

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CÉSAR FREIRE ARAÚJO

**A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE DO IDOSO**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS
2013**

CÉSAR FREIRE ARAÚJO

**A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE DO IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para Obtenção de Certificado de Especialização.

Orientadora: Ivana Montandon Soares Aleixo

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS
2013**

CÉSAR FREIRE ARAÚJO

**A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE DO IDOSO**

Banca Examinadora

Prof.

Prof.

Aprovada em Montes Claro-MG, em ____/____/____

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2013

Dedico este trabalho à pessoa mais importante da minha vida, minha mãe Maria do Carmo, que compartilhou dos meus ideais e os alimentou incentivando-me a prosseguir nesta jornada, independente dos obstáculos. A você Mãe que esteve sempre ao meu lado, lutando comigo agradeço e dedico esta conquista com a mais profunda admiração.

Aos meus irmãos, com quem sempre dividi minhas frustrações e alegrias.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro momento agradeço a DEUS, pela oportunidade e pelo privilégio que me concedeu de poder compartilhar tamanha experiência ao longo dessa jornada de especialização e por ter confiado em mim o dom de cuidar, me fazendo perceber e atentar para a relevância de temas que não faziam parte, em profundidade, da minha vida.

Em seguida minha intercessora no céu, nossa Senhora da Medalha Milagrosa, que sempre foi fonte de suprema luz e sabedoria ao longo dessa caminhada.

Agradeço em especial a minha mãe, que esteve sempre ao meu lado ela que muitas vezes abriu mão de suas necessidades e colocar as minhas sempre em primeiro lugar.

A minha Orientadora Ivana Montandon Soares Aleixo, pelo incentivo, me auxiliando nas atividades e discussões sobre o andamento deste trabalho.

Muitos acrescentaram, contribuíram e vão continuar acrescentando e contribuindo para o meu crescimento profissional e individual. Nessa caminhada, muitos são lembrados, alguns são esquecidos. Aos que foram esquecidos, o meu eterno agradecimento.

O movimento espontâneo nascerá quando o corpo tomar consciência da pele, dos músculos, das articulações, da respiração quando o ouvido perceber os sons, quando o olhar souber ver no outro a graça viva do gesto.

Yvonne Berge

RESUMO

Este estudo teve como objetivo uma pesquisa bibliográfica e análise de evidências científicas sobre a importância da atividade física na promoção da saúde do idoso além de propor um plano de intervenção para aumentar o percentual de idosos ativos na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família de Miravânia a partir da identificação dos motivos da adesão e não-adesão da prática de atividade física nessa população, para prevenir e minimizar o problema. A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi a revisão da literatura e a elaboração de um projeto de intervenção. A prática regular de exercícios físicos é uma estratégia preventiva primária, atrativa e eficaz, para manter e melhorar o estado de saúde física e psíquica em qualquer idade, tendo efeitos benéficos diretos e indiretos para prevenir e/ou retardar as perdas funcionais do envelhecimento, reduzindo o risco de enfermidades e transtornos frequentes na terceira idade. O envelhecimento populacional vem se acentuando consideravelmente e já neste século XXI, resultará em aumento nas demandas sociais e econômicas. Este fato implica inclusive a mudança no perfil de adoecimento e traz repercussões para atenção a saúde e para políticas públicas, que passam a enfatizar a promoção da saúde, a manutenção da autonomia e a valorização das redes de suporte social. O desenvolvimento de ações educativas, a participação da comunidade, poderá servir de subsídios para os profissionais responsáveis, buscar promover ações que contribuía com a diminuição das consequências advindas de um estilo de vida sedentário.

Palavras chaves: Idoso, Atividade Física, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aims a literature search and analysis of scientific evidence on the importance of physical activity in promoting health of the elderly and to propose an action plan to increase the percentage of active seniors in the area covered by the Family Health Strategy Miravânia from the identification of the reasons for adherence and non-adherence of physical activity in this population, to prevent and minimize the problem. The methodology used to conduct this study was to review the literature and the development of an intervention project. Regular physical exercise is a primary, attractive and effective preventive strategy to maintain and improve the physical and mental health at any age, having direct and indirect beneficial effects to prevent and / or delay the functional losses of aging , reducing the risk of common diseases and disorders in the elderly . The aging population has been increasing considerably and now this twenty-first century will result in increased social and economic demands. This fact also implies a change in the health profile and brings attention to implications for health and public policy, which now emphasize health promotion, maintenance and enhancement of the autonomy of social support networks. The development of educational activities, community involvement, can contribute for the professionals responsible, seek to promote actions that contributed to the decrease of the consequences resulting from a sedentary lifestyle .

Key words: Elderly, Physical Activity, the Family Health Strategy.

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1 Proporção de Idosos na População Brasileira, 1980-2020.....	25
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Doenças referidas segundo a faixa etária da área de abrangência da equipe de saúde da família do município de Miravânia-MG 2012.....	377
Tabela 2 Apresenta os dados de Priorização dos Problemas do Centro de Saúde de Miravânia-MG 2012.	388
Tabela 3 Apresenta Os Problemas Relacionados Com A Hipertensão Arterial Verificadas No Centro De Saúde De Miravânia-MG.	39
Tabela 4 Apresenta resumo dos nós críticos a serem enfrentados no município de Miravânia-MG.	44
Tabela 5 Operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos.....	45
Tabela 6 Recursos críticos para o problema.....	477
Tabela 7 Análise da Viabilidade do Plano.....	478
Tabela 8 Resultados e produtos esperados, recursos necessários.....	499
Tabela 9 Acompanhamento do Plano de Ação.....	5050
Tabela 10 Acompanhamento do Plano de Ação.....	500
Tabela 11 Acompanhamento do Plano de Ação.....	501
Tabela 12 Planilha de acompanhamento da Atividade Física.....	512

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVD – Atividades da Vida Diária

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CODECOM - Conselho de Desenvolvimento Comunitário de Miravânia

DM tipo 2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agente Comunitários de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GERAL:	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO DE LITERATURA	20
5.1 O PROCESSO ENVELHECIMENTO E SUAS CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS.....	20
5.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO.....	23
5.3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO	26
5.3.1 <i>O Estatuto do Idoso</i>	29
5.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO.....	30
5.5 IDOSO, O SEDENTARISMO E A ATIVIDADE FÍSICA	333
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	366
6.1 PRIMEIRO PASSO	366
6.2 SEGUNDO PASSO	377
6.3 TERCEIRO PASSO.....	399
6.4 QUARTO PASSO	41
6.5 QUINTO PASSO	43
6.6 SEXTO PASSO.....	44
6.7 SÉTIMO PASSO	467
6.8 OITAVO PASSO	477
6.9 NONO PASSO.....	48
6.10 DÉCIMO PASSO.....	490
6.11 AVALIAÇÃO DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS	511
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

Sabemos que o envelhecimento populacional vem se acentuando consideravelmente e já neste século XXI, resultará em aumento nas demandas sociais e econômicas. Fato esse que implica inclusive a mudança no perfil de adoecimento e traz repercussões para atenção a saúde e para políticas públicas (LIMA; TOCATINS, 2009).

A efetiva organização dos sistemas de saúde diz respeito ao fortalecimento do nível primário de atenção reforçando a necessidade de ruptura da visão piramidal, como também a organização dos serviços em ações básicas de atenção a saúde do idoso na produção do cuidado em defesa da vida é fundamental (MINAS GERAIS, 2006).

Assis (2004) destaca:

A manutenção da saúde e autonomia na velhice, identificada como boa qualidade de vida física, mental e social, é o horizonte desejável para se preservar o potencial de realização e desenvolvimento nesta fase da vida. É também a perspectiva necessária para reduzir o impacto social que cerca as questões extremamente complexas e delicadas relativas ao cuidado ao idoso dependente. Por essas e outras motivações demográficas e socioeconômicas, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento (ASSIS, 2004, p.11-12).

As medidas de promoção da saúde e prevenção da doença propõem o desafio de reorientar os serviços e superar a fragmentação do assistir a doença, visando à perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender. Possibilitando aos serviços a reflexão de que necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde, levantados conjuntamente com as comunidades (ASSIS, 2004).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge com a tentativa de propor uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos às pessoas, famílias e comunidades, assumindo o compromisso de prestar uma assistência integral e resolutiva a toda população, de acordo com as reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais os indivíduos estão expostos e neles intervindo de forma apropriada (BRASIL 2008).

É possível afirmar que o desenvolvimento de atividades simples como, caminhadas, viagens turísticas e lazer em geral, proporcionam uma melhoria na condição física e psicológica, auxiliando na realização de movimentos do dia-a-dia, tornando esses indivíduos prestativos em seu meio social e conscientes enquanto cidadãos (VERAS *et al* 2008).

A prática regular de exercícios físicos é uma estratégia preventiva primária, atrativa e eficaz, para manter e melhorar o estado de saúde física e psíquica em qualquer idade, tendo efeitos benéficos diretos e indiretos para prevenir e retardar as perdas funcionais do envelhecimento, reduzindo o risco de enfermidades e transtornos frequentes na terceira idade (REBELATTO *et al*, 2006).

Dentre os benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos. Um programa de atividade física bem direcionada e eficiente para esta faixa etária deve ter como meta a melhora da capacidade física do indivíduo, diminuindo a deterioração das variáveis de aptidão física como resistência cardiovascular, força, flexibilidade e equilíbrio, promovendo o aumento do contato social e a redução de problemas psicológicos com a ansiedade e a depressão (OKUMA *apud* REBELATTO *et al*, 2006).

