

RESGATE DA AUTOESTIMA EM IDOSOS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO SOBRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO EDUCADOR FÍSICO

Rosilândia Donato Silva Barbalho ¹
Ricardo Henrique Vieira de Melo ²

RESUMO

Este artigo possui o objetivo de relatar a experiência de atuação do Profissional de Educação Física, enquanto componente da equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica de Nazaré (Natal/RN), em um grupo terapêutico da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade, no contexto na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um relato do tipo narrativo-descritivo, reflexivo, de uma experiência desenvolvida entre maio de 2018 e meados de 2019. As reflexões foram norteadas pelos aportes sociológicos da teoria do reconhecimento de Axel Honneth. As principais limitações foram: a dificuldade de adesão às mudanças de hábitos; a conciliação com as rotinas domésticas e laborais; a infraestrutura do espaço, pela superlotação e acústica inadequada; a ausência de equipamentos/insumos específicos para a prática das atividades físicas. Entre os aspectos positivos, destacaram-se: a melhoria da aptidão física; a promoção do movimento humano; a partilha de histórias de vida; a superação das dificuldades; o resgate da identidade pessoal e corporal. A continuidade das atividades poderá contribuir para a redução do sobrepeso e da obesidade, consolidando a prática cotidiana de exercícios físicos associados a outras iniciativas que reforcem a cultura de hábitos de vida saudável, para que possa evitar as complicações vinculadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Palavras-chave: Sobrepeso, Obesidade, Estilo de Vida, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A incidência e a prevalência da obesidade na população brasileira crescem cada vez mais a níveis elevados relacionando-se a uma maior morbimortalidade e a piora da qualidade de vida. Vários estudos apontam para a necessidade de programas efetivos no controle do peso. O diagnóstico é relativamente simples e de baixo custo, exigindo apenas medidas do peso, altura e da circunferência abdominal. Há melhora clínica a partir de modestas reduções ponderais, inclusive de doenças correlacionadas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes e dislipidemias (BRASIL, 2015).

¹ Educadora Física do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica de Nazaré, Natal (RN), rosebarbalho@live.com;

² Odontólogo da Estratégia Saúde da Família de Nazaré, Natal (RN), ricardohvm@gmail.com.

A prática regular de atividade física deve ser encorajada, incluindo-se atividades domésticas, pequenas caminhadas e atividades de lazer em geral, pois são imprescindíveis a perda e manutenção do peso. Devem ser iniciadas aos poucos, de acordo com a tolerabilidade e avaliação individualizada de cada paciente, sendo o nível aumentado gradativamente até um ritmo entre o caminhar e o correr cerca de uma hora, todos os dias. Mesmo pacientes idosos com insuficiência cardíaca e/ou pós infarto do miocárdio se beneficiam do treinamento físico, incluso em programas de reabilitação cardiorrespiratória (ARANTES, 2006).

O sobrepeso e a obesidade são decorrentes do acúmulo de gordura no organismo, que está associado a riscos para a saúde, devido à sua relação com várias complicações metabólicas. São agravos multifatoriais com causas relacionadas a questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Trata-se de uma condição crônica e constitui um fator de risco para outras doenças não transmissíveis, como: Cardiovasculares e Diabetes Mellitus. No Brasil, o percentual de adultos com excesso de peso é de 55,4%, sendo que, destes, 22,39% são obesos (BRASIL, 2015).

Conforme Brasil (2013), a Matriz Diagnóstica orientadora para adesão à Prevenção e Tratamento de Sobrepeso e Obesidade, como Linha de Cuidado Prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Tratamento Cirúrgico da Obesidade tem, entre seus objetivos: implantar a linha de cuidados aos indivíduos com sobrepeso e obesidade; redefinir e organizar as ações e serviços de prevenção e tratamento de sobrepeso e obesidade; diagnosticar a população assistida; identificar o risco da população, de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades; utilizar sistemas de informação, que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão dos casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; investigar e monitorar as principais determinantes do sobrepeso e obesidade; articular ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável; capacitar os profissionais de saúde envolvidos para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade.

