

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

**GEISY QUINTANA LEON**

**PROMOÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMARIA**

**BELO HORIZONTE**

**2015**

**GEISY QUINTANA LEON**

**PROMOÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMARIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

**Orientadora: Profa. Ms. ROSELANE DA  
CONCEIÇÃO LOMEIO**

**BELO HORIZONTE**

**2015**

**GEISY QUINTANA LEON**

**PROMOÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMARIA**

Banca examinadora:

Profa. Ms. Roselane da Conceição Lomeo (orientadora)

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Dedicatória*

---

*A meu esposo por estar sempre o meu lado e pelo apoio incondicional.*

*A meu filho que é a luz de minha vida.*

*A meus pais que sem eles hoje não poderia estar aqui.*

---

*Agradecimentos*

*Primeiramente agradeço a Deus pela dádiva da vida.*

*A minha orientadora pela colaboração na realização deste projeto.*

*A minha Equipe de Saúde da Família Azul, Santa Monica pelo apoio prestado.*

## RESUMO

O envelhecimento populacional vem sendo um problema de saúde que atinge a Brasil na atualidade. Em nossa população o incremento de indivíduos nessa faixa etária é notório, assim como a falta de estratégias para enfrentar esse problema. O presente estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção direcionada a promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dos usuários idosos atendidos pela Equipe Azul do Centro de Saúde Santa Monica Anexo, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Realizou-se uma revisão de literatura relacionada ao idoso na atenção primária com base em artigos indexados nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e MEDLINE. A partir da revisão da literatura, confirmaram-se os benefícios físicos, psicológicos e sociais advindos da prática de atividade física pelos indivíduos maiores de 60 anos e a experiência na aplicação de programas de atividade física no Brasil. O eixo principal da proposta de intervenção foi a prática de atividade física pelos idosos, supervisionada por profissionais da equipe de saúde da família. Pretende-se oferecer a oportunidade de se adotar um estilo de vida mais ativo, reduzir os riscos à saúde e melhorar a qualidade de vida dos idosos. Tendo em consideração a necessidade de implementação de programas que estimulem a adoção de estilo de vida ativo, cabe aos profissionais de saúde ser os facilitadores dos mesmos e lograr a conquista de um envelhecimento saudável.

**Palavras Chave:** Promoção da saúde; Qualidade de vida, Idosos, Atividade física.

## **ABSTRACT**

Population aging has been a health problem that affects Brazil today. In our population the increase of individuals in this age group is striking, as well as the lack of strategies to address this problem. This study aimed to develop an intervention proposal aimed to promote health and improve the quality of life of older users served by the Blue Team Health Center Santa Monica Annex, the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. We conducted a literature review on the elderly in primary care based on articles indexed in the databases of the Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and MEDLINE. From the literature review, confirmed to the physical, psychological and social benefits from physical activity for individuals over 60 years' experience in the application of physical activity programs in Brazil. The main axis of intervention proposal was the practice of physical activity for the elderly, supervised by family health team professionals. It is intended to offer the opportunity to adopt a more active lifestyle, reduce health risks and improve the quality of life for seniors. Taking into account the need to implement programs that encourage the adoption of an active lifestyle, it is for health professionals to be facilitators of the same and achieve the conquest of healthy.

**Keywords:** Health Promotion; Quality of life; Elderly; Physical activity.

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2.</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>13</b>
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
5.1	Promoção da saúde de idosos .....	15
5.2	Qualidade de vida no contexto da terceira idade .....	16
5.3	Atividade física na terceira idade .....	17
5.4	Experiência brasileira em programas de atividade física .....	19
<b>6.</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa tem sido tema de debate em diferentes fatores da sociedade pelo fato de indiretamente, o envelhecimento apresentar ligação com problemas de saúde que atinge populações do Brasil e do mundo. Tanto o Brasil quanto outros países estão passando por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso (RAMOS *et al.*, 1993; RODRIGUES *et al.* 2007).

Caetano e Tavares (2008) apontam que a expectativa de vida vem aumentando desde a década de 60 em razão da queda de coeficientes de mortalidade e de natalidade, alterando de forma significativa a estrutura etária do país e as causas de mortalidade. Em 2002, a população idosa brasileira ultrapassou os 15 milhões, e estima-se que ultrapasse 32 milhões até o ano de 2022.

