

PROGRAMA SÃO LUÍS EM MOVIMENTO: AVANÇOS E DESAFIOS

Ana Karine Pires Miranda
Cláudia Vanisse C. M. Silva
Romulo Bruzaca Soares
Patrícia R. R. Seguins
Jakson Pinto Sousa
Regina Silva Asevedo
Lucilene Cunha Rodrigues Duailibe
Raquel Sampaio da Silva
Lívia Raquel Campos Bruzaca
Claudete Maria Piedade
Ivone Guimarães Ferreira
Maria Elza Lima Sousa

RESUMO

Este artigo relata a experiência do Programa São Luís em Movimento na capital do Maranhão, São Luís, como resultado do Plano Nacional de Saúde. Na tentativa de atuar nos fatores de riscos modificáveis nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's), quais sejam o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física, o programa em questão inaugurou três Polos de atividade física associados à alimentação saudável. Como resultados percebe-se mudanças no comportamento relacionados a prática de exercícios físicos e hábitos alimentares dos usuários que utilizam os serviços oferecidos pelos Polos contribuindo para a redução dos índices das DCNT's nesse município.

Palavras-chave: Alimentação Saudável. Exercício Físico. Polos. DCNT's.

RESUMEN

Este artículo dice la experiencia del Programa São Luís en Movimiento, en capital del Maranhão. En la tentativa de actuar en los factores de riesgos modificables en las enfermedades de transmissible crónicas (DCNT s), que son tobaccoism, alimentación no saludable y inactividad física, el programa inauguró tres regiones polares de los asociados físicos de la actividad a alimentación saludable. Los resultados perciben cambios en el práctico relativo a la conducta de ejercicios físicos y de hábitos alimenticios de los usuarios que utilizan los servicios ofrecidos para las regiones polares que contribuyen para la reducción de DCNT s en esta ciudad.

Palavras-chave: Alimentación Saludable. Ejercicio Físico. Regiones Polares. DCNT's.

ABSTRACT

This article reports the experience of the Program in Movement St. Louis in capital of Maranhão. It's result of the National Health In an attempt to act on modifiable risk factors in most non-transmissible chronic diseases (DCNT ' s), which are to smoking, diet and physical inactivity not healthy, the program in question opened three pole of physical activity associated with healthy eating. These result are perceived changes in behavior related to the practice of physical exercise and dietary habits of users who use

the services offered by pole contributing to the reduction of rates of DCNT's this municipality.

Key words: Healthy Eating. Exercise. Pole. DCNT's.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) representam um problema de saúde no cenário mundial, porém prevalecem nos países em desenvolvimento.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), são as Doenças Crônicas as principais causas de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro, resultante das grandes mudanças no estilo de vida das pessoas relacionadas aos hábitos alimentares, níveis de atividade física e fumo. Além disso processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e crescente globalização no mercado de alimentos têm contribuído na mudança desses hábitos possibilitando um cenário crescente com relação as DCNT's.

Doenças Cardiovasculares, Diabetes, Obesidade, Câncer e Doenças Respiratórias são as principais patologias conhecidas como Doenças Crônicas, consideradas não transmissíveis em virtude da não existência de um vetor direto para sua disseminação. Essas doenças são responsáveis por sequelas graves podendo levar a óbito pessoas que desenvolvem uma ou mais de uma destas patologias..

Quadros envolvendo tais fatores podem ser modificados por meio de mudanças simples nos hábitos diários relacionados tanto a alimentação quanto a prática de atividade física.

O objetivo deste trabalho é relatar sobre o Programa São Luís em Movimento criado em São Luís, capital do Maranhão, na tentativa de conter os avanços das DCNT's neste município. O artigo em questão traz nos tópicos seguintes a contextualização das DCNT's no cenário mundial, nacional e local, seguido da descrição do surgimento do Programa em questão, bem como seus resultados, avanços e desafios.