O número de idosos cadastrados no Centro de saúde de Miravânia corresponde a um total de 548 idosos e desses 454 são portadores da doença de hipertensão (SIAB. 2013).

Através do diagnóstico situacional e da observação direta identificaram-se alguns problemas que interferem na saúde, na educação e na qualidade de vida da população idosa. Sendo a falta de renda, emprego, lazer e pavimentação; alcoolismo; violência; sistema de saúde deficiente, baixa capacidade da população de se mobilizar e ou se organizar para solucionar problemas; sedentarismo entre outros.

Na observação ativa ficou evidente o sedentarismo. A população não possui hábito de praticar algum exercício físico e raramente se vê pessoas realizando caminhadas, no ESF não possui educador físico, e a população idosa está desanimada com a realização de atividades físicas diárias devido aos problemas de saúde enfrentados e também pela falta de incentivo por parte da administração pública.

Sendo assim na observação ativa ficam evidentes também os hábitos alimentares típicos como o uso de gordura animal em grande quantidade, carne vermelha, pouca disponibilidade de frutas e verduras devido ao alto custo desses alimentos na qual limita a aquisição.

Outro problema vivenciado é o grande número de hipertensos cadastrados na cidade, que muitas das vezes não recebem um serviço de qualidade devido a cidade não possui um hospital, sendo que a mesma conta apenas com o serviço de Atendimento Móvel de Saúde. Sendo que o hospital mais próximo fica na cidade de Manga – MG, com um total de 105 km de distância da cidade.

A estratégia de Saúde da Família de Miravânia surgiu entre 1998 e 1999. Funciona em uma casa alugada e com grande estrutura para os atendimentos de saúde mais em breve o município contará com sua própria sede, pois a mesma ainda está em fase de construção.

No entanto a estratégia de saúde não funciona adequadamente, pois se mistura muito com o atendimento de urgência e emergência devido à grande demanda de atendimento exigido pela cidade e também pela grande rotatividade de profissionais médicos.

O tipo de Equipe é ESF Saúde Bucal Modalidade I, composta por um médico da ESF, dois enfermeiros da administração pública e mais dois do PROVAB/MS, dois técnicos de enfermagem da ESF, 5 agentes comunitárias de saúde (ACS), um cirurgião dentista do ESF e um auxiliar em saúde bucal da ESF.

A rotina da Equipe dentro da unidade se resume na assistência à pacientes, além de seguir o cronograma com as fichas marcadas pelas agentes, a equipe é obrigada a desdobrar para atender demanda espontânea, urgências e emergências.

Outro ponto negativo é que os grupos operativos não funcionam adequadamente, as reuniões não são regulares, a educação para a saúde é pouco eficiente, falta organização da equipe, maior cumplicidade e planejamento das ações, buscando conscientizar mais a população sobre a importância da estratégia de saúde da família,

Um dos problemas mais enfrentados pela equipe é a grande demanda por atendimento, referente à população de idosos que devido as suas limitações de saúde sabem da importância da atividade física, mas não adicionam esse tipo de rotina no seu cotidiano. Partindo deste contexto a necessidade de analisar e entender quais os motivos que dificultam e facilitam a prática de atividade física

neste grupo etário, de maneira a trabalhar de forma efetiva esse problema buscando proporcionar a esses idosos uma melhor qualidade de vida e assim evitando graves consequências na sua saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se este estudo pela comprovação, pois conhecemos a importância da atividade física na promoção de saúde do idoso como um papel fundamental no controle e combate de diversas doenças. Os fatos denotam a importância de realizar uma revisão na literatura sobre os fatores associados a não adesão da atividade física nesse grupo e assim buscar analisar e entender quais os motivos que dificultam e facilitam a prática de atividade física na população idosa.

Sabe-se que o estudo de cada um destes fatores, bem como de suas inter-relações é de grande relevância, pois permite evidenciar variáveis, oferecendo, dessa maneira, subsídios para a formulação de estratégias que venham subsidiar as Políticas Públicas Municipais, visando à melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida desta parcela da população.

O conhecimento a respeito dos benefícios da atividade física ao idoso poderá favorecer a um bom andamento das atividades desenvolvidas na unidade de saúde de Miravânia e assim melhorar a saúde desta população.

A importância desse estudo para o serviço de saúde é buscar conscientizar os órgãos competentes quanto à importância da prática de atividades físicas para a promoção da saúde e assim buscar o desenvolvimento de ações multisetoriais (saúde, educação, administração pública) que favoreçam a prática de tais atividades e contribua para garantir a essa parte da população uma assistência a saúde que envolva todas as suas reais necessidades.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

- Elaborar um plano de intervenção para aumentar o percentual de idosos ativos na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família de Miravânia a partir da identificação dos motivos da adesão e não-adesão da prática de atividade física nessa população.

3.2 Objetivos específicos:

- Realizar uma pesquisa bibliográfica e análise de evidências científicas sobre, saúde o idoso, processo de envelhecimento, sedentarismo e atividade Física e estratégia saúde da família na atenção à saúde do idoso.
- Identificação das doenças crônicas comuns ao município na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família de Miravânia.

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica buscando estudos de abordagem qualitativa acerca da importância da atividade física nos idosos com enfoque de analisar e entender quais os motivos que dificultam e facilitam a prática de atividade física na população idosa

O estudo qualitativo está direcionado para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia-a-dia (FIGUEIREDO, 2008).

A busca de materiais científicos foi realizada por meio de consulta na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo, Lilacs, Biblioteca Virtual NESCON e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do centro de saúde de Miravânia-MG, com recorte temporal abrangendo o período de 2000 a 2013, usando os seguintes descritores: Idoso, saúde do idoso, atividade motora. Os dados de informação são obtidos através do SIAB do PSF- Miravânia-MG, no ano de 2001 a 2013.

Inicialmente, foi realizada a leitura dos resumos para identificar a pertinência ao objeto de estudo, depois do levantamento das publicações, leitura criteriosa selecionando as citações que referem ao objetivo do presente trabalho e posteriormente realizara a interpretação das evidências oriundas dos artigos que serviram de base para elaboração do plano de ação.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais publicados entre os anos de 2000 e 2013, com textos completos disponíveis on-line e publicados nos idiomas: português, espanhol ou inglês, conter dados ou informações especificamente relacionadas tema.

Foram excluídos artigos de revisão de literatura/reflexão, editoriais, resumos de anais, Trabalhos de Conclusão de Curso, Boletins epidemiológicos, Relatórios de gestão, Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais, livros, publicações que não se enquadraram no recorte temporal estabelecido e estudos que não respondiam a pergunta de pesquisa estabelecida inicialmente.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O Processo de Envelhecimento e suas Características Anatômicas e Fisiológicas

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais considera que:

Definir envelhecimento é algo muito complexo, biologicamente é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. Existem vários conceitos de envelhecimento, variando de acordo com a visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso. A população de baixo poder aquisitivo envelhece mais cedo, resultado de uma diversidade de fatores biopsicossociais (MINAS GERAIS, 2006, p.14).

Assis (2004) entende que o envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo, universal, lento e gradual, para o qual concorre uma multiplicidade de fatores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais.

O envelhecimento é um processo universal, marcado por mudanças biológicas, psicológicas e sociais específicas que está associado à passagem do tempo. É um fenômeno diretamente ligado ao processo da vida, o qual varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com sua genética, seus hábitos de vida e seu meio ambiente (BRASIL, 2006).

Segundo Smeltzer e Bare (2006), o envelhecimento é um processo comum a todos. O envelhecer acontece de forma individualizada com cada pessoa, é uma nova etapa da vida que é vista de maneira diferenciada por cada pessoa. A maneira como essa nova etapa é encarada vai depender do que o indivíduo foi e fez na fase adulta, ou seja, o estilo de vida adotado, seu estado de saúde pregresso e o meio ambiente em que esteve inserido. Dependerá também de como a vida pregressa foi encarada e vivida diante de situações indesejáveis e frustrações. Diante de certas circunstâncias de vida, cabe proporcionar a cura ou prevenir doenças durante o processo de envelhecimento.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, não costuma causar qualquer problema (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde o envelhecimento é ainda um processo de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acarretam uma lentificação ou uma diminuição do desempenho do sistema orgânico e, conseqüentemente, uma diminuição da capacidade funcional (BRASIL, 2006).

Porém, para Barreto (2006), envelhecer não é adoecer. Envelhecer, é como um bem para a vida onde cada indivíduo segue existindo, realizando e superando os limites que antecederam nossa própria geração.

Souza (1998) afirma que o envelhecimento caracteriza-se por algumas perdas das capacidades fisiológicas dos órgãos, dos sistemas e de adaptação a certas situações de estresse. Mais do que em qualquer outra época da vida, o idoso é um todo. Apesar disso, indivíduos vão apresentar frequentemente caminhos variáveis no momento e na progressão do seu envelhecimento. No próprio organismo, o envelhecimento dos diversos sistemas fisiológicos também não é sincrônico, uma vez que suas involuções não iniciam no mesmo momento, nem alcançam a mesma intensidade, resultando em diferentes graus de senilidade.