Vários são os fatores que contribuem para diminuir os óbitos precoces e conseqüentemente aumentar a longevidade populacional, destacando-se o aumento da escolaridade, a melhora da qualidade de vida, opções de estilo de vida mais saudáveis e maior cobertura das ações na atenção (FINCH; SCHNEIDER, 1997).

O perfil epidemiológico do país mostra uma crescente demanda por promoção da saúde e prevenção de agravos a saúde com assistência aos idosos através de acompanhamento de equipes multidisciplinares. A atenção à saúde do indivíduo deve ser de uma forma global favorecendo um equilíbrio físico e psíquico que envolva atividades terapêuticas clínicas e alternativas, como atividade física, artísticas e culturais, entre outras (CHAIMOWICZ, 1997; PAPALETTO NETO; PONTE, 2002; FRANCISCO *et al.*, 2003; LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

O processo natural de envelhecimento provoca incremento das doenças crônicas e incapacitantes que acarretam limitações físicas e intelectuais, comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos da terceira idade, o que implica um aumento das demandas sociais, desafio que deve enfrentar a saúde pública nos dias atuais. Prolongar os anos de vida é importante para qualquer sociedade, sempre que se enfrente essa fase com qualidade (LIMA COSTA; VERAS, 2003; VERAS *et al.*, 2008).

A promoção de saúde da população idosa implica busca de estratégias para melhorar a qualidade de vida destes, como o aumento da expectativa de vida, a redução e o controle de agravos de

saúde e melhora do bem estar físico e mental.

O lazer e a prática de atividade física podem fazer parte de estratégias de promoção de saúde de idosos por proporcionarem benefícios que intervêm de sobremaneira na saúde destes. Os benefícios implicam na melhora de aspectos físicos, psicológicos e sócias (BARBOSA, 2000).

O presente trabalho está centrado no Município Belo Horizonte, capital do estado Minas Gerais, que pertence à Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte e à Microrregião de Belo Horizonte, distando 716 km de Brasília, capital nacional. Esta cercada pela Serra do Curral. Têm como municípios limítrofes Vespasiano, Ribeirão das Neves, Contagem, Ibité, Brumadinho, Nova Lima, Sabará e Santa Luiza. O município conta com 2.375.151 habitantes, deles o 53,12% (1.261.638) é do sexo feminino e o 46,88% (1.113.513) do sexo masculino (IBGE, 2010).

A área total do município é de 330 km<sup>2</sup> e conta com aproximadamente 628.447 famílias. O índice de Desenvolvimento Humano é 0,810. A taxa de urbanização é de 100% e a renda media familiar de 0,841. O 99,26% dos domicílios é atendido pela rede geral de abastecimento de agua. Em Belo Horizonte existe a maior estação de tratamento de esgoto de América Latina (COPASA) que trata o 100% dos esgotos coletados no município. As principais atividades econômicas são o processamento de minérios, indústria, agricultura, serviços de informática, biotecnologia e medicina.

Segundo IBGE (2010), Belo Horizonte têm uma taxa de crescimento anual de 6,1% e a densidade demográfica é de 7491,09 habitantes/km<sup>2</sup>. O índice de analfabetismo alcançou 4,6 % no 2009 e o índice de desenvolvimento da educação básica é de 0,737. A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 1,4 %. A população usuária da assistência à saúde no SUS cresceu-o em Belo Horizonte de 72 % desde 2003.

Os conselhos municipais de saúde são encarregados de fiscalizar e aprovar as contas da secretaria Municipal de Saúde representando a população. Quer dizer que cabe ao Conselho fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados á área de saúde no município.

O programa de Saúde da Família foi implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994; em Belo Horizonte tem cobertura aproximadamente para 84 % da população da capital. O município conta com 147 postos de saúde, 556 equipes de saúde, 307 equipes de saúde bucal, 147 equipes de saúde mental e 48 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte é organizado em uma rede de atenção à saúde,

composta por diferentes pontos e/ou equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, como a Atenção Primária a Saúde (APS), Atenção Especializada/Rede Complementar, Atenção Hospitalar, Rede de Apoio Diagnóstico, Atenção às Urgências e Emergências, Apoio a Assistência e Vigilância em Saúde.