2 CENÁRIO DAS DCNT's

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCNT's correspondem por 78% da carga global e 85% da carga de doenças do aparelho circulatório. Em 1998, as DCNT foram responsáveis por 59% da mortalidade, cerca de 31,7 milhões de óbitos e 43% da carga global de doenças (BARRETO et al., 2005).

As DCNT's correspondem à maior proporção das mortes nos países industrializados e nos emergentes. Para esses últimos as projeções são pessimistas: concentrarão o maior número de mortes por DCNT's e a maior população mundial com essas doenças em torno do ano 2050. (LESSA, 2004)

As doenças crônicas não transmissíveis apresentam como características uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, além de estarem associadas a deficiências e incapacidades fundamentais (OPAS apud BRASIL, 2005). Dentro das patologias de maior incidência no grupo das DCNT's encontram-se a Hipertensão Arterial, Diabetes

Melitus, Neoplasias, Doenças cérebro-vasculares, Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas.

Apesar das causas incertas relacionadas as DCNT's, seu aumento está diretamente relacionado pela combinação de dois fatores importantes, que associados entre si potencializam ainda mais o quadro de gravidade das mesmas. São eles: a alimentação inadequada e o sedentarismo. No mundo todo, as pessoas têm consumido alimentos de grande valor energético, grande quantidade de açúcar, gorduras insaturadas, muito sal em contrapartida têm gasto pouca energia por meio de exercícios físicos.

Anualmente, os infartos e derrame matam 12 milhões de pessoas (7,2 milhões por causa da cardiopatia isquêmica e 5,5 milhões devido a acidente vasculares cerebrais). Além disso, 3,9 milhões de pessoas morrem por hipertensão e outras cardiopatias anualmente. [...]

Estima-se que 177 milhões de indivíduos são diabéticos, a maioria com diabetes tipo 2 e dois terços deles vivem em países em desenvolvimento. [...]

O excesso de peso afeta mais de um bilhão de adultos no mundo e pelo menos 300 milhões são clinicamente obesos. (p. 8 e 9, OPAS, 2003)

No Brasil, durante quatro décadas os brasileiros têm convivido com doenças cardiovasculares como principal causa de morte, com sucessivo aumento da mortalidade por diabetes e ascensão de algumas neoplasias malignas (LESSA, 2004) sobrecarregando os recursos gastos na atenção secundária e terciária no sistema hospitalocêntrico.

Seguindo a tendência mundial referente as DCNT's, Araújo (apud BRASIL, 2005) menciona dois processos que têm produzido importantes mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira. O primeiro, denominado “transição demográfica”, oriundo do aumento progressivo na expectativa de vida resultante em um expressivo aumento populacional de pessoas idosas acarretando uma demanda importante para o sistema de saúde.

O segundo processo caracteriza-se pela “transição epidemiológica” decorrente das diferenças sócio-econômicas e de acesso à saúde, reforçados pelos fatores de risco, principalmente os relacionados aos de natureza comportamental tais como: sedentarismo, dieta por meio das alimentações inadequadas, dependência química (tabaco, álcool, entre outras drogas) associados também a hipertensão arterial e obesidade.

[...] os comportamentos de risco para DNT (*doenças não-transmissíveis*) estão associados positivamente aos indivíduos de menor escolaridade que, no Brasil, [...], é uma variável diretamente associada a baixa renda (pobreza). Em relação aos chamados fatores protetores, como o consumo de frutas verduras e legumes, ocorre o inverso, onde o maior consumo de legumes, verduras e frutas está associado aos indivíduos de maior escolaridade. (BRASIL, p.31, 2005, grifo nosso)

Com relação ao quadro das DCNT's no município de São Luís, este foi traçado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2008), e quatro aspectos deste documento receberam destaque: fisicamente inativos, excesso de peso, obesidade e consumo alimentar.