No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m² e com obesidade aqueles com IMC igual ou maior que 30 kg/m², sendo a obesidade classificada em: Grau I: indivíduos que apresentem IMC entre 30,0 e 34,9 Kg/m²; Grau II: indivíduos que apresentem IMC 35,0 e 39,9 Kg/m²; e Grau III: indivíduos que apresentem IMC maior do que 40,0 Kg/m² (BRASIL, 2014a).

A atuação das ESF no escopo dessa linha de cuidado deve ser norteada pelas seguintes premissas: articular atores sociais locais; coletar e analisar as informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional; monitorar a situação nutricional da população adscrita com base em indicadores; participar no desenvolvimento de ações de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; conhecer e estimular a produção e consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente; promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas comunitárias; elaborar e divulgar material educativo e informativo sobre práticas alimentares saudáveis; promover ações de Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito domiciliar; promover orientações sobre rotulagem nutricional (composição e valor calórico) como instrumento de letramento para seleção de alimentos; realizar orientações nutricionais às diferentes fases do curso de vida, com atenção prioritária a hipertensos, diabéticos, nutrízes, crianças, idosos, acamados, entre outros; elaborar rotinas de atendimento para doenças relacionadas à alimentação e nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica; participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção aos distúrbios nutricionais (TOCANTINS, 2015).

A criação dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) foi essencial para o planejamento de combate à obesidade, pois ampliaram a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Os NASFs são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes formações ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando as equipes de Atenção Primária à Saúde. Constituem-se em retaguarda especializada desenvolvendo um trabalho compartilhado e colaborativo. A responsabilização compartilhada ESF/NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade fortalecendo seus atributos e coordenação do cuidado no Sistema Único de Saúde (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013).

Vale salientar que o Plano Municipal de Saúde de Natal (RN), descreve alguns objetivos para o incentivo ao fortalecimento e execução de ações de vigilância em saúde, que incluem o controle e monitoramento dos riscos referentes ao sobrepeso/obesidade. O desenvolvimento de ações que promovam a melhoria das condições de saúde dos idosos e portadores de doenças crônicas mediante a qualificação da gestão e da organização da rede de

atenção à saúde, dentre outras, se configuram como alternativas de garantia de acesso com qualidade aos serviços de saúde disponíveis no município (NATAL, 2014a; 2014b).

Diante do exposto, este artigo se propõe a relatar a experiência de atuação do Profissional de Educação Física, enquanto componente da equipe multiprofissional do NASF/Nazaré (Natal/RN), em um grupo terapêutico da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade, no contexto na Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do tipo narrativo-descritivo, reflexivo, com características de estudo de caso apoiado em análise documental dos relatórios de informações consolidadas a partir do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

O cenário da prática foi a unidade de saúde situada no bairro Nossa Senhora de Nazaré sob a gerência do Distrito Sanitário Oeste, que trabalha com a clientela de área de abrangência da ESF, porém com porta aberta para: pré-natal, imunização, portador de tuberculose e hanseníase, tratamento de feridas, coleta de citologia oncológica, acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família e entrega de medicamentos que constam na lista da farmácia básica.

O referido bairro é predominantemente residencial, surgido na década de 1950 e que possui uma população de 42.795 habitantes distribuídos territorialmente em 864,341 Km², com forte presença de pontos comerciais. Apresenta alguns contrastes sociais, desde residências de maior padrão econômico até um grande número de vilas. Não existem favelas no bairro. Possui intensa rede de parentesco em seu território, o que contribui para o desenvolvimento de uma boa relação de vizinhança. A população residente é composta por 53,43% de mulheres e 46,57% de homens. O saneamento residencial alcança 92,33% o acesso à água tratada é 90,89%. O bairro possui 90% de drenagem e 95% de ruas pavimentadas. Existem duas praças, oito escolas, sendo quatro públicas e quatro privadas. Uma creche particular e uma pública. Tem um conselho comunitário e nenhum serviço de segurança pública. A Unidade de Saúde da Família possui 16 micro áreas, com três equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal (LIMA, 2003).