O Centro de Saúde Santa Mônica Anexo localiza-se na Rua Ministro de Oliveira Salazar, no Bairro Santa Mônica na Regional Venda Nova, ao Norte do Município Belo Horizonte. Trata-se de um anexo da Unidade Básica de Saúde Santa Monica, é uma casa adaptada, que conta com três equipes de saúde da família; o Azul, o Ouro e o Vermelho que tem os consultórios médicos no segundo andar.

A Equipe de Saúde Azul têm sob sua responsabilidade uma população de aproximadamente 3.065 habitantes e 1.166 famílias cadastradas. Do total da população, 1.708 são do sexo feminino e 1.357 do sexo masculino. O grupo menor de 15 anos de idade é representado por 5.48% e, a população de idosos é de 17,13% (525 idosos) do total de usuários cadastrados, percentagem significativa frente aos 12,61 % (299.572) de idosos do município de Belo Horizonte (IBGE, 2010).

Segundo os registros de produção da equipe no ano 2013, as principais morbidades são a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Transtornos Mentais, o sedentarismo e o tabagismo.

Na região prevalece como atividade econômica o comércio e o trabalho autônomo. O nível de escolaridade da população é em maior número apresentada pelo ensino médio.

Precisamente por tratar-se de uma casa adaptada, o posto de saúde não conta com todos os espaços necessários como sala de vacina, eletrocardiograma, consultório odontológico, pelo que os pacientes devem deslocar-se uma longa distância (precisam de meio de transporte) para chegar até o outro posto que é a sede para ter acesso a esses serviços. Assim como não conta com salas de reuniões, os profissionais de educação física ficam em local longe de nosso centro.

A carência de programas que atendam as condições de saúde da população idosa, observada na Unidade Básica de Saúde Santa Monica Anexo, em correspondência com o elevado número de pacientes idosos em nossa equipe de saúde foi definido como o problema de primeira prioridade, despertando o interesse em mudar esta realidade, e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos, com foco na promoção de saúde física e mental.

## 2. JUSTIFICATIVA

Atualmente o envelhecimento populacional se apresenta como um dos maiores desafios da saúde pública, e nos países em desenvolvimento, como no Brasil, o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. Acompanhando este fenômeno, cresce também o número de doenças crônicas não transmissíveis e incapacitantes e a demanda de cuidados da saúde (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

As equipes de saúde devem considerar na atenção a população idosa “as diferentes dimensões do processo de envelhecimento: social, biológica, funcional, intelectual, econômica, dentre outras, contribuindo para que o envelhecimento ocorra mantendo-se a qualidade de vida e a inserção social” do indivíduo (CAETANO; TAVARES, 2008, sp.).

Segundo Matsudo (2006) a prática regular de atividade física e a adoção de um estilo de vida ativo são necessárias para manter qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

Após realizar a análise situacional de saúde da população de nossa área de abrangência, determinamos que o principal problema de saúde que temos é a carência de programas que atendam as condições de saúde da população idosa em correspondência com o elevado número de pacientes idosos, o que nos motiva a trabalhar em promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos a partir da prática de atividade física.

### **3. OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção visando promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dos usuários idosos atendidos pela Equipe Azul do Centro de Saúde Santa Monica Anexo, a partir da prática de atividade física.

#### 4. METODOLOGIA

Este estudo refere-se a uma proposta de intervenção junto á população idosa da área de abrangência da Equipe Azul do Centro de Saúde Santa Monica Anexo, com enfoque na promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos a partir da pratica de atividade física.

Para atender ao objetivo proposto foi realizado um estudo descritivo a partir de uma revisão de literatura relacionada ao idoso na atenção primária. Foram utilizados como fonte artigos no banco de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e MEDLINE através da associação de descritores:

- Envelhecimento e Longevidade
- Promoção da Saúde do Idoso
- Atividade Física para os Grupos de Idosos

Para a seleção dos artigos utilizou-se como critérios os artigos disponíveis na íntegra e excluíram-se os artigos que apresentavam apenas o resumo.

A revisão de literatura forneceu dados importantes que permitiram ampliar os conhecimentos e compreender melhor o tema, subsidiando a elaboração do plano de intervenção que seguiu a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional de Campos, Faria e Santos (2010).