	São Luís	Média Brasil	Maior Incidência
Fisicamente Inativos	26,8%	29,2%	35,1% (Natal)
Excesso de Peso	34,1%	43,0%	45,0% (Cuiabá)
Obesidade	8,7%	11,4%	13,9% (João Pessoa)
Consumo Alimentar	50,2%	44,1%	53,5% (Porto Alegre)

Referente ao consumo alimentar, o VIGITEL (2008) adotou como ideal, o consumo mínimo diário recomendado de 400 gramas ou, aproximadamente, cinco porções diárias de frutas e hortaliças (legumes e verduras). Frente a isso, em São Luís a frequência de adultos que consomem frutas em cinco ou mais dias da semana, independente do número de porções, doravante denominado consumo regular de frutas, alcançou seu maior valor (61,5%) em comparação a Boa Vista (31,7%), capital que alcançou menor valor entre as demais do país.

Com relação ao consumo regular de hortaliças, São Luís apresentou menor valor entre mulheres (33,7%), com relação a Belo Horizonte com maior valor (70,1%). Entre os homens, São Luís não se apresenta com os piores índices (31,6%) se comparado a Belém com 23,9%.

Associado a todos os fatores acima mencionados, a forma como tais doenças tem sido tratadas no país demonstram pouca eficiência com relação ao seu controle.

No contexto epidemiológico e social do Terceiro Mundo, as previsões futuras para o Brasil, em relação às DCNT, até o momento, são sombrias. Persistem as políticas de saúde do País em optar maciçamente pela medicina curativa, pelo atendimento e tratamento das DCNT em serviços de urgência, emergência ou sob hospitalizações. O custo elevado dessas opções, obviamente reconhecido, não favorece as mudanças desejáveis. (LESSA, 2004)

Entretanto, apesar da prevalência da medicina curativa, novas estratégias têm sido utilizadas para conter os avanços das DCNT'S, com políticas de promoção da saúde.

Diante do crescente quadro das Doenças Crônicas no Brasil, em 2003 realizou-se na cidade do Rio de Janeiro, o Terceiro Fórum Global da OMS para prevenção e controle das DCNT's. Esse evento foi importante na sensibilização dos gestores de Vigilância das Secretarias Estaduais de Saúde resultando, no ano de 2004, na criação do Plano Nacional de Saúde, que tem como principal foco atuar e reduzir sobre os fatores de riscos modificáveis e comuns a maioria das doenças crônicas – tabagismo, alimentação não-saudável e inatividade física (BRASIL, 2005).

Entre as várias ações do Plano, em 2007 foi lançado o documento Política Nacional de Promoção da Saúde cuja intenção é ampliar e qualificar as ações de

promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde. Seu principal objetivo é:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (p.17, 2006)

Tendo a saúde como foco principal, o documento em questão estabelece ações específicas relacionadas as DCNT's envolvendo diretamente: a alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo e redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool entre outras drogas.

Diante a exposição destes resultados e a meta em cumprir o objetivo estabelecido pela Política Nacional da Saúde, no ano de 2008 a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, desenvolveu o Programa São Luís em Movimento.

Este Programa faz parte de um Projeto Municipal de Estratégia Global cujas ações desenvolvidas congregam prática corporal/atividade física associadas a alimentação saudável.

3 PROGRAMA SÃO LUÍS EM MOVIMENTO: avanços e conquistas

Sob a Coordenação da Vigilância Epidemiológica e responsabilidade da Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, o Programa São Luís em Movimento elaborado a partir da seleção do edital de Práticas Corporais/Atividade Física, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde, tem como principal objetivo contribuir na melhoria da qualidade de vida através do combate ao sedentarismo, estímulo à alimentação saudável, prevenção e controle das DCNT's.

Como resultado das suas ações, em abril de 2008 foi inaugurado o primeiro Polo de Atividade Física, localizado em um bairro central da capital. Em agosto e outubro desse mesmo ano foram inaugurados mais dois polos em bairros diferenciados da capital. Um deles funciona em parceria com a Secretaria Municipal de Segurança Alimentar (SEMSA).