O envelhecimento biológico é um fenômeno multifatorial que está interligado a profundas mudanças na atividade das células, tecidos e órgãos, como também com a redução da eficácia de um conjunto de processos fisiológicos (REBELATTO *et al*, 2006).

No nosso corpo, os mecanismos responsáveis pela manutenção da homeostase, desde os mais simples aos mais complexos, compõem-se fundamentalmente de sensores. Para manter o corpo em equilíbrio, por exemplo, existem os responsáveis pela detecção do desequilíbrio, os encarregados da modulação da resposta (centros reguladores), e os efetores que são capazes de executar as correções necessárias. Durante o envelhecimento, ocorrem alterações na quantidade e na sensibilidade dos sensores, do limiar de excitabilidade dos centros reguladores e da eficiência dos efetores, facilitando principalmente as quedas, que são muito frequentes nos idosos (MINAS GERAIS, 2006).

A perda da força e da potência musculares leva à diminuição na capacidade de promover torque articular rápido e necessário às atividades que requerem força moderada, como: levantar-se da cadeira, subir escadas e manter o equilíbrio ao evitar obstáculos. Isso, além de causar maior dependência do indivíduo, pode facilitar as quedas. Para Pedrinelli, Leme e Nobre (2009) as quedas também podem ser explicadas pela perda da massa muscular que ocorre na terceira idade.

De acordo com Rebelatto e colaboradores (2006):

Do ponto de vista funcional, a população de indivíduos chamados “da terceira idade” caracteriza-se, entre outros aspectos, por um decréscimo do sistema neuromuscular, verificando-se a perda de massa muscular, debilidade do sistema muscular, redução da flexibilidade, da força, da resistência e da mobilidade articular, fatores que, por decorrência, determinam limitação da capacidade de coordenação e de controle do equilíbrio corporal estático e dinâmico (REBELATTO *et al*, 2006, p.2).

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais enfoca que além de alterações estruturais e funcionais, a composição corporal vai sofrendo modificações importantes com o envelhecimento. A gordura corporal vai aumentando conforme a idade avança (aos 75 anos, é praticamente o dobro daquela aos 25 anos) (MINAS GERAIS, 2006).

No tecido subcutâneo, ocorre redução do tecido adiposo dos membros e aumento no tronco, caracterizando a chamada gordura central. A água corporal total diminui (15% – 20%), principalmente às custas da água intracelular, com redução dos componentes intra e extracelulares, principalmente os íons sódio e potássio, provocando maior risco de desenvolver graves complicações consequentes das perdas líquidas e maior dificuldade à reposição do volume perdido (MINAS GERAIS, 2006).

A retração do componente hídrico, associado ao aumento da gordura corporal (20% – 40%) poderá contribuir para a alteração da absorção, metabolização e excreção das drogas no idoso. A redução na quantidade de albumina altera o transporte de diversas drogas no sangue. Ao se calcular as necessidades calóricas diárias do idoso deve-se levar em conta que o metabolismo basal diminui de 10% a 20% com o aumento da idade (MINAS GERAIS, 2006).

Apesar do DM tipo 2 ser uma doença que ocorre com muita incidência nos idosos, a tolerância à glicose também se altera, criando, às vezes, dificuldade para se diagnosticar esta síndrome. (SMELTZER; BARE, 2006).

Segundo Brandão citado por Veras e colaboradores (2008), a cada ano a população que pertence ao grupo da terceira idade, cresce de forma acelerada e sem os devidos esclarecimentos a respeito da manutenção da qualidade de vida nesta fase.

Rosa e colaboradores (2003) consideram que, ao decorrer dos tempos tem-se constatado que é muito mais fácil evitar mortes do que evitar aparecimento de doenças crônicas e o desenvolvimento de incapacidades associadas ao

envelhecimento. Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o cuidado de si, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande.

5.2 Aspectos Epidemiológicos do Envelhecimento

Durante o século XX ocorreram transformações significativas nas condições socioeconômicas e de saúde das populações em todo o mundo e, conseqüentemente, na sua estrutura demográfica. Essa alteração na estrutura etária, caracterizada pelo seu envelhecimento, é denominada envelhecimento populacional, ou seja, aumento da proporção de idosos (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

Antigamente, chegar à terceira idade era considerado um privilégio de poucos, atualmente, chegar à velhice passou a ser norma também dos países mais pobres, ou seja, faz parte da realidade da maioria das sociedades. A verdade é que o mundo está envelhecendo (BRASIL, 2006; COSTA, 2003; VERAS, 2003).

A grande diferença entre os países mais desenvolvidos para os em desenvolvimento, está ligada às condições nas quais vem ocorrendo esse envelhecimento. Nos países desenvolvidos, como Japão, países da Europa e da América do Norte, essa transição demográfica ocorreu em maior período, conseqüente a um maior desenvolvimento socioeconômico e cultural. Nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, essa mudança está ocorrendo de maneira brusca e despreparada, ou seja, não estão devidamente estruturados para receber esta parte da população (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

Beltrão, Camarano e Kanso (2004) enfocam que em alguns países esse movimento chamado transição demográfica chegou a durar mais de 100 anos em alguns países da Europa.

Em 1980, para cada 100 crianças, existiam 16 idosos e hoje se calcula que essa proporção chegue a 30 crianças para 100 idosos. Segundo dados estatísticos, em 1991 havia 13,1 mil centenários no Brasil sendo que a maior parte se encontrava no Estado de São Paulo (4,4 mil), seguido por Bahia (2,8 mil), Minas Gerais (2,7 mil) e Rio de Janeiro (2 mil). No ano de 2020 contaremos com uma população que

crescerá 16 vezes contra 05 vezes o crescimento da população geral, o que implica na necessidade de ajustar o atual modelo de atenção à saúde do idoso, reformulando e aprimorando a participação dos atores que estão inseridos nesse contexto (MINAS GERAIS, 2006).

É importante ressaltar que o aumento dessa população vem ocorrendo de forma mais acentuada no segmento dos mais velhos. Entre os censos de 1991 e 2000, a população de 60 a 69 anos de idade aumentou 28%, ao passo que, para os de 70 a 79 e 80 anos e mais, esse crescimento foi de 42% e 62%, respectivamente. É possível verificar que a esperança de vida no país elevou-se de 66,9 anos, em 1991, para 72,1 anos, em 2005, com maior sobrevida para as mulheres; e que a vida média aos 60 anos cresceu 20,9 anos no período (JORGE *et al*, 2008).

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira se dá em razão da transição de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, para uma de baixa mortalidade e gradualmente baixa fecundidade como explicam as projeções estatísticas para os próximos anos (MINAS GERAIS, 2006).

No caso do Brasil, essa rápida queda da fecundidade teve início na segunda metade dos anos 1960, e foi precedida em pelo menos 30 anos por altos níveis de fecundidade concomitante a uma queda gradual da mortalidade (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

Tal mudança se configura num desafio para as autoridades sanitárias, especialmente para a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema (MINAS GERAIS, 2006).

No mundo, estima-se que no ano de 2050 exista cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Segundo os últimos dados do Ministério da Saúde, no Brasil, estima-se que existam atualmente cerca de 17,6 milhões de idosos, e que nos próximos 20 anos essa população alcançará e até mesmo ultrapassará a cifra dos 30 milhões de pessoas, o que representará aproximadamente 13% da população (BRASIL, 2006; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE), 2002).

Para a Organização Panamericana de Saúde até 2020, como mostra o gráfico 1, o país praticamente dobrará o percentual de pessoas acima de 60 anos. Segundo projeções demográficas, o índice de envelhecimento, ou proporção de pessoas de 60 anos ou mais por cada 100 menores de 15 anos, passará de 24 em

1995, para 58 em 2020, e 74 em 2025. (Organização Panamericana de Saúde, 2005).

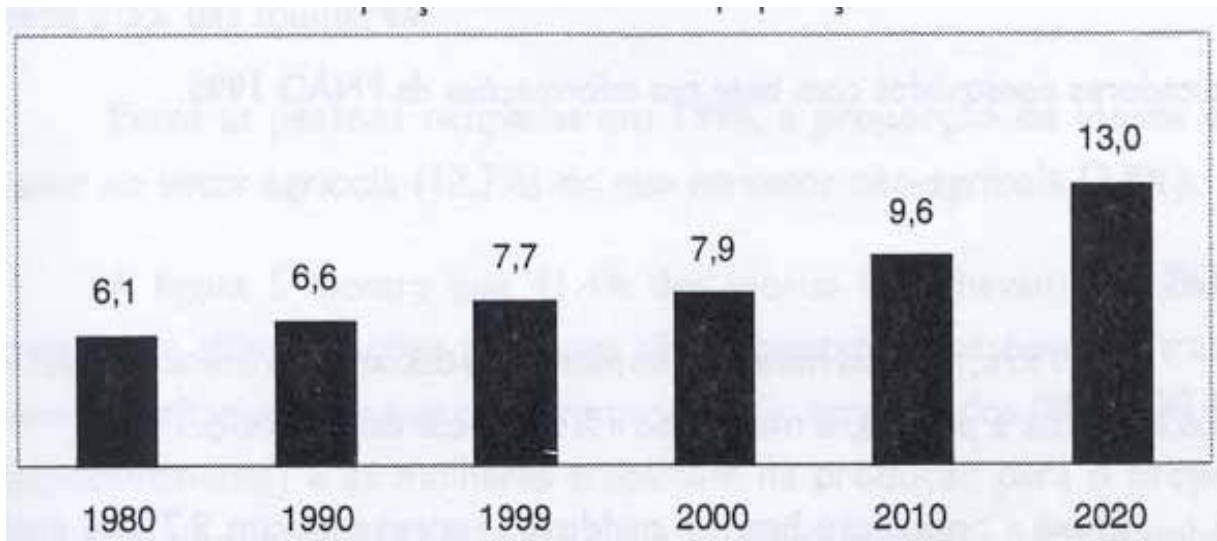


Gráfico 1 Proporção de Idosos na População Brasileira, 1980-2020.