O total de participantes do grupo foram, inicialmente, 36 pessoas, 74,29% do sexo feminino, sendo que 21 permaneceram durante um ano, espaço temporal considerado para as

reflexões abordadas no relato. Os critérios de inclusão foram: possuir sobrepeso e IMC < 35; ter realizado avaliação biomédica prévia através de consultas e exames complementares solicitados, de rotina, pelo médico generalista da ESF, e, eventualmente, por endocrinologista, cardiologista, neurologista, entre outros, da rede de atenção à saúde; ter participado das atividades do grupo durante o ano de 2018; ter realizado o teste de aptidão física (potência aeróbica; flexibilidade articular; força e endurance; equilíbrio; flexão dos braços, levantamento de joelhos).

As atividades físicas/corporais aconteceram nas terças e quintas, das 7:00 às 8:00 horas, em um salão climatizado na própria unidade de saúde e, eventualmente, em outros espaços do território (estacionamento, quadra escolar, praça comunitária). Foi feita a aferição da pressão arterial em todos, antes e após os exercícios. O Educador Físico supervisionou o controle da intensidade das caminhadas, a duração, a frequência dos exercícios, os aquecimentos e os alongamentos.

O grupo também participou de encontros quinzenais de atividades coletivas, através de roda de conversa, com a mediação multiprofissional (pelo NASF, ESF e convidados externos) e discussão de temas diversos para suporte e esclarecimentos que permeiam o contexto do sobrepeso/obesidade. Também foi verificado, ao longo do período, o índice de massa corporal (IMC), e realizados o preenchimento do mapa nutricional, a revisão, o acompanhamento e o incentivo à adesão à dieta.

As reflexões foram norteadas pelos aportes sociológicos da teoria do reconhecimento, proposta por Honneth (2003), onde o reconhecimento social acontece durante as interações humanas, em três dimensões: confiança, após experiências de amor e afeto na esfera da intimidade; respeito, decorrente da dignidade da igualdade de direitos; estima, pela valorização alcançada na solidariedade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O plano brasileiro de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) visa preparar o país para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, essas doenças, entre as quais o acidente vascular encefálico, o infarto, a hipertensão arterial, o câncer, a diabetes e as doenças respiratórias crônicas. Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além de fatores de risco modificáveis,

como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção. Tais doenças têm, entre seus determinantes modificáveis, fatores de risco em comum: tabagismo, álcool, sedentarismo, alimentação não saudável e obesidade (BRASIL, 2014c).

Para o desenho de uma abordagem integral das DCNT, é fundamental a atuação nos níveis de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, articulando ações da linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica. Na primeira, situam-se ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização da RAS. Na segunda dimensão, a atuação das equipes na linha do cuidado e vinculação e responsabilização do cuidador, com acompanhamento longitudinal e a produção da autonomia do usuário. O modelo de atenção aos portadores de doenças crônicas implica em componentes do suporte ao autogerenciamento, empoderamento e autonomização desses portadores, com investimento em aconselhamento, educação e informação e avaliação (MALTA et al, 2011).

As figuras 1 e 2 mostram, respectivamente, as comorbidades e os principais medicamentos utilizados pelos participantes, associando as DCNTs visualizadas à forte dependência dos remédios alopáticos mais comuns. A complexidade da determinação social envolvida na cadeia de causas deste problema exige abordagens multidisciplinares e intersetoriais, para que seja possível incorporar hábitos saudáveis no cotidiano dos participantes.