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Promoção da Saúde de idosos

Nas civilizações mais antigas já era evidente o interesse por compreender o envelhecimento e as modificações decorrentes do avanço dos anos. Dados epidemiológicos demonstram que a diminuição da taxa de mortalidade e o declínio da fecundidade são causa do aumento da população idosa, o que demanda um maior investimento no setor da saúde (RIBEIRO; PAÚL, 2008; CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

Segundo Lima Costa e Veras (2003), no Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 revelando um aumento de 500% em 40 anos, e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020.

No Censo realizado pelo IBGE (2010), o Brasil tem aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos, o que representa aproximadamente o 10 % da população brasileira.

Conforme a World Health Organization (2002) no século passado vários países conquistaram uma maior expectativa de vida advinda especialmente da melhoria do saneamento básico, da indústria de medicamentos e do avanço das tecnologias na medicina.

Segundo Benedetti, Gonçalves e Motta (2007) o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida tem relação direta com as consequências econômicas e sociais e este fato exige o desenvolvimento de ações de políticas públicas. Por um lado, ocorre a redução das doenças infectocontagiosas, mas por outro o número de doenças crônico-degenerativas tem crescido em consequência do aumento da longevidade.

Com o aumento da idade cronológica as pessoas sofrem mudanças fisiológicas, psicológicas e sócias tornando-se menos ativas, o que pode facilitar a aparição de doenças crônicas que contribuem com o deterioro do processo de envelhecimento (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2000).

## 5.2 Qualidade de vida no contexto da terceira idade

O impacto do envelhecimento na área da saúde pode ser observado nas mudanças epidemiológicas do país, pelo que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve enfrentar o desafio de ampliar as ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência a população idosa (FRANCISCO; DONALISIO; LATORRE, 2003). A atenção primária é a porta de entrada para atender a este desafio através da Estratégia Saúde da Família com a atuação das equipes de saúde comprometidas com a população.

Diferentes autores definem a qualidade de vida como o nível de satisfação com a vida; diversos fatores podem estar associados a ela como atividade física, alimentação, saúde, percepção de bem-estar, condições físicas e ambientais, condição financeira, trabalho, moradia, as relações familiares, de amizades e aspectos espirituais e religiosos (NAHAS, 2001; NERI, 2001; LAWTON, 1991; SILVA, 1999; SPIRDUSO, 2005).

Várias são as estratégias de promoção da saúde, e o fomento de hábitos saudáveis de vida pode ser considerado como um meio de alertar a população para se obter uma vida mais saudável. Para desenvolver hábitos de vida que promovam a melhoria da qualidade de vida, espera-se que sejam incentivadas ações através de políticas públicas nacionais, como o programa de saúde da família. Assim, as doenças crônicas precoces e as complicações advindas da idade avançada como a obesidade, a hipertensão arterial, e o diabetes tipo II, poderão ser evitadas. Como uma das ações, o fomento da prática de atividade física é uma opção que pode minimizar ou retardar o aparecimento de complicações nos idosos (CALDAS, 2003).

Outros benefícios relacionados à saúde física e atribuídos à prática da atividade física dizem respeito ao favorecimento da formação da massa óssea ao garantir a deposição de cálcio nos ossos; melhora da força muscular e a manutenção das articulações; diminuição de quedas e fraturas, melhor funcionamento dos sistemas cardiovascular e respiratório; manutenção da memória e independência do indivíduo; socialização, aumento da autoestima, e conseqüentemente, a melhoria da qualidade e expectativa de vida de idosos (ALVES, 2004).

Os contributos da atividade física relacionados à socialização evidenciam uma maior participação do indivíduo em atividades sociais, resultando na melhora do nível de bem-estar biopsicofísico que contribuem para a melhoria de sua qualidade de vida (BROGAN, 1981; CARDOSO, 1992).

Segundo Matsudo (2006), estimular a prática da atividade física regular durante o processo de envelhecimento é uma maneira de manter-se saudável e ativo, especialmente após os 50 anos. Tanto as atividades aeróbicas, quanto os exercícios de fortalecimento muscular são indicados. Assim, para que um indivíduo logre envelhecer com saúde e qualidade é necessário que adote um estilo de vida ativo no seu dia a dia.

É importante ressaltar que a atividade física em qualquer idade deve ser praticada com acompanhamento profissional. Em se tratando da prática na terceira é importante uma atenção especial a fim de garantir a individualização das atividades de acordo com as necessidades, limitações e patologias de cada indivíduo para otimização dos resultados (LORD; CASTELL, 1994).