Fonte: Dados do IBGE *apud* Araújo e Alves, 2000.

No estado de Minas Gerais, de acordo com informações do Conselho Estadual do Idoso, referindo-se aos dados de 2007 também do IBGE, existem, em Minas Gerais, 2,1 milhões de idosos, o que representa 10,7% da população total do Estado (MINAS GERAIS, 2006).

No município de Paracatu, município localizado no Noroeste de Minas Gerais, segundo dados do IBGE do ano de 2009, a parcela de idosos representa aproximadamente 16,25% da população, ou seja, dos 83.557 mil habitantes da cidade 13.578 possuem 60 anos ou mais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2009).

Diante de todo esse cenário, observa-se que a longevidade é realmente uma das grandes conquistas do século XX que, juntamente com a queda da natalidade, vem ocasionando um drástico e preocupante envelhecimento da população não só do Brasil, mas também do mundo (PROGRAMA PARA PREPARAÇÃO E COMEMORAÇÃO DO ANO INTERNACIONAL DO IDOSO - NAÇÕES UNIDAS, 1999 *apud* ARAÚJO; ALVES, 2000).

5.3 A Política Nacional de Saúde do Idoso

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) idoso é todo indivíduo que possui acima de 60 anos para os países periféricos, e 65 anos para países capitalistas centrais.

Conforme o Estatuto do Idoso em seu Artigo 1º (Lei nº 10.741, de 1.º de outubro de 2003), são considerados idosos todos os que compõem a população de 60 anos e mais (BRASIL, 2003).

Porém, é importante ressaltar que não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, mediante suas escolhas e circunstâncias. O preconceito contra a terceira idade e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno dificultam ainda mais no que diz respeito à criação de políticas específicas para essa população. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice (BRASIL, 2006a).

O próprio Estatuto do Idoso traz o seguinte:

Embora o envelhecimento populacional mude o perfil de adoecimento dos brasileiros, obrigando-nos a dar maior ênfase na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, nossa maior atenção precisa se voltar para as políticas que promovam a saúde, que contribuam para a manutenção da autonomia e valorizem as redes de suporte social. Os países europeus, além de terem melhores condições econômicas e sociais, tiveram um envelhecimento populacional muito mais lento do que o nosso e puderam se preparar para assegurar aos idosos melhores condições de vida. Somente em 1994, o Brasil passou a ter uma Política Nacional do Idoso (Lei 8.842) e apenas cinco anos depois foi editada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (Portaria MS 1.395/99). (BRASIL, 2003. p. 5).

As políticas de saúde do país têm a função de contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Ao considerar a saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa (BRASIL, 2006).

No Brasil, as políticas setoriais de saúde, desde 1989 o Ministério da Saúde já normatizava o funcionamento das Instituições destinadas ao Atendimento ao Idoso (Portaria GM 810/89), porém apenas em 1998 (Portaria GM/MS n. 2.413, 2.414 e 2.416/1998) foram incluídos os procedimentos de atendimento a pacientes sob cuidados prolongados, de internação em regime de hospital dia geriátrico e de

Internação Domiciliar com equipe hospitalar, e somente em 1999 se tornou obrigatório aos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitiam a presença do acompanhante de pacientes acima de 60 anos de idade (Portaria GM/MS n. 280/1999 e Portaria GM/MS n. 830/1999) quando foi publicada a Política Nacional de Saúde do Idoso PNSI. (Portaria GM/MS n. 1.395/1999, revisada pela Portaria GM/MS n. 2.528/2006), que reafirmou os princípios da política nacional do idoso no âmbito do SUS (BRASIL, 2006a).

Em 2006 o Pacto pela Saúde foi publicado (Portaria GM/MS 399/2006), o Ministério da Saúde, e a saúde do idoso são elencados como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo no SUS. O pacto agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Enfatiza-se aqui o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas das três esferas de governos (municipal, estadual e federal), com definição das responsabilidades de cada uma. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Louvison (2010) considera que o Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, com certeza representa um avanço importante. Entretanto, ainda há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira.

A PNSI (Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006) foi revista e estabelecida em 2006 visando à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente (BRASIL, 2006a).

Segundo Rodrigues e colaboradores (2007), na PNSI estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta voltadas a pessoa idosa. Além disso, ela orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar seu desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática.

A PNSI traz as medidas necessárias a respeito do envelhecer satisfatório, este deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os sequelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatas, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demências, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas (BRASIL, 2006a).

As diretrizes presentes na PNSI são as seguintes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Na perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável” a OMS em 2005 propôs o:

“Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde”, ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida (BRASIL, 2006a.p.7).

As diretrizes definidas da PNSI implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Dentre as diversas ações cabe ressaltar aqui aquela relativa ao esporte e lazer voltado a terceira idade, a qual traz a importância do estabelecimento de parceria dos gestores do SUS para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas em suas áreas de abrangência (BRASIL, 2002).

Rodrigues et al., (2007) destacam a importância da capacitação de recursos humanos especializados na operacionalização da PNSI, essa ação tentará preparar os recursos humanos para a operacionalização de um conjunto básico de atividades, tais como a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional e o controle dos fatores que interferem no estado de saúde da população idosa, etc.

Rodrigues et al., (2007) afirmam ainda que o alcance dos propósitos da PNSI compete aos gestores do SUS viabilizar de modo articulado os recursos necessários, pois, por mais que a presente proposta seja inovadora, cabe aos órgãos governamentais e não-governamentais a tarefa de implementá-la.

5.3.1 O Estatuto do Idoso

O Estatuto do Idoso, juntamente com a PNSI, é um dos principais instrumentos de direito do idoso. Ele pode ser considerado um dos maiores avanços legais no que diz respeito à proteção social dos idosos. Até recentemente, a legislação relativa à atenção dos idosos permaneceu fragmentada em ordenamentos jurídicos setoriais ou em instrumentos de gestão política. Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso (CAMARANO, 2004).

O Estatuto possui 118 artigos que aborda diversas áreas dos direitos fundamentais, incluídas as necessidades de proteção dos idosos, visando reforçar as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso. Além de incluir leis e políticas já aprovadas, incorpora novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral ao estabelecimento de medidas destinadas a proporcionar o bem-estar dos idosos, ou seja, pessoas com idade cronológica igual ou superior a 60 anos. No ramo mais específico da saúde o Estatuto veio definir a diretriz norteadora para a promoção, prevenção e recuperação da saúde desta parcela da população Rodrigues et al., (2007).

Ainda conforme Rodrigues et al., (2007) apesar de publicado, o cumprimento e o respeito ao Estatuto dependem da cobrança organizada da sociedade civil, com

especial destaque ao idoso. É necessário reivindicá-lo em todos os espaços sociais, com participação ativa do idoso pela melhoria de sua própria condição de vida.

Segundo Benedetti, Gonçalves e Motta (2007) tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento têm aprovado leis e criado estratégias de ações que assegurem um envelhecimento saudável e com dignidade, com uma diferença: nos países em desenvolvimento a existência destas leis não garante que elas sejam cumpridas.

Motta concorda e alega o seguinte:

As dificuldades relacionadas à implementação do estatuto e das demais leis vão desde a captação de recursos, ao fortalecimento de um sistema de informação capaz de gerar dados fidedignos, utilizando ferramentas específicas para a análise desta população, passando pela capacitação de recursos humanos, visando à construção de políticas cada vez mais efetivas. Também é importante ressaltar que, apesar de hoje o processo de envelhecimento ser muito mais discutido, ainda não estão totalmente claras para a sociedade e para as instituições as mudanças a ele vinculadas e sua importância coletiva. Assim, observa-se que do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, havendo diretrizes a serem seguidas e implementadas. Porém, desde sua formulação, a implementação ainda não se fez de forma completa, havendo muito a ser trabalhado (MOTTA, 2005, p.29).

Para Gomes (2009) o estatuto precisa ser publicado e conhecido como um mecanismo de ação, pois só será instrumento de transformação da realidade vivida pelos idosos quando houver a participação de todos os seguimentos da sociedade, contribuindo assim com a quebra dos antigos paradigmas que discriminam a velhice.

5.4 A Estratégia Saúde da Família na atenção à Saúde do Idoso

O PSF teve início quando o Ministério da Saúde formulou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desfavorecidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais focalizando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (GUIMARÃES *et al*, 2008).

Por conseguinte, o PSF foi criado em 1994 como uma estratégia de reorientação assistencial, operacionalizado por meio de equipes multidisciplinares em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, assim como na manutenção da saúde da comunidade (GUIMARÃES *et al*, 2008).

De acordo com Pacheco e Santos (2004), as unidades de ESF, por meio de suas equipes multiprofissionais, compostas no mínimo de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podem ser consideradas a porta de entrada ao serviço de saúde que melhor contribui para a manutenção de hábitos saudáveis e melhor qualidade de vida ao ser humano, seja ele criança, adolescente, adulto ou idoso.

