fornecimento de energia dos músculos que estão trabalhando.

A insulina acelera a entrada de glicose no interior das células e, dessa forma, produz uma diminuição no nível de glicose na corrente sanguínea. O glucagon, no entanto, acelera o desdobramento do glicogênio do fígado em glicose, com a qual aumenta a glicose sanguínea. Durante o trabalho muscular, o nível de insulina diminui, mas aumenta o de glucagon. Aqui aparece um benefício da atividade física ao portador de diabetes não-insulino dependente, a permeabilidade da membrana à glicose aumenta com a contração muscular, possivelmente em razão de um aumento da quantidade de transportadores de glicose associados à membrana plasmática (WILMORE e COSTILL, 2001).

A insulina tem dificuldade para agir no fígado e no músculo por causa de um fenômeno conhecido como resistência. Entende Teixeira (2008), que o exercício regular, com intensidade adequada, melhora a resistência e, portanto, o controle do diabetes. Uma pequena quantidade de exercício realizada frequentemente resulta em uma diminuição de glicemia. Essa diminuição pode persistir por horas ou dias, possivelmente relacionada ao aumento da sensibilidade à insulina no músculo.

O transporte de glicose para o interior das células periféricas (músculo esquelético, miocárdico e tecido adiposo) ocorre via GLUT 4 (GLUT = proteínas

transportadoras de glicose através da membrana citoplasmáticas), sob intensa estimulação insulínica. A resposta à estimulação insulínica se dá no sentido do maior recrutamento desses transportadores na membrana celular.

Os portadores de diabetes poderiam se beneficiar muito com a prática regular de exercícios físicos orientados por um profissional da Educação Física e a equipe multidisciplinar presente nos postos de saúde da família. Cada profissional tem sua contribuição para a melhora da qualidade de vida desses indivíduos, mas o que ocorre na grande maioria das cidades brasileiras é que não há o profissional da Educação Física, tão importante nos dias atuais, nos postos de saúde da família.

Muitos são os benefícios dos exercícios para portadores de diabetes, entre eles estão:

- 1- Aumenta a captação de glicose pelo músculo: durante o exercício físico, os músculos captam glicose mais eficientemente, a fim de produzir energia para a contração muscular.
- 2- Capta glicose no período pós-exercício: após o término da atividade, a musculatura continua captando glicose mais eficientemente, com objetivo de recompor o glicogênio muscular e hepático e recuperar o organismo;
- 3- Colabora na redução dos fatores de risco cardiovasculares;
- 4- Aumenta o fluxo de sangue muscular e a articulação de membros inferiores, principalmente nos pés, prevenindo os efeitos da aterosclerose;
- 5- Contribui para a redução do colesterol e triglicérides no sangue;
- 6- Colabora na redução da pressão arterial leve e moderada;
- 7- Reduz a perda de massa óssea (osteoporose), atuando como fator mecânico na reconstituição óssea;
- 8- Melhora a disposição geral e a sensação de bem-estar;
- 9- Aumenta a tolerância à glicose como resultado de uma maior utilização da glicose e do aumento da sensibilidade à insulina;
- 10- Aumenta a sensibilidade dos receptores a sua capacidade de ligação com a insulina (encaixes bioquímicos) em tecidos gordurosos, musculoso, músculos e outros órgãos, diminuindo a resistência da ação da insulina nesses tecidos;

Um estudo sobre o efeito do treinamento aeróbico versus treinamento resistido sobre o controle metabólico em pacientes diabético mellitus tipo 1 (

RAMALHO et al 2006, citado por TEIXEIRA, 2008) Em ambos os grupos, a dose de insulina foi reduzida. A redução na dosagem de insulina pode chegar em 50 a 90% da necessidade diária (GORDATTI E DA COSTA, 2005, p.378). Isso é de grande importância para o sistema público de saúde, pois colabora na redução de custos gastos na fabricação de insulina.

4.9 Atividade física e 3ª idade e sedentarismo

Evidência científica tem fortalecido a teoria de que o sedentarismo ao longo da vida é uma das principais causas da fragilidade física das pessoas idosas. Por meio da prática regular e orientada de atividades físicas como hábito de vida, os efeitos deletérios do processo de envelhecimento podem ser minimizados. A atividade física aumenta o bem-estar psicológico, aprimora as funções físicas e permite uma melhor integração social.

Entre os principais sistemas que sofrem influência do processo de envelhecimento, pode-se destacar o sistema muscular, articular e ósseo, o sistema cardiorrespiratório e o sistema nervoso. O maior problema associado ao envelhecimento é a perda da capacidade funcional e da independência. Um dos fatores que mais contribuem para que essa perda ocorra é o declínio da massa muscular, denominado sarcopenia, que acomete tanto mulheres quanto homens. Devido a essas mudanças, o treinamento de força pode ser um dos modos de treinamento de maior benefício para populações mais idosas que precisam aumentar a força musculoesquelética, massa muscular e densidade mineral óssea (SIMÃO, 2007, p.123)

Níveis moderados de força são necessários para suprir um número de atividades da vida diária, preservar a capacidade de participar de atividades sociais e de manter alguns hobbies na velhice. A perda substancial de força não somente dificulta a locomoção, mas também esta associada a um alto risco de quedas. Quando idosos caem, estes podem ficar acamados por muito tempo, em cadeiras de rodas ou chegar ao óbito em muitos casos.

O equilíbrio corporal revela significativa importância nas atividades da vida diária, como caminhar e ficar de pé, que são fundamentais na manutenção da autonomia dos idosos. O equilíbrio é incluído em programas de atividades físicas por sua importância na prevenção de quedas, bastante comum entre idosos.