Benedetti, Gonçalves, Motta (2007) chamam a atenção a respeito da solicitação de exames médicos prévios para os idosos com o objetivo de assegurar o ingresso nos programas de atividade física. Informar sobre as condições de saúde do indivíduo assegura aos profissionais de educação física um melhor acompanhamento ao indivíduo. Os autores ressaltam ainda que o aumento crescente na implantação de programas de atividades físicas em todo o mundo promove o envolvimento social e cria hábitos saudáveis de vida. No Brasil, as academias ao ar livre e as academias da cidade vem a promover a mudança de hábitos sedentários.

### 5.3 Atividade Física na Terceira Idade

Com o avanço da idade, o indivíduo passa a apresentar aumento de doenças crônicas, diminuição das aptidões físicas, declínio das capacidades funcionais, diminuição da elasticidade e flexibilidade articular, diminuição da massa óssea e muscular, ganho de peso e dificuldades no desempenho motor. É importante destacar que o indivíduo ao praticar uma atividade física regularmente obterá benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais de forma a retardar o processo do envelhecimento e evitar alguns dos declínios relacionados à idade (CERRI; SIMÕES, 2007).

Caso contrário, o sedentarismo poderá contribuir para o aumento da prevalência de distúrbios nutricionais e, também, para o agravamento de doenças crônicas não transmissíveis (MATSUDO, 2001).

Shephard (2003) sugere que mudanças no estilo de vida favoreçam os aspectos físicos, psíquicos e sociais, contribuindo para a prevenção de doenças e de problemas funcionais que se manifestam na velhice. Assim, um estilo de vida saudável com a adoção de prática regular e adequada de exercício físico interfere positivamente sobre estes mesmos aspectos.

A ênfase na prática regular de atividade física proporcionará ao indivíduo, jovem ou idoso, benefícios quanto ao aumento da massa magra e redução da massa gorda; melhora da capacidade do sistema cardiovascular; redução dos níveis de LDL colesterol e triglicerídeos, aumento do HDL colesterol; melhora da eficiência e capacidade aeróbica no sistema respiratório; melhor controle neuromuscular e do desempenho físico. Todos estes benefícios contribuirão para prevenir as quedas, melhorar o equilíbrio, a força muscular, a coordenação motora, a massa óssea e a mobilidade articular (BARBOSA, 2000).

A prática de atividade física pode intervir na redução dos níveis de marcadores inflamatórios sistêmicos, como PCR e IL-6. Neste sentido, o exercício físico está relacionado à redução dos efeitos mediados pelas moléculas inflamatórias no tecido muscular (NADER; LUNDEBERG, 2009).

Ribeiro *et al.* (2011) sinalam que a prática de atividade física contribui para promover o aumento da expressão gênica do conteúdo proteico, relacionado ao aumento da expressão do GLUT-4, este fato leva ao aumento da tolerância a glicose em indivíduos com resistência a insulina.

A atividade física proporciona outros benefícios relacionados aos aspectos psicológicos e sociais. Tanto que os autores Nahas (2001) e Moreira (2001) destacam benefícios como redução de níveis de ansiedade e controle do estresse, melhora da autoestima, melhora do cognitivo e a percepção da imagem corporal, como componentes psicológicos. Estas alterações ajudam o idoso a adquirir autoconfiança e percepção de bem-estar geral. Com todos estes benefícios, o idoso correrá menores riscos de entrar em um quadro de depressão.

Quando se observam indivíduos idosos mais seguros de si, com melhor interação social e maior integração na comunidade, envolvendo-se em atividades sociais e culturais, verifica-se o ganho

de benefícios sociais, advindos da participação ativa e regular de atividade física (NAHAS, 2001; MOREIRA, 2001).

#### 5.4 Experiência Brasileira em Programas de Atividade Física

No Brasil, são vários os programas de atividade física para idosos, sendo a maioria de iniciativa das universidades. Também, através da implantação e expansão dos Programas de Saúde da Família (PSF), vislumbra-se a possibilidade de atuação de profissionais de Educação Física na equipe para desenvolver ações de promoção da saúde. Mas, infelizmente, existem gestores que não perceberam a importância deste profissional e dos benefícios que a atividade física pode proporcionar a comunidade, além de economizar recursos do sistema de saúde (BENEDETTI; GONCALVES; MOTTA, 2007).