Besen e colaboradores (2007) afirmam que o PSF traz como lógica do trabalho a Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade.

O aumento proporcional das doenças crônicas fez com que se os serviços básicos de atenção à saúde se preparassem e adequassem suas funções, objetivando a melhor estruturação, formação e qualificação profissional para o atendimento dessa nova demanda (SIQUEIRA *et al*, 2008).

As mudanças na assistência à saúde dos indivíduos fizeram com que os municípios tivessem um papel muito importante e fundamental no contexto saúde, uma vez que com a municipalização das ações de saúde, os gestores municipais de saúde veem-se na contingência de atender a uma grande e crescente demanda de idosos, nos vários enfoques de saúde e bem-estar (JORGE *et al*, 2008).

A promoção da saúde, que faz parte do conjunto de atenções básicas da saúde, é tida como parte essencial do novo modelo assistencial, tem como base a PNSI, referenciada na Agenda Nacional de Promoção da Saúde pela Organização das Nações Unidas (ONU) e que prioriza como Metas de Desenvolvimento do Milênio a redução da morbimortalidade por doenças relacionadas aos padrões de consumo de alimentos aos altos índices de sedentarismo, obesidade e doenças crônicas (BRASIL, 2004).

Uma vez que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 60% da carga de doenças no Brasil. Estimativas globais

da OMS indicam que 22% das doenças cardíacas, 10 a 16% dos casos de diabetes tipo 2 e de cânceres de mama, colon e reto poderiam ser evitados por meio da realização de quantidade suficientes de atividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002 *apud* MALTA *et al*, 2008).

No contexto do envelhecimento, o PNSI traz que as ações voltadas à saúde do idoso devem ter como objetivo manter ao máximo o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital de longa estada, asilo, casa de repouso ou similar, pode ser considerada uma alternativa, somente quando falharem todos os esforços anteriores (GALINSKY, 1993 *apud* SILVESTRE; NETO, 2003).

As informações sobre a saúde da população idosa e suas demandas por serviços médicos e sociais são fundamentais para o planejamento da assistência e promoção da saúde; e que, apropriadamente, as atuais condições de saúde dessa população são pouco conhecidas no Brasil. Estudos epidemiológicos de base populacional, que analisam idosos residentes na comunidade, forneceriam essa informação; porém, não são muito comuns no país (COSTA *et al* 2000 *apud* SILVESTRE; NETO, 2003).

Segundo Siqueira e colaboradores (2008) a atividade física vem sendo tida como uma opção importante na prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas de alta prevalência em adultos e idosos. Pessoas ativas têm um risco diminuído para o desenvolvimento de várias doenças.

Siqueira e outros (2008) ainda completam dizendo que diminuir o sedentarismo e promover estilos de vida mais saudáveis com a participação da atenção básica à saúde e seus profissionais pode significar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde populacional e nos custos relacionados à gestão dos serviços.

5.5 Idoso, o Sedentarismo e a Atividade Física

O sedentarismo é mais prevalente entre mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível socioeconômico e incapacitados. A atividade física também diminui com a idade, tendo início durante a adolescência e declinando na idade adulta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O sedentarismo tende a acompanhar o envelhecimento. Nas últimas décadas ele vem sofrendo importante pressão do avanço tecnológico é considerado um importante fator de risco para as doenças crônico-degenerativas, especialmente as afecções cardiovasculares, principal causa de morte nos idosos (ALVES *et al*, 2004).

O Ministério da Saúde também considera que a inatividade física é um dos mais importantes fatores de risco para as doenças crônicas, associadas a dieta inadequada e uso do fumo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos. O estilo de vida contemporâneo propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão (BRASIL, 2006).

Para Mazo, Mota e Gonçalves (2004) a atividade física proporciona mudanças no estilo de vida dos idosos, pois evita uma vida inativa ou sedentária e o aparecimento de doenças características da terceira idade.

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal decorrente de contração muscular, com dispêndio energético acima do repouso que, em última análise, permite o aumento da força física, flexibilidade do corpo e maior resistência, com mudanças, seja no campo da composição corporal ou de desempenho desportiva. A prática de atividade física regular demonstra a opção por um estilo de vida mais ativo, relacionado ao comportamento humano voluntário, onde se integram componentes e determinantes de ordem biológica e psico-sócio-cultural (BATISTA *et al*, 2003, p.2).

A pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do *diabetes mellitus* tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Atualmente, está comprovada que quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações físicas ela tem. Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios

físicos promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos (REBELATTO *et al*, 2006).

Para Rebelatto e outros (2006), a prática regular de atividade física é uma estratégia preventiva primária, atrativa e eficaz, para manter e aprimorar o estado de saúde física e psíquica em qualquer idade, tendo efeitos benéficos diretos e indiretos para prevenir e retardar as perdas funcionais do envelhecimento, diminuindo o risco de enfermidades e transtornos que são comuns na terceira idade, tais como as coronariopatias, a hipertensão arterial, o *diabetes mellitus*, a osteoporose, a desnutrição, a ansiedade, a depressão e a insônia.

Dentre os elementos que determina a expectativa de vida com qualidade um é a autonomia funcional para a realização das atividades da vida diárias (AVD). A preservação dessa autonomia funcional das pessoas idosas parece estar relacionada com o padrão de atividade física exercida ao longo da vida. Os transtornos causados pela perda progressiva da autonomia refletem-se nos diversos domínios da vida do idoso, acarretando consequências, como uma motricidade desequilibrada e precária. Hoje em dia, cada vez mais, recomenda-se a prática de atividade física para a manutenção da saúde, o que certamente possibilita um envelhecimento saudável, ou seja, de forma ativa, proporcionando ao idoso autonomia para manter um bom desempenho na realização da AVD (GUIMARÃES *et al*, 2008).

Ainda conforme Guimarães e outros (2008):

Apesar das vantagens da atividade física, uma grande parte da população idosa é inativa ou se exercita em níveis insuficientes para alcançar resultados satisfatórios para a saúde. Com isso, doenças associadas ao estilo de vida sedentário têm se tornado importante problema de saúde pública mundial (GUIMARÃES *et al*, 2008).

Foram relatados também efeitos positivos da atividade física no tratamento primário ou complementar da aterosclerose, da enfermidade venosa periférica, da osteoporose, assim como benefícios psicológicos em curto prazo (diminuição da ansiedade e do estresse) e em longo prazo (alterações positivas na depressão moderada, no estado de humor e na autoestima).

Mais recentemente, tem-se demonstrado uma importante relação entre a intensidade de exercícios físicos e a resposta imunológica, tendo a literatura sido invadida por diversos estudos que evidenciam menor prevalência de alguns tipos de câncer em grupos de pessoas mais ativas (BRASIL, 2002).

A contribuição da atividade física para a saúde esta associada a uma redução do nível de risco ao qual cada pessoa está sujeita durante a vida, sendo necessárias algumas recomendações, a fim de melhorar a condição física e desenvolver atitudes favoráveis a esse tipo de atividade (GUIMARÃES *et al*, 2008).

Sendo assim fica evidente conhecer sobre quais são as motivações que levam o indivíduo idoso a participar de um programa de atividade física, permitindo assim intervenções que estejam de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, devem contemplar as motivações relacionadas a fatores internos e externos.

Lira (2000) comenta essas duas dimensões da motivação: intrínseca e extrínseca. “O primeiro refere-se ao interesse, ao desejo e ao prazer de participar que atuam no espírito dos indivíduos para levá-los à ação. O segundo refere-se ao uso de incentivos ou por valores de ordem social, relacional, afirmação, hierarquia, diferença.

Portanto podemos perceber que existem vários fatores motivacionais que levam as pessoas a busca pela adesão e a manutenção de programas de atividade física como: social, aparência, prazer, competência, dentre outros.

Acredita-se que uma das formas para ajudar a combater o sedentarismo seria identificar o que motiva as pessoas a se engajarem em atividades físicas regularmente. Para tal, estudos sobre motivação à prática de atividades físicas centram-se na compreensão dos fatores e processos associados à adesão, persistência e abandono da atividade física regular.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção para o Centro de Saúde de Miravânia-MG foi elaborado por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os passos a seguir:

6.1 Primeiro passo

Identificação da população:

O município de Miravânia em 2012 possui uma população de 4.549 habitantes, sendo atendidos por duas equipes de saúde da família com cobertura de 100%, sendo população feminina 2.266 habitantes e população masculina 2.283 habitantes.

A equipe de saúde atende a população através de Visitas domiciliares, Consultas médicas, Consultas de enfermagem; Consultas odontológicas; procedimentos e assistência de enfermagem, grupos educativos entre outros.

Existem ainda exames laboratoriais que são realizados e analisados no município, ou enviados para analisar em laboratórios na cidade de Montalvânia, custeados pelo município de Miravânia.

Os serviços de saúde no município como atendimento médico e de enfermagem são demanda espontânea já atendimento odontológico são agendados pelos agentes comunitários de saúde. O atendimento de urgência, média e alta complexidade é através de pactuação nos hospitais de Manga, Montalvânia, Januária ou Montes Claros.

No município de Miravânia localizado no Norte de Minas Gerais, segundo dados a mesma conta com uma parcela de idosos na qual representa aproximadamente 12, 134% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2012).