A equipe de profissionais, com atuação direta no Programa, é formada por cinco professores de Educação Física, uma nutricionista, uma enfermeira, três técnicas em enfermagem, uma Psicóloga, além de três estagiárias de nutrição. Os técnicos efetivos são oriundos de concurso público, o que representa uma garantia legal de continuidade do Programa, pois mesmo mudando as futuras gestões governamentais locais, deve-se dar sequência a Política Nacional de promoção da saúde, por meio de práticas de atividade física em associação a alimentação saudável oferecidas de forma gratuita a população.

Referente ao atendimento ofertado a população, o Programa São Luís em Movimento desenvolve como ações: atendimentos a população com idade acima de 16 anos por meio de avaliações físicas e nutricionais; prescrição de exercícios; caminhada orientada; aulas de ginástica e alongamento; aferição de pressão arterial, além de seminários de capacitação para agentes dos Programas de Agentes Comunitários e Programas de Saúde da Família; palestras para a população em geral através de ações

pontuais estabelecidas em um cronograma anual e Ginástica Laboral para funcionários da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

O programa também oferece atendimento psicológico, porém este acontece por demanda referenciada. É voltado para os usuários que tenham problemas relacionados a distúrbios alimentares detectados por meio das anamneses feitas em avaliações físicas e nutricionais.

Todas as informações são coletadas por meio de uma ficha de avaliação física e nutricional cujos dados alimentam um banco de informações contribuindo para traçar o diagnóstico das DCNT's no município.

Para o desenvolvimento das ações diárias, os Polos utilizam-se dos seguintes instrumentos: esfigmomanômetro, estetoscópio, fita antropométrica, adipômetro, balança, estadiômetro, colchonetes, bastões, caneleiras, halteres, bambolês, cordas e aparelho de som.

Complementando as ações, o primeiro polo teve incorporado em sua rotina, a Academia da Terceira Idade. Trata-se de uma academia urbana, ao ar livre, que se estende em uma área do polo "Parque do Bom Menino", localizado no Centro da cidade, tendo incluído a sua rotina a orientação dos professores de Educação Física à disposição dos praticantes, usuários destes equipamentos.

4 RESULTADOS E DESAFIOS

Em um ano de existência do Programa São Luís em Movimento foram atendidas mais de mil pessoas, com relação a todas as ações desenvolvidas pelo mesmo.

Nesse contingente foram feitas, aproximadamente, 400 avaliações físicas e 200 avaliações nutricionais, além de 22 acompanhamentos psicológicos. Dentre o público atendido nos três polos 93% é do sexo feminino e 6,9% é do sexo masculino.

Os dados revelam grandes avanços. Com relação ao primeiro polo, 88,46% das pessoas atendidas sinalizam bons resultados com relação aos objetivos traçados, enquanto 11,54% não alcançaram os objetivos pretendidos por meio das atividades oferecidas no mesmo.

Foram catalogados relatos de algumas alunas usuárias que realizam como atividades oferecidas em um dos polos, a caminhada orientada e alongamento, as quais fazem as seguintes declarações:

"Melhorou as dores que eu tinha na face, minha resistência no trabalho, meu humor, me sinto mais feliz... sinto até falta quando não venho".

"Melhorou minha pressão, tá mais controlada, quando chego em casa pareço um furacão, minhas dores estão quase todas sumindo..."

"Me sinto bem no meu corpo".

"Meu joelho está funcionando melhor".

"Minha respiração tá melhor, meu condicionamento físico também, minha resistência, até minha menstruação melhorou, o fluxo está menor, antes vinham 10 dias e hoje só 4 dias".

“Meu condicionamento físico, eu acordo mais disposta, me sinto melhor com meu corpo”.

“Melhorou tudo”.

Como principal necessidade do Programa está a ampliação da equipe. São apenas cinco professores de Educação Física e uma nutricionista que atuam diretamente nos polos. Uma dessas professoras fica na sede, na Vigilância Epidemiológica, enquanto os outros quatro atuam em turnos estabelecidos nos seus respectivos polos. A nutricionista, além de fazer-se presente na sede, também faz atendimentos a população em dois polos em dias alternados.

Ampliar também o número de polos apresenta-se em uma necessidade, pois são apenas três localizados em toda a São Luís, o que não atende metade da população deste município.