No ano de 1985 foi criado o Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte, que está vinculado aos Ministérios da Saúde, Educação e Desporto. Neste programa há o envolvimento da Coordenadoria de Doenças Crônico-Degenerativas e Secretaria de Educação Física. O objetivo deste é o de contribuir para o aumento da prática desportiva e de atividades físicas pela população, com o intuito de estimular o desenvolvimento de hábitos saudáveis, além de, conscientizar sobre a importância da atividade física como fator de saúde (MATSUDO *et al.*, 2006).

No período de 1987 a 1988, foram realizados convênios com universidades públicas e Secretaria de Educação Física e Esportes do MEC, logrando implantar o Programa em 14 Estados. A Política Nacional do Programa envolve uma Comissão Interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação) e um Comitê Assessor, sempre objetivando a discussão do binômio exercício físico-saúde. Em 1998, através da portaria 3711/1998 do Ministério da Saúde, foi instituído o Comitê Técnico Científico de assessoramento das ações do Programa (BRASIL, 1998).

Logo em 1996, foi criado o Programa Agita São Paulo pela associação do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFICS) e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com os objetivos de incrementar o conhecimento sobre os benefícios da atividade física na população e aderir ativamente a população em programas de atividade física.

Em 1996 foi adotada a estratégia de atuar em grupos-alvo de idosos, o “Agita Melhoridade”; em 1997 para dos estudantes, o “Agita Galera” e, para os trabalhadores em 1998, o “Agita Trabalhador”. Os eventos são desenvolvidos em datas comemorativas o Dia do Escolar Ativo (30 de agosto), o Dia do Trabalhador Ativo (1º de maio) e o Dia do Idoso Ativo (28 de setembro). No ano de 2001, o Ministério da Saúde, em parceria com gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) e com respaldo técnico científico do CELAFISCS, foi adotado o Programa Agita Brasil. Trata-se de um Programa Nacional de Promoção da Atividade Física com o objetivo de incrementar o conhecimento dos benefícios da atividade física para a saúde da população (MATSUDO *et al.*, 2006).

No município de Florianópolis foi implantado o Programa: Atividade Física para Terceira Idade, em 1985, com o objetivo de oportunizar a prática sadia de atividades físicas e recreativas aos idosos onde ofereciam diferentes modalidades como ginásticas, dança folclórica, voleibol adaptado e atividades aquáticas; e no ano 2000, com o apoio da prefeitura municipal, surge o Programa: Mexa-se na terceira idade, que oferecia modalidades de ginástica e recreação; em ambos os casos parte das aulas é ministrada por estudantes bolsistas de Educação Física. (BENEDETTI; GONCALVES; MOTTA, 2007).

O Programa Academia da Cidade em Recife foi executado pela Secretaria Municipal de Saúde no ano 2002, institucionalizado pelo Decreto Municipal nº 19.808, de 3 de abril de 2003 e tornou-se uma política municipal de promoção da saúde três anos depois pela Portaria nº. 122/2006, de 28 de setembro de 2006. A gestão municipal tinha o desafio de buscar melhoras das condições de vida da população, minimizando contrastes sociais e econômicos através da oferta de serviços públicos que favoreçam a inclusão social. (CRUZ; ALBUQUERQUE; DAMASCENA, 2013).

As Academias da Cidade em Belo Horizonte foram implantadas no ano de 2006, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, incentivando, por meio de ações integradas, a prática de atividade física e a alimentação saudável. Para os indivíduos interessados em participar, a inserção se dá pela demanda espontânea ou pelos encaminhamentos que serão realizados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde de referência (DIAS *et al.*, 2006).

A experiência dos principais programas populacionais de atividade física, implantados por Recife, Belo Horizonte, Curitiba, Vitória e Aracaju, foi determinante para a criação do Programa

Academia da Saúde (KNUTH *et al.*, 2011). A academia da Saúde é um modelo proposto pelo Ministério da Saúde no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, criado em 2011 (BRASIL, 2011). O Programa Academia da Saúde preconiza a implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais, atividade física, lazer e modos de estilos de vida saudáveis (KNUTH *et al.*, 2011).