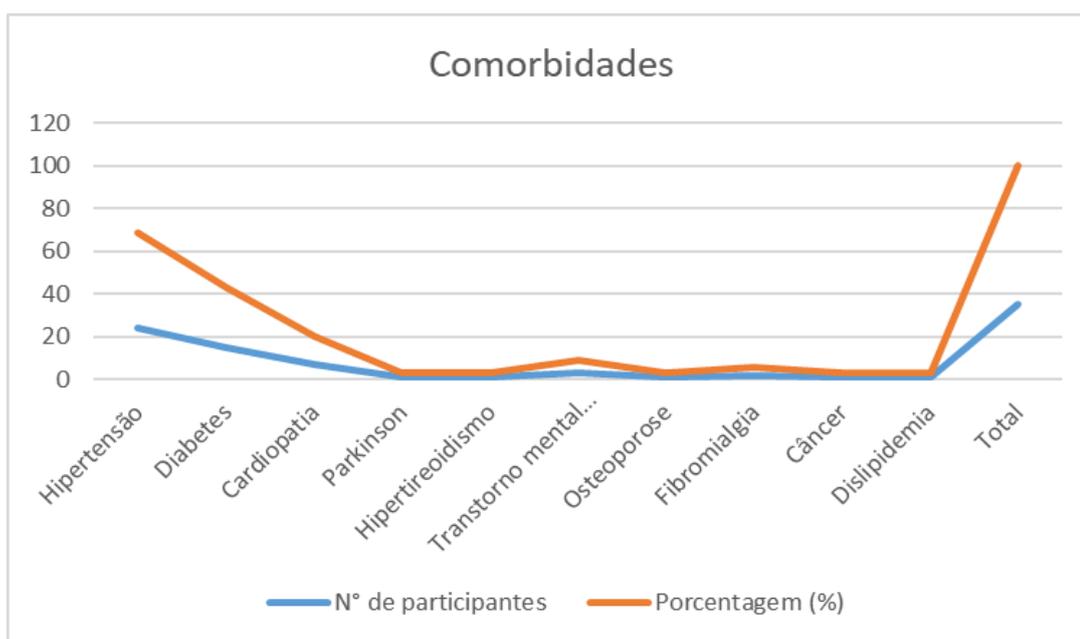


Figura 1: Comorbidades em função do número de participantes, 2019.

O sedentarismo, o tabagismo, a alimentação inadequada, os baixos níveis de coesão social e laços de vizinhança, relacionados ao estilo de vida da população em geral, somados à oferta ainda discreta de ações de promoção da saúde, contribuem para a baixa adesão aos programas de incentivo a práticas corporais e atividades físicas. Este amálgama social induz a elevação dos riscos de incremento da incidência de doenças do aparelho circulatório, bem como a ocorrência de sequelas (MALTA, 2013).