Esses profissionais ficam muitas vezes impossibilitados de sair desses lugares frente a demanda que tem surgido ao longo de um ano de existência efetiva do Projeto São Luís em Movimento, pois os polos têm suas rotinas estabelecidas. Sair dos mesmos para fazer ações de mobilização promotoras de saúde alteram significativamente o acompanhamento e atendimento dos frequentadores e novos participantes.

Outra dificuldade está na aquisição dos materiais relacionados às práticas de atividade física e nutricional. A burocracia excessiva dentro do sistema público dificulta muito o andamento dos serviços, pois promove atrasos comprometendo os resultados finais do que é inicialmente proposto.

5 CONCLUSÃO

Diante do quadro mundial que as DCNT's se encontram e o atual contexto do Brasil é de fundamental importância a existência de programas que implementem políticas promotoras de prevenção e promoção da saúde em todo o país.

O Programa São Luís em Movimento vem garantir o cumprimento do objetivo estabelecido pela Política Nacional da Saúde. As ações desenvolvidas pelo Programa visam garantir, seja por meio de assistência aos já doentes, como aos que desejam prevenir essas doenças criar estímulos de práticas de prevenção primária, conter o aumento das DCNT's referente as estatísticas nacionais e mundiais.

O estabelecimento de parcerias entre outros setores governamentais e não governamentais é imprescindível visto que inúmeras das ações de promoção da saúde dependem também de decisões externas. O trabalho em parceria é fundamental para que se alcance resultados mais rápidos e mais eficazes se avançando no conceito moderno de saúde.

Os desafios são muitos, o trabalho é longo e contínuo, mas para que os resultados sejam expressivos é necessário empenho de todos os setores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80.: il.

BARRETO, Sandhi Maria, PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira, SICHIERI, Rosely *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. mar. 2005, v.14, n.1 [citado 22 Março 2009], p.41-68. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742005000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1679-4974.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003.

LESSA, Inês. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência e saúde coletiva*. Vol. 9, nº 4, Rio de Janeiro. Oct./Dec. 2004.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400014

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2007. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Autores:

Ana Karine Pires Miranda

End.: Rua Mário Borges, Quadra B1, nº 10, Ivar Saldanha. São Luís – MA.

Fone: (98) 8808-3224

E-mail: anakmiranda@yahoo.com.br

Cláudia Vanisse C. M. Silva

E-mail: claudiavanisse@globo.com

Forma de apresentação: comunicação oral

Ana Karine Pires Miranda – Esp. Esporte Escolar / Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas Pedagógicas em Educação Física / Técnica da Vigilância Epidemiológica de São Luís.

Cláudia Vanisse C. M. Silva – Profª de Educação Física / Técnica da Vigilância Epidemiológica de São Luís.

Romulo Bruzaca Soares – Esp. Fisiologia do Exercício / Técnico da Vigilância Epidemiológica de São Luís.

Patrícia R. R. Seguns – Profª de Educação Física / Técnica da Vigilância Epidemiológica de São Luís.

Jakson Pinto Sousa - Profº de Educação Física / Técnico da Vigilância Epidemiológica de São Luís.

Regina Silva Asevedo - Enfermeira / Chefe da Divisão e Agravos Não Transmissíveis do município de São Luís.

Lucilene Cunha Rodrigues Duailibe - Psicóloga / Técnica da Vigilância Epidemiológica de São Luís.

Raquel Sampaio da Silva - Nutricionista / Técnica da Vigilância Epidemiológica de São Luís.

Lívia Raquel Campos Bruzaca - Técnica em Enfermagem / Técnica da Vigilância Epidemiológica de São Luís.

Claudete Maria Piedade - Técnica em Enfermagem / Técnica da Vigilância Epidemiológica de São Luís.

Ivone Guimarães Ferreira - Acadêmica de Enfermagem / Técnica da Vigilância Epidemiológica de São Luís.

Maria Elza Lima Sousa – Enfermeira / Coordenadora da Vigilância Epidemiológica.