Um programa de treinamento de força planejado adequadamente para resultar em aumentos significativos na massa muscular, na hipertrofia das fibras musculares, na síntese de proteína, na densidade óssea e na melhora do rendimento em atividades relacionadas à força.

A flexibilidade é uma capacidade física importante para a realização de atividades cotidianas, relacionadas, por exemplo, com a higiene pessoal e os cuidados com a habitação. Se houver a redução da flexibilidade no envelhecimento, pode ocorrer perda parcial da independência dos movimentos já no início da idade avançada.

O processo de envelhecimento produz mudanças no sistema nervoso central, resultando em grande redução na percepção sensorial e nas respostas motoras, podendo ser fatores contribuintes para diminuição da velocidade em idosos.

A perda da habilidade motora no envelhecimento, associada a uma redução na atividade física, pode resultar em um ciclo vicioso que alimenta o sedentarismo, a fraqueza e a fadiga. Esses fatores, aliados a doenças, à incapacidade e às patologias, geram uma maior tendência à inatividade e ao declínio funcional.

São muitos os idosos que procuram os postos de saúde da família. A grande maioria sedentários, com enfermidades, que geram muitos custos para o sistema público de saúde. Sem falar nas grandes filas que são formadas e na demora dos atendimentos. Demora esta, muitas vezes causadas pelo grande número de pessoas que necessitam de tais serviços.

A contribuição dos profissionais da Educação Física nos postos de saúde da família seria para a população idosa aumentar componentes da aptidão física como resistência aeróbia, flexibilidade, força, entre outras. Tornando-os pessoas fisicamente ativas, saudáveis, com autonomia e qualidade de vida. Os resultados viriam com o passar do tempo de prática de exercícios regulares. Entre esses resultados poderíamos esperar diminuição do uso de medicamentos, bem como suas doses, menos visita a PSFs para tratamento, diminuir gastos com a doença, prevenir possíveis piora no quadro clínico desses idosos.

3 CONCLUSÃO

Foi observado durante o transcorrer deste estudo que o Profissional da Educação Física é de extrema importância nos Postos de Apoio à Saúde da Família junto à equipe multidisciplinar. Todos são importantes para um resultado eficaz e desejável. A saúde é algo muito precioso na vida do ser humano e portanto deve ser preservada quando se tem e buscada quando se perde.

São muitas as patologias encontradas nos Postos de Apoio à Saúde da Família que podem ser tratadas com exercícios físicos a fim de obter melhoras significativas. Mas para tanto faz-se necessário a inclusão do Profissional de Educação Física junto à equipe que compõem a atual Estratégia Saúde da Família para prescrever e orientar a prática de exercícios físicos adequadamente.

O estudo demonstrou que as contribuições do Profissional da Educação Física nos Postos de Apoio à Saúde da Família são diversas, tanto para a prevenção, manutenção e/ou tratamento das patologias e distúrbios adquiridos.

É preciso entender que não basta apenas dar remédios aos doentes e formar um ciclo vicioso onde que as pessoas ficam tomando medicamentos como uma forma de atenuar o problema. Reduzir as doses é importante, banir o uso de medicamentos é mais importante ainda. Adotar hábitos saudáveis da prática de exercícios físicos tem que fazer parte da vida de todas as pessoas se quiserem obter/manter a saúde.

É preciso que haja mais investimento em locais para a prática orientada de exercícios físicos, equipamentos da área de fitness, bem como contratação de profissionais da Educação Física para atuarem nos Postos de Saúde da Família em parceria com os outros profissionais da saúde. Por parte dos profissionais da Educação Física é preciso que eles se mobilizem também para que suas vagas neste segmento sejam garantidas.

REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA-CREF 1.

http://www.cref1.org.br/estatuto_TIT_II.php(acesso em 13-10-10)

CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA-CREF 13

http://www.cref13.org.br/PORTARIA_154_NASF.doc(acesso em 20 de novembro de 2010)

III CBHA. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**, 1998; Tratamento não-medicamentoso ou modificações do estilo de vida;p.15.

GORGATTI, Márcia Greguol; DA COSTA, Roberto Fernandes. **Atividade física adaptada**: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais. Barueri-SP: Manole, 2005.

HOLLMANN, Wildor; HETTINGEER, Teodor. **Medicina do esporte**: fundamentos anaômico-fisiológicos para a prática esportiva. 4ª ed. Barueri-SP: Manole, 2005.

LEONEL, Carla. **Medicina mitos e verdades**: perguntas e respostas para as dúvidas mais freqüentes, em todas as especialidades médicas. 57ª ed. São Paulo-SP: Cip, 2002.

NIEMAN, David C. **Exercício e saúde**: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo-SP: Manole, 1999.

PITANGA, Francisco José Godim. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde**. 2. ed. São Paulo: Phorte, 2004.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

http://pt.wikipedia.org/wiki/Programa_Sa%C3%BAde_da_Fam%C3%ADlia (acesso em 08-11-2010)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA

http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/NASF_orientacoes_PORTARIA_N%C2%BA154.doc (acesso em 20 de novembro de 2010)

SIMÃO, Roberto. **Fisiologia e prescrição de exercícios para grupos especiais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Phorte, 2007.

SOUSA, L. Matos; VIRTUOSO, J. Sindra. **A efetividade de programas de exercícios físicos no controle do peso corporal**. In : Revista saúde.com.2005.

TEIXEIRA, Luzimar. **Atividade física adaptada e saúde**: da teoria à prática. São Paulo: Phorte, 2008.

WEINECK, Jurgen. **Atividade física e esporte**: Para quê?. Barueri-SP: Manole, 2003.

_____ **Biologia do esporte**. 7. ed. Barueri-SP: Manole, 2005.

WILMORE, Jack H; COSTILL, David L. **Fisiologia do esporte e do exercício**. Barueri-SP: Manole, 2001.