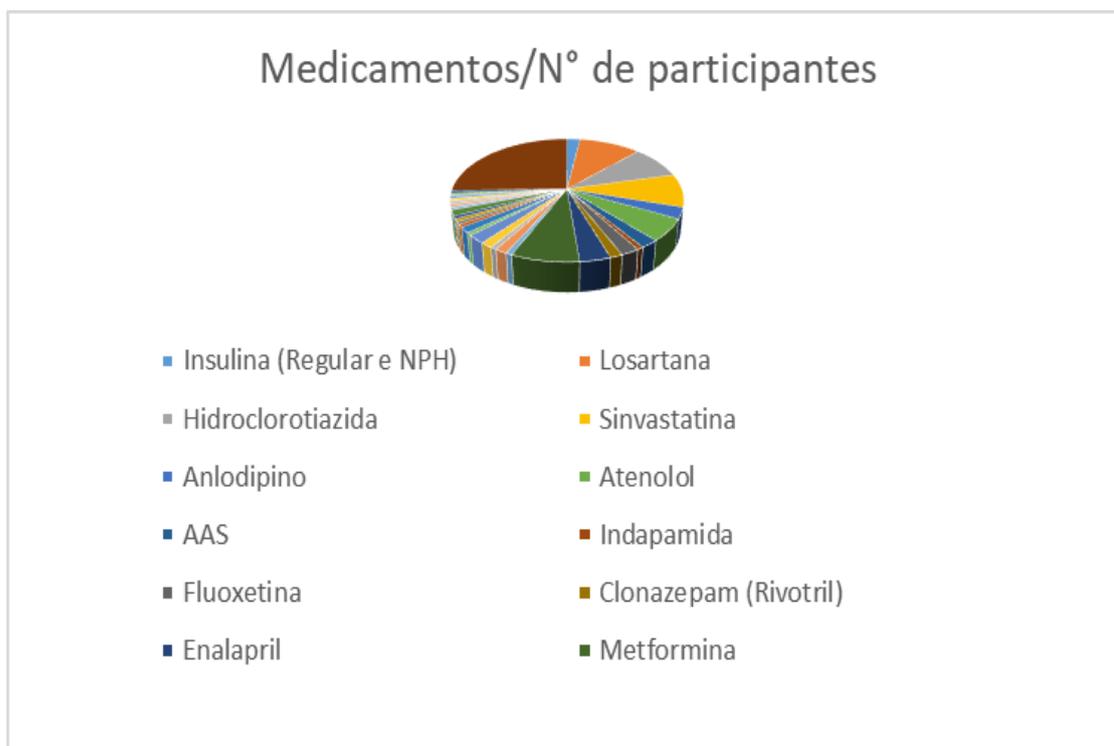


Figura 2: Medicamentos utilizados em função do número de participantes, 2019.

O corpo pode ser apreendido enquanto o próprio ser humano atado ao mundo em que vive. Um dispositivo capaz de facilitar o sujeito social a reencontrar o humano, através de experiências liberatórias de si mesmo, desprendendo novas significações da vida e da saúde, com reflexões criativas, afetivas e singulares. Nesta direção, o cuidado de si parece poder ser estimulado por práticas em saúde, permitindo aos sujeitos envolvidos a percepção da consciência corporal, identificando movimentos corporais significativos (MERLEAU-PONTY, 1999; MARTINS, 2007).

Ao tratar do cuidado de si, não podemos deixar de lado o caminho para se chegar a esse cuidado. Só é possível cuidar de algo quando tomamos consciência sobre o que, de fato, será cuidado. Então, para cuidar do corpo, teremos que ter consciência do mesmo, uma

consciência corporal, que significa tomar consciência do próprio eu e do corpo como um todo. (BERTHERAT; BERNSTEIN, 2001).

A atividade física é um importante meio de promoção da saúde, principalmente dos idosos. As vantagens do exercício regular e da atividade física contribuem para um estilo de vida independente e saudável, prevenindo quedas, fortalecendo os músculos das pernas e costas, melhorando os reflexos e a sinergia motora das reações posturais; facilita a velocidade de andar, aumenta a flexibilidade e mantém o peso corporal. Também promove melhoria na mobilidade e diminui o risco de doença cardiovascular e, além tudo, tem a magia social de deixar a vida mais alegre (COSTA et al, 2008).