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração da proposta de intervenção utilizamos a Metodologia de Campos, Farias e Santos (2010), que se seguem os seguintes passos:

- Primeiro passo: Definição dos problemas. Ao elaborar o diagnóstico situacional de saúde da população, são identificados os principais problemas de saúde através de estimativa rápida.
- Segundo passo: Priorização do problema. Para sua priorização levou-se em conta os critérios de importância, urgência e a capacidade de enfrentamento.
- Terceiro passo: Descrição do problema. Depois de priorizado o problema, passamos a descrevê-lo e a caracterizá-lo para ter-se a ideia da sua dimensão e como se apresenta na realidade.
- Quarto passo: Explicação do problema. Nesse momento passamos a explicar o problema para entender a gênese dele.
- Quinto passo: Seleção dos “nos críticos”. Para enfrentar um problema é necessário identificar as causas e atacá-las. Os nos críticos são as causas do problema que, quando atacada é capaz de impactar o problema e transformá-lo.
- Sexto passo: Desenho das operações. Com o problema explicado e causas identificadas, é necessário pensar em soluções e estratégias para enfrentá-lo.
- Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos. É a identificação de recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação.
- Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano com a identificação dos atores que controlam os recursos críticos necessários para implementar cada operação, analisar a motivação e desenhar ações estratégicas para motivar e construir a viabilidade da operação.
- Nono passo: Elaboração do plano operativo. A finalidade desse passo é designar os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas e estabelecer os prazos para o cumprimento das ações.
- Décimo passo: Gestão do plano. Com um plano elaborado é necessário desenvolver e

estruturar um sistema de gestão que coordene e acompanhe a execução do mesmo.

O principal problema identificado em nossa área de abrangência, como já descrito anteriormente é a carência de programas que atendam as condições de saúde da população idosa frente ao elevado numero de pacientes idosos.

A importância da proposta de intervenção está em ofertar à população com mais de 60 anos de idade, a oportunidade em adotar um estilo de vida mais saudável e melhorar a qualidade de vida.

A proposta de intervenção se encontra apresentada nos quadros que se seguem nos próximos itens.

### 6.1 Identificação de “nos críticos”

A equipe selecionou como “nos críticos”:

- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Nível de informação da população.
- Organização do processo de trabalho da equipe de saúde.

### 6.2 Desenho das operações

A Partir da identificação dos “nós críticos” a equipe propôs as operações e projetos necessários para sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários para sua execução através do desenho de operações, conforme Quadro 1.

**Quadro 1 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema elevado numero de pacientes idosos.**

No crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos	+ Saúde	Aumentar hábitos	Programa de	Organizacional → para

e estilos de vida inadequados	Modificar hábitos e estilos de vida no grupo de pacientes idosos.	de vida saudáveis no grupo de pacientes idosos a través da prática de atividade física.	atividade física para a população idosa.	organizar a prática Cognitivo → informação sobre o tema Político → conseguir o local, mobilização social e articulação Interssetorial Financeiro → para aquisição de convites impressos, cartazes informativos, etc.
Nível de informação	<b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre o processo de envelhecimento e a importância da atividade física nesse grupo etário.	População mais informada sobre o processo de envelhecimento e da importância da atividade física nesse grupo etário.	Avaliação do nível de informação da população sobre o processo de envelhecimento e da importância da atividade física.	Organizacional → organização da agenda; Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Político → articulação interssetorial e mobilização social.
Organização do processo de trabalho da equipe de saúde	<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado para os pacientes idosos,	Cobertura de 80% para a população de idosos.	Linha de cuidado para pacientes idosos implantada; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada.	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional → adequação de fluxos.

## 6.2 Identificação dos recursos críticos.

No Quadro 2 encontram-se descritos os recursos críticos identificados pela equipe para a execução das operações, ou seja os recursos indispensáveis e, que não estão disponíveis.

**Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos” do problema elevado numero de pacientes idosos.**

Operação /Projeto	
<b>+ Saúde</b>	Político → conseguir o local, mobilização social e articulação Intersetorial. Financeiro → para aquisição de convites impressos, cartazes informativos, etc.
<b>Saber +</b>	Político → articulação intersetorial e mobilização social.
<b>Linha de Cuidado</b>	Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

## 6.3 Análise de viabilidade do plano

Neste momento foram identificados os atores que controlam os recursos críticos, necessários para implementar cada operação, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema conforme mostra o Quadro 3.