Em toda área de abrangência do PSF existe um grande número de pacientes com problemas crônicos, desta destaca a Hipertensão Arterial e Diabetes tipo 2.

A tabela 1 apresenta os dados sobre as doenças crônicas mais comuns no município de Miravânia, podemos comprovar número elevado na faixa etária do presente estudo a hipertensão arterial e diabetes tipo 2.

Tabela 1 Doenças referidas segundo a faixa etária da área de abrangência da equipe de saúde da família do município de Miravânia-MG 2012.

DOENÇAS REFERIDAS SEGUNDO A FAIXA ETARIA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MIRAVÂNIA-MG 2012			
Doenças	0 A 14 ANOS	15 ANOS E MAIS	TOTAL
Diabetes Tipo 2	0	48	48
Hipertensão arterial	0	454	454
Tuberculose	0	05	05
Hanseníase	0	01	01

Fonte: SIAB-Municipal 2012

6.2 Segundo passo

Identificação das doenças crônicas comuns ao município:

Segundo os dados apresentados verificamos que a hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 registra alto índice no município de Miravânia. Verificamos também que também o alto índice de tabagista, porém o município no momento não tem mais dados sobre o problema, mas está sendo realizada uma busca ativa para obter esses dados.

A tabela 2 apresenta os dados sobre a priorização dos problemas enfrentados no centro de saúde de Miravânia, na qual é possível visualizar grandes índices de doenças como hipertensão arterial, parasitoses e dentre como mostra a tabela.

Tabela 2 Apresenta os dados de Priorização dos Problemas do Centro de Saúde de Miravânia-MG 2012.

Centro de Saúde de Miravânia-MG/Priorização dos Problemas				
PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIAS	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Alta Prevalência de Hipertensão Arterial	Alto	08	Parcial	01
Alta Prevalência de Parasitoses Intestinais	Alto	07	Parcial	02
Alcoolismo	Alto	05	Parcial	05
Alta prevalência de cárie dentária	Alto	06	Parcial	03
Desemprego	Alto	04	Fora	07
Falta de opções de lazer	Alto	03	Fora	10
Falta de esgoto	Alto	06	Fora	04
Grande demanda de pessoas da unidade	Alto	07	Parcial	02
Falta de visita domiciliar do médico e enfermeiro	Alto	02	Dentro	09
Acúmulo de lixo nos lotes	Médio	04	Fora	08
Violência	Alto	05	Fora	06

Fonte: SIAB-Municipal 2012.

Como apresentamos vimos a doença crônica mais comum no município de Miravânia desta forma acreditou que seja importante reforçar sobre a importância da atividade física na promoção da saúde do idoso.

Pois a prática de atividade física proporciona melhorias na saúde do indivíduo, entretanto outros fatores devem ser considerados. Existem benefícios, por exemplo, no sistema cardiovascular, no qual “um estilo de vida também é condição importante para a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares” (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Nesse sentido, esclarecer os comprometimentos que envolvem o processo de envelhecimento, assim como a atividade física e o estilo de vida (alimentação, cuidados com a saúde, etc.) que intervêm sobre os mesmos devem estar incluídos

nos programas de atividade física para idosos, evitando-se com isso frustrações e evasões nos programas.

Já a tabela 3 apresenta os problemas relacionados com a hipertensão arterial no centro de saúde de Miravânia, onde é possível verificar um elevado índice de problema de saúde devido a hipertensão arterial.

Tabela 3 Apresenta Os Problemas Relacionados Com A Hipertensão Arterial Verificadas No Centro De Saúde De Miravânia-MG.

DESCRIPTORIOS DO PROBLEMA HIPERTENSÃO ARTERIAL-CENTRO DE SAÚDE DE MIRAVÂNIA-MG									
INDICADORES	VALORES								FONTES
	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	
Hipertensos cadastrados	43	79	50	60	46	47	60	69	SIAB
Hipertensos confirmados	43	79	50	60	46	47	60	69	Registro da Equipe
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	20	10	25	30	20	15	25	35	Registro da Equipe
Hipertensos controlados	46	51	47	54	51	40	55	62	Registro da Equipe
Sobrepeso *	20	23	21	18	15	25	20	30	Registro da Equipe
Sedentários *	20	23	21	18	15	25	20	30	Registro da Equipe
Internações	2	4	3	0	9	5	4	7	Registro da Equipe

Fonte: SIAB-Municipal 2012.

6.3 Terceiro passo

Identificação do problema:

Apresentaremos a descrição dos problemas selecionados. Foram definidos a partir dos descritores indicativos do Centro de Saúde de Miravânia-MG.

Na observação ativa fica evidente o sedentarismo, a população não possui hábito de praticar algum exercício físico. No município existem duas academias privadas recentemente instaladas frequentadas em sua maioria por adolescentes e jovens. Raramente se vê pessoas realizando caminhadas, no PSF não possui

educador físico, a enfermeira da unidade realiza ginástica com os idosos três vezes por semana, registrado aqui que não especialidade de enfermeiros apresentarem atividades física e sim o educador físico, porém a frequência e baixíssima, não existe incentivo para a praticas de exercícios físicos por parte da administração publica e muito menos espaço seguro para essas práticas.

De acordo com os dados apresentados nos quadros acima o acompanhamento dos hipertensos é baixa devido a grande demanda e ainda na unidade não possui grupo operativo de hipertensos.

Verificamos também a evidência dos hábitos alimentares típico com uso de gordura animal em grande quantidade, carne vermelha, pouca disponibilidade de frutas e verduras e conseqüentemente alto custam o que limita a aquisição desses produtos.

De acordo com o trabalho abordado podemos observar que um dos fatores facilitadores da prática da atividade física e quanto um ambiente seguro na qual garante praticidade para o acesso ao local da atividade física, mas também porque tal proximidade possibilita aos indivíduos um senso de familiaridade e segurança em relação ao ambiente.

Já os dificultadores podemos observar que são os problemas climáticos que serve como barreiras para a prática da atividade física regular. Pois os mesmo caminham em local sem coberturas que, uma vez que fazem a sua atividade ao ar livre e, portanto, ficam mais expostos à chuva e ao sol.

Outro ponto também que muitas das vezes são abordados pelos grupos de idoso e em relataram que os mesmos enfrentam dores e problemas de saúde que, direta ou indiretamente, afetam o seu engajamento em atividade física.

Sendo assim de acordo com a identificação dos problemas facilitadores e dificultadores das práticas de atividade física, podemos identificamos através dos dados obtidos o grande índice de sedentarismo na grande parte da população idosa, na qual requer medidas de promoção e políticas para enfrentar esse problema e desafio e assim contribui de forma justa com a saúde da população de idosos, levando assim cada vez mais a garantia de saúde e direito de todos.

6.4 Quarto passo

Identificação do esquema explicativo

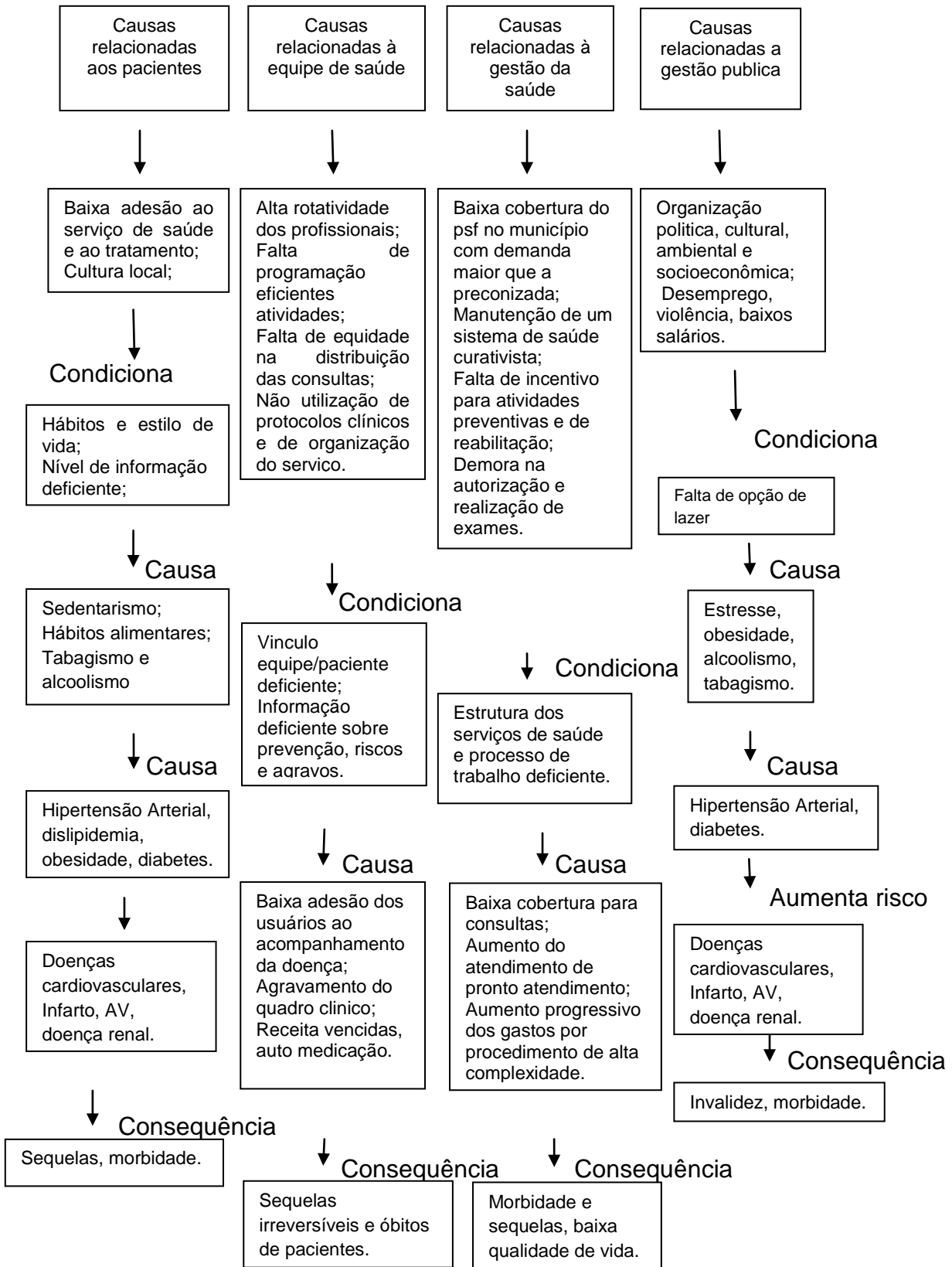
Com a chegada da terceira idade a prática de alguma atividade física traz inúmeros benefícios. Mas é certo também que esse hábito deve vir das fases anteriores a fim de que os seus benefícios reflitam na fase senil da vida. O motivo alegado por mais da metade dos idosos em relação a não-prática da atividade física foi exatamente a limitação física devido a problemas de saúde. Sabe-se que o exercício físico moderado e regular contribui para manter as estruturas orgânicas e o bem estar físico, levando à diminuição do ritmo do processo de degeneração.