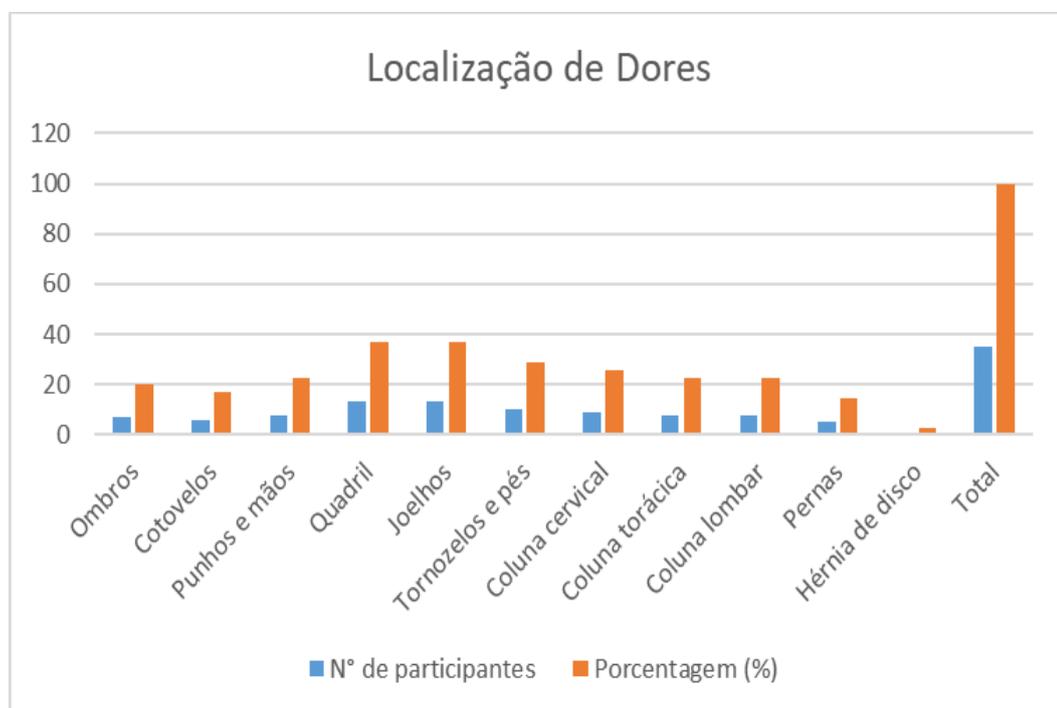


Figura 3: Localização das dores em função do número de participantes, 2019.

Foi possível perceber que a maioria dos participantes demonstrou ou despertou o potencial de cuidar de si após as aproximações com seu corpo e práticas envolvendo sua consciência corporal, experimentando a sensação de valorização pessoal, familiar e comunitária. O corpo humano é condição de existência e está atado ao mundo em que vive. Além de ser objeto, é sujeito; visível e invisível, impreciso, polissêmico e inacabado. O lúdico germina nas experiências vividas pelos sujeitos, em cada contexto singular, estando relacionado a diversos interesses, pessoais ou coletivos, mesmo em momentos de contradições, conflitos e tensões (MENDES; MELO, 2010).

Entre as principais limitações estão: a dificuldade dos participantes em aderir ao programa e às mudanças de hábitos insalubres, principalmente em relação à educação alimentar; a necessidade de alguns idosos de ter que cuidar dos netos enquanto os filhos, genros e noras trabalham, causando faltas aos encontros do grupo e prejudicando o ritmo das atividades corporais, comprometendo os benefícios a longo prazo; a infraestrutura do espaço destinado às atividades físicas, muitas vezes devido à superlotação e ambiente acústico deficitário, causando incômodo e pequenos conflitos com alguns profissionais e trabalhadores de saúde; ausência de equipamentos/insumos específicos para a prática das atividades físicas (kettebell, caneleiras, cones, elásticos, escada de agilidade, body jump, colchonetes, alteres, bolas de pilates, entre outros).

Já, em relação aos aspectos positivos, figuram: verificar, através da atuação e estímulo profissional, que as pessoas melhoraram suas aptidões físicas; perceber que o movimento humano é possível em qualquer idade, principalmente nos idosos; partilhar histórias de vida, de superação de dificuldades, pelo resgate do desejo de viver mais feliz, compartilhando lições de vida, pela convivência com as limitações causadas pelas DCNT; Despertar a consciência corporal, resgatando a corporeidade, a identidade corporal e o cuidado de si e do outro.

Na visão de Honneth (2013), experiências afetivas/amorosas asseguram a sensação de segurança, de confiança, que são pré-requisitos psicológicos para a busca pelo auto respeito e/ou pela auto estima. Existe uma intersubjetividade vinculante onde os esforços só podem ser valorizados graças à contribuição de cada um para a vida social. A estima surge a partir de uma confiança emotiva no valor de suas realizações (auto estima), pois se baseia na valorização que o sujeito atribui a si mesmo por se saber dotado da estima dos outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A continuidade das atividades poderá contribuir para a redução do sobrepeso e da obesidade, consolidando a prática cotidiana de exercícios físicos associados a outras iniciativas que reforcem a cultura de hábitos de vida saudável, para que possa evitar as complicações vinculadas às DCNT.

A ação transformadora local revelou certo impacto social, pela contribuição para a inclusão de grupos sociais, e no desenvolvimento de meios e processos de produção capazes

de incluir o corpo, prevenindo sofrimentos emocionais, pelo combate aos estados de ansiedade, tristeza, depressão e isolamento social.

A sensação de reconhecimento social é capaz de fazer circular afetividades e de estimular o acesso a direitos universais e a solidariedade, nos espaços de encontro, durante as ações de cuidado em saúde, alcançando confiança e estima, após uma permuta de afetos, e assentimento solidário.

A longitudinalidade do cuidado, referendada pela continuidade da companhia e do apoio social, é função e fomento do compartilhamento da rotina cotidiana, que transmite cultura, construindo novos sentidos, rituais e modos de viver. Portanto, o apoio emocional e o suporte biomédico remetem a um mecanismo de ajuda mútua capaz de compartilhar informações, auxiliar em momentos de crise, aumentando a autoestima e a vontade de viver, ao mesmo tempo em que cria uma sensação de coerência e controle de seus destinos, favorecendo o empoderamento de indivíduos e grupos.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Daniel Victor. Impacto do tratamento de sobrepeso/obesidade sobre os níveis de pressão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam e Com.* Rio de Janeiro, v.2, n° 7, out / dez 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 670, de 03 de junho de 2015.* Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

_____. *Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: manual instrutivo.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

_____. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

_____. *Portaria 424, de 19 de março de 2013.* Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BERTHERAT, T.; BERNSTEIN, C. *O corpo tem suas razões: antiginástica e consciência de si.* 19ª ed. São Paulo, 2001.

COSTA, S. M. et al. Caminhada saúde e vida: fortalecendo as práticas corporais e atividades físicas do Grupo Viver. *Divulg. saúde debate*, Rio de Janeiro, n. 42, p. 51-56, Abril. 2008.

HONNETH, Axel. *A luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed 34, 2003.

LIMA V. M. F. Nazaré: um bairro construído pelos moradores. Em busca do entendimento da produção do espaço através do processo de formação de territorialidades e identidades urbanas. *Anais do X Encontro Nacional da ANPUR*. ANPUR: Maio, 2003.

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília: n.22, v.1, p.151-164, 2013.

MALTA, D. C. et al. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, out.-dez. 2011.

MARTINS, P. H. O paradigma energético e os novos significados do corpo e da cura. In: PELIZZOLI, M. (Org.). *Bioética como novo paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2007.

MENDES, M. I. B. S. et al. Corpo e cuidado de si na Estratégia Saúde da Família na interface Universidade-Serviço-Comunidade. In: MACHADO, M. F. A. S.; DIAS, M. S. A.; FORTE, F. D. S. (Org.). *Promoção da saúde: um tecido bricolado*. Sobral: Edições UVA, 2015, p. 109-128.

MENDES, M. I. B. S.; MELO, J. P. Notas sobre corpo, saúde e ludicidade. In: MENDES, M. I. B. S.; OLIVEIRA, M. V. F. (Org.). *Cenários lúdicos em Unidades de Saúde da Família*. Natal: IFRN, 2010. p.17-30.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da Percepção*. 2ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1999.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. *Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal*. Versão Preliminar – Profissionais e Gestores. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2014a.

_____. *Diretrizes, Objetivos e Metas do Plano Municipal de Saúde 2014 -2017*. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2014b.

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. *Linha de cuidados para sobrepeso e obesidade*. Palmas, TO: Secretaria Estadual de Saúde, 2015.