**Quadro 3. Análise de viabilidade do plano relacionado ao problema elevado numero de pacientes idosos.**

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	

<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida no grupo de pacientes idosos.	Político →conseguir o local, mobilização social e articulação Intersetorial. Financeiro →para aquisição de convites impressos, cartazes informativos, etc.	Equipe de Saúde  Secretaria de Saúde	Favorável  Favorável	Não é necessária
<b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre o processo de envelhecimento e a importância da atividade física nesse grupo etário	Político →articulação intersectorial e mobilização social.	Equipe de Saúde	Favorável	Apresentar projeto da Equipe
<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado para os pacientes idosos.	Político →articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Secretaria de Saúde	Favorável	Não é necessária

### 6.3 Plano operativo

O Quadro 4 apresenta a elaboração do plano operativo, onde designamos os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas e os prazos para o cumprimento das operações.

**Quadro 4. Plano operativo.**

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>+ Saúde</b> Modificar	Aumentar hábitos de vida	Programa de atividade física	Não é necessária	Enfermeira, técnica de	Três meses para o início

hábitos e estilos de vida no grupo de pacientes idosos.	saudáveis no grupo de pacientes idosos a través da prática de atividade física.	para a população idosa.		enfermagem e profissional de educação física.	das atividades
<b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre o processo de envelhecimento e a importância da atividade física nesse grupo etário	População mais informada sobre o processo de envelhecimento e da importância da atividade física nesse grupo etário.	Avaliação do nível de informação da população sobre o processo de envelhecimento e da importância da atividade física.	Apresentar projeto da Equipe	Enfermeira e Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Início em três meses e término aos seis meses
<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado para os pacientes idosos.	Cobertura de 80% para a população de idosos.	Linha de cuidado para pacientes idosos implantada; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada.	Não é necessária	Médica e Coordenador de ABS.	Início em três meses e finalização em 12 meses

## 6.5 Gestão do plano

Desenhou-se um modelo de gestão do plano de ação que coordene e acompanhe a execução do

mesmo, e que permita avaliar os resultados, como apresentado no Quadro 5.

**Quadro 5. Planilha de acompanhamento das operações/projetos.**

<b>Operação ‘+ Saúde’</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de atividade física para a população idosa	Enfermeira, técnica de enfermagem e profissional de educação física.	Três meses para o início das atividades			
<b>Operação “Saber +”</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliação do nível de informação da população sobre o processo de envelhecimento e da importância da atividade física.	Enfermeira e Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Início em três meses e término aos seis meses			
<b>Operação “Linha de Cuidado”</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Linha de cuidado para pacientes idosos implantada; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada.	Medica e Coordenador de ABS.	Início em três meses e finalização em 12 meses			

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. O Brasil tem uma posição não depreciável ante tal situação, e apresenta a estimativa de que ocorra um aumento do número de indivíduos idosos nos próximos anos. Este fato está provocando uma mudança no perfil epidemiológico brasileiro. Através da Estratégia Saúde da Família podem-se acompanhar as mudanças epidemiológicas e caberá aos profissionais da saúde desenvolver ações que permitam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos desta faixa etária.

A prática de atividade física regular é considerada uma das estratégias de promoção de saúde que podem contribuir para a promoção da saúde desta população. Torna-se importante estimular os usuários, durante o processo de envelhecimento, a praticar atividades físicas para minimizar e ou retardar o acometimento de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações. Desta forma, os indivíduos ganham mais autonomia e qualidade de vida através da adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável no dia a dia.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, R. V. Physical fitness na aderle health effects of hydrogymnastics. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v.10, n.1, p. 38-43, jan./fev. 2004.
- BARBOSA, R. M. S. P. **Educação Física Gerontológica**. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.
- BENEDETTI, T. R. B.; GONÇALVES, L.H.T.; MOTA, J.A.P.S. Uma proposta de politica publica de atividade física para idosos. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n.3, p. 387-398, jul./set. 2007.
- BRASIL 1998. Mi n i s t é rio da Saúde. Portaria no 3711/ GM, de 7 de outubro de 1998. Institui o Comitê Técnico Científico – CTC, de Assessoramento às Ações de Atividade Física e Saúde. Disponível em <[http:// www. saúde . gov. br / porta rias / 1 9 9 8 . htm](http://www.saude.gov.br/portarias/1