Araújo e Alves (2000) alegam que o idoso, de uma maneira geral, tem maior propensão a conviver com problemas de saúde, o que não necessariamente o incapacita física e emocionalmente. A importância do indicador sobre restrição de atividade por conta de problema de saúde relaciona-se com a capacidade de manutenção das atividades rotineiras, independentemente da condição de saúde.

Muitas vezes os próprios idosos confundem alterações fisiológicas provindas da senilidade com alterações patológicas e acabam se apegando a essa condição insatisfatória. Eles necessitam saber que é possível controlar problemas de saúde comuns nessa etapa através de assistência adequada que é oferecida pela atenção básica de saúde.

O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas conforme esquema abaixo:

Esquema explicativo do problema Hipertensão Arterial



6.5 Quinto passo

Identificação do “nó crítico”:

No quinto passo a equipe realizou uma análise capaz de identificar, entre as várias causas àquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise utilizamos o conceito de “nó crítico”:

Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Nós críticos (NC):

- **NC 1:** Falta de programação eficientes das atividades (agendas lotadas, atraso nos atendimentos, desmarcação frequente de consultas, filas para marcação de fichas): Essa situação é muito comum é difícil de ser resolvida sem planejamento e empenho de toda equipe e dificulta o vínculo dos pacientes com a equipe, assim interfere no controle da hipertensão, e aumenta a ocorrência das complicações o que sobrecarrega a equipe e condiciona uma má qualidade de vida para os pacientes. A organização da agenda, o planejamento das atividades e capacitação dos profissionais quebraria esse ciclo vicioso, melhoraria o atendimento e a satisfação dos pacientes e profissionais.
- **NC 2:** Não utilização de protocolos clínicos e de organização do serviço para hipertensos (condutas divergentes, não estabelecimento de metas): O uso de protocolos pode melhorar o acompanhamento de riscos e agravos, melhorar a autonomia do paciente hipertenso através de uma atenção integral.
- **NC 3:** Falta de opção de lazer: Em Miravânia observa se a falta de opção de lazer, além da má utilização dos espaços público para essas praticas não se observa nenhum incentivo, estes fatores interferem diretamente na qualidade de vida da população. Sabe se da importância de ocupar o tempo livre das crianças, jovens, adultos e principalmente idosos, pois as atividades de lazer,

principalmente as recreativas com atividades físicas orientadas por um profissional, contribui para diminuir o estresse, a ansiedade, ajuda a diminuir o uso de álcool, tabaco e medicação psicotrópica, ainda ajuda a diminuir a obesidade, auxilia no controle da hipertensão e diabetes, melhorando a qualidade de vida.

Apresentamos a tabela 4 abaixo resumindo dos nós críticos a serem enfrentados no município de Miravânia.

Tabela 4 Apresenta resumo dos nós críticos a serem enfrentados no município de Miravânia-MG.

	Hábitos estilos de vida inadequados
NOS CRITICOS	Baixo nível de Conhecimento e a falta de informação da população acerca da prática de atividade Física.
	Falta de programação eficiente das agendas
	Baixo nível de informação da população

6.6 Sexto passo

Ações propostas:

Apresentamos a descrição das operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos. Identificamos os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações conforme Tabela 05 abaixo:

Tabela 5 Operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de conhecimento e a falta de informação da população acerca da prática de atividade Física.	Construindo Saber; Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da atividade física na promoção da saúde do idoso.	População mais informada sobre a importância da atividade física. Equipe capacitada para fornecer melhor atendimentos aos idosos.	Aumentos de informação sobre a importância da atividade física na promoção da saúde do idoso	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial.
Hábitos e estilos de vida inadequados	Viver Melhor; Modificar hábitos e estilos de vida da população. Principalmente alimentação e atividade física.	-Diminuição do número de pessoas sedentárias em grande parte da população -Alteração dos hábitos alimentares em grande parte da população.	Programa de caminhada orientada; Programa alimentação saudável, com ênfase maior diminuição de sal e gorduras.	Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informações sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, áudio visuais.
Não adesão ao tratamento por grande parte dos pacientes e falta do apoio familiar.	Apoio familiar é essencial. Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da atividade física na promoção da saúde do idoso.	Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos idosos.	Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento dos problemas de saúde.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, materiais. Organizacionais: organização da agenda.

A atividade física realizada com regularidade é uma das principais bases para a manutenção da saúde em qualquer idade. Portanto a importância da

orientação feita pelo profissional de saúde a cerca da prática de atividade física e muito importante como uma forma não só da prevenção primária das doenças crônicas, mas também da prevenção secundária em pacientes com doenças cardiovasculares e outras enfermidades.

A busca pela prática da atividade física deve ser incentivada por meio de ações de promoção da saúde desenvolvidas dentro da equipe de saúde, onde conforme os efeitos da diminuição natural do desempenho físico podem ser atenuados se forem desenvolvidos com os idosos, programas de atividades físicas que visem à melhoria das capacidades motoras que apoiam a realização de sua vida cotidiana, dando ênfase na manutenção das aptidões físicas de principal importância no seu bem estar.

6.7 Sétimo passo

Recursos Necessários:

Apresentamos os recursos críticos identificados que devem ser consumidos em cada operação, conforme tabela 6.

Tabela 6 Recursos críticos para o problema.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Elaborar agenda programada. Organizar agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária á saúde.	Financeiros: Para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas. Políticos: aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.
Utilizar os protocolos. Adotar a linha guia: saúde do adulto-hipertensos e diabéticos como referencia.	Financeiros: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos. Políticos: aprovação do projeto pelo secretário de saúde.
Projeto: academia na praça.	Organizacional: para organizar os grupos de caminhada, de artes e eventos esportivos; Políticos: mobilização social articulação intersetorial entre profissionais envolvidos; Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, materiais para oficinas, folhetos educativos; Cognitivos: interesse da equipe, estratégia de comunicação.

6.8 Oitavo passo

Viabilidade do Plano:

Foi realizada a análise de viabilidade do plano. O autor que está planejando não controla todos os recursos necessários do seu plano, sendo assim ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano, conforme a tabela 7.

Tabela 7 Análise da Viabilidade do Plano

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	

<p>Elaborar agenda programada. Organizar agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária á saúde.</p>	<p>Financeiros: Para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas. Políticos: aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.</p>	<p>Coordenador da atenção primária á saúde.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não necessária</p>
<p>Utilizar os protocolos. Adotar a linha guia: saúde do adulto-hipertensos e diabéticos como referencia.</p>	<p>Financeiros: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos. Políticos: aprovação do projeto secretário de saúde.</p>	<p>Coordenador da atenção primária á saúde.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para a secretaria municipal de saúde, conselho municipal de saúde, funcionários da Atenção Primária à saúde.</p>
		<p>Secretário Municipal de saúde.</p>	<p>Indiferente</p>	
		<p>Lideranças locais.</p>	<p>Indiferente</p>	

6.9 Nono passo

Atores sociais /Equipe/ responsabilidade:

Apresentamos a tabela 8 abaixo de acordo com a elaboração do plano operativo com a identificação do projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários, com o objetivo de designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das operações. Os prazos propostos para realização do projeto foram de seis meses de fevereiro de 2013 a julho de 2013.

Tabela 8 Resultados e produtos esperados, recursos necessários.

Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários	Responsável	Prazo
Construindo Saber Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da atividade física na promoção da saúde do idoso.	População mais informada sobre a importância da atividade física. Equipe capacitada para fornecer melhor atendimentos aos idosos.	Aumentos de informação sobre a importância da atividade física na promoção da saúde do idoso	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial.	Enfermeira responsável pela unidade e equipe de Saúde. Acompanhado pelo Enfermeiro do PROVAB.	Maio a Julho de 2013.
Praticas de atividade Físicas. Modificar hábitos e estilos de vida da população . Principalmente alimentação e atividade física.	-Diminuição do número de pessoas sedentárias em grande parte da população -Alteração dos hábitos alimentares em grande parte da população.	Programa de caminhada orientada; Programa alimentação saudável, com ênfase maior diminuição de sal e gorduras.	Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informações sobre o tema. Político: conseguir espaço local Financeiros: folhetos educativos.	Enfermeira responsável pela unidade e equipe de Saúde. Acompanhado pelo Enfermeiro do PROVAB.	Julho a Dezembro de 2013
Apoio familiar é essencial. Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da atividade física na promoção da saúde do idoso.	Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos idosos.	Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento dos problemas de saúde da população idosa.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: organização da agenda.	Enfermeira responsável pela unidade e equipe de Saúde. Acompanhado pelo Enfermeiro do PROVAB.	Julho a Dezembro de 2013

6.10 Décimo passo

Cronograma:

Apresentamos o momento tático-operacional, no qual é realizado a descrição da gestão do plano, cujo os objetivos são desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Durante a fase de implantação do projeto de intervenção será realizado reuniões mensais com a ESF para avaliação.

Tabela 8 Acompanhamento do Plano de Ação

Construindo Saber					
CORDENAÇÃO GERAL: Isabella Diamantino					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Programação mensal da agenda.	Toda a equipe.	3 meses	Projeto em discussão.	Elaboração do projeto.	

Tabela 9 Acompanhamento do Plano de Ação

Praticas das atividades Físicas					
CORDENAÇÃO GERAL: Isabella Diamantino					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Protocolo elaborado e implementado.	Enfermeiro da unidade mais médico responsável pela equipe.	3 meses	Projeto em discussão.	Elaboração do projeto.	

Tabela 10 Acompanhamento do Plano de Ação

Apoio familiar é essencial					
CORDENAÇÃO GERAL: Isabella Diamantino					

Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Realização de Orientação sobre a importância da participação da família.	Equipe de saúde.	3 meses.	Projeto em discussão.	Elaboração do projeto.	
Grupos operativos.	Enfermeiro e Téc.Enf. e Agentes comunitários de saúde.	1 meses após início do projeto.	Projeto em discussão.	Elaboração do projeto.	
Grupo de convivência.	Psicóloga e a equipe de saúde.	6 meses.	Projeto em discussão.	Elaboração do projeto.	

6.11 Avaliação Das Ações Implementadas

A avaliação das ações de saúde é um processo complexo e contínuo e que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e estão tendo os resultados esperados conforme tabela 9.

Tabela 11 Planilha de acompanhamento da Atividade Física

Atividade Física
Planilha de acompanhamento

Indicadores	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano		Satisfação dos usuários	Satisfação dos profissionais
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Idosos							Ótimo () Bom ()	Ótimo () Bom ()
Esperados							Regular ()	Regular ()
Hipertensos							Ótimo () Bom ()	Ótimo () Bom ()
esperados							Regular ()	Regular ()
Diabéticos							Ótimo () Bom ()	Ótimo () Bom ()
esperados							Regular ()	Regular ()
Sobrepeso							Ótimo () Bom ()	Ótimo () Bom ()
							Regular ()	Regular ()
Tabagista							Ótimo () Bom ()	Ótimo () Bom ()
							Regular ()	Regular ()
Sedentários							Ótimo () Bom ()	Ótimo () Bom ()
							Regular ()	Regular ()
Estresse							Ótimo () Bom ()	Ótimo () Bom ()
							Regular ()	Regular ()
Usuários em uso de							Ótimo () Bom ()	Ótimo () Bom ()
psicotrópicos							Regular ()	Regular ()
Observação:								

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura mostra o grande impacto que o sedentarismo vem trazendo para a vida das pessoas. E acima de tudo questões relativas à atividade física, mostrando que o crescimento demográfico da população idosa é uma realidade mundial devido a grandes mudanças demográficas que vem levando a um envelhecimento da população e uma maior expectativa de vida na qual implica em uma grande demanda da utilização dos serviços de saúde.

Portanto pode-se observar e comprovar a grande importância da prática de atividade física regular para favorecer um envelhecimento saudável, garantindo assim a prevenção dos surgimentos de doenças mórbidas.

O presente estudo verificou que durante o desenvolvimento desse trabalho há necessidades de criar e de estabelecer ações de políticas de saúde que garantam a promoção um envelhecimento saudável com mais qualidade de vida, buscando assim superar as barreiras e fatores que dificultam essa população de idosos a adesão e participação aos programas de atividades físicas.

Esperamos que este trabalho possa contribuir para sensibilizar, e estimular a todas as pessoas sedentárias e principalmente a população de idosos sobre a importância de se praticar exercícios físicos para a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, Roseane Victor *et al.* Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v.10, n.1, Jan-Fev, 2004

ARAÚJO, Tereza Cristina Nascimento; ALVES, Maria Isabel Coelho. **Perfil da População Idosa no Brasil**. Textos Envelhecimento, v.3, n.3, fev. Rio de Janeiro, 2000.

ASSIS, Mônica de. **Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ**. Biblioteca de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 220 p. 2004. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0487.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) 100 p. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/php/index.php>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

BARRETO, Sandhi Maria. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010-311X2006000900034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2013.

BATISTA, Daniele Costa *et al.* Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v. 3, n. 2, abr./jun. 2003.

BELTRÃO, Kaizô Iwakami; CAMARANO, Amélia; KANSO, Solange. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, agosto de 2004.

BESEN, Candice Boppré *et al.* **A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde**. Saúde e Sociedade, Santa Catarina, v.16, n.1, p.57-68, jan/abr. 2007.

BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; MOTA, Jorge Augusto Pinto da Silva. **Uma proposta de política pública de atividade física para idosos**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.16, n.3, jul/set, 2007 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção a Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 19), 192 p. 2006. Disponível

em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad19.pdf>
Acesso em: 09 mar. 2013.

BRASIL. **Parecer nº 1301 de 2003**. Estatuto do Idoso. Projeto de Lei da Câmara nº 57. Brasília, DF: Senado Federal, Comissão Diretora, 2003.

BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 out, 2006a.

CAMARANO, Ana Amélia. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?. **Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada**, Rio de Janeiro. 2004.

FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida de. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008

GOMES, Pedrina Viana. **Grupo dos mais vividos do SESC/DF, Unidade 913 Sul: Uma medida de melhoria da qualidade de vida**. 2009. 61f. Monografia (conclusão de curso) - Universidade de Brasília, Departamento de serviço Social, Brasília.

GUIMARÃES *et al.* **Efeitos de um programa de atividade física sobre o nível de autonomia de idosos participantes do programa saúde da família**. Fitness Perfomace Jornal, Rio de Janeiro, v.7, n.1, dez. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Minas Gerais**. 2009. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Minas Gerais**. 2012. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topindow.htm>>. Acesso em: 30 Ago. 2012.

JORGE, Maria Helena de Melo *et al.*: **A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v.17, n.4, dez, Brasília, 2008.

LOUVISON, Marília Cristina Prado. **Políticas Públicas de saúde da Pessoa Idosa no SUS**. 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/texto_politicas.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2013

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A Promoção da Saúde e da Atividade Física no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Minas Gerais, v.13, n.1. 2008

MAZO, Giovana Zarpellon; MOTA; Jorge A. Pinto da Silva; GONÇALVES, Lucia H. Takase. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, p. 115-118 - jan./jun. 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em:

<<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhasguia/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>> Acesso em: 09 mar. 2013

MIRAVÂNIA, MG - Prefeitura Municipal de Miravânia/Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**, Miravânia, 2012.

MOTTA, Luciana Branco da. **Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization. Brasília, 2005.

PACHECO, Rosane Oliveira; SANTOS, Silvana Sidney Costa. Avaliação Global de Idosos em unidades de PSF. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Pernambuco, v. 7, n.2, 2004.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco; SALLES, Renata Freitas Nogueira; FRANCO, Renato Prudente. In: FILHO, Eurico Thomaz de Carvalho; NETTO, Matheus Papaléo. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. **Epidemiologia do Envelhecimento**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. Cap. 2, p.19-34.

PEDRINELLI, André; LEME, Luiz Eugênio Garcez; NOBRE, Ricardo do Serro Azul. O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. **Revista Brasileira de Ortopedia**. v. 44, n.2, p.96-101, 2009.

REBELATTO, José Rubens *et al.* **Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas**. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 10, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2013.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani *et al.* **Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 16, n.3, p.536-45, jul-set, 2007.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v. 37, n.1, Fev, 2003.

SIAB-SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Secretária de Assistência a Saúde / DAB – DATASUS**. Secretária Municipal de Saúde de Miravânia-MG, 2013

SILVESTRE, Jorge Alexandre; NETO, Milton Menezes da Costa. **Abordagem do Idoso em Programas Saúde da Família**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.839-847, maio/jun, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2013.

SIQUEIRA, Fernando *et al.* **Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.1, jan. 2008.

SOUZA, F. P. **Sobrevôo: da ontogênese, passando pela infância e se detendo na velhice.** Belo Horizonte, v. 2, 1998. Disponível em: <<http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista2/sobrevoo/cap3.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

SMELTZER, Suzanne,C.; BARE, Brenda, G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10. ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

VERAS, Renato Peixoto *et al.* **A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso.** Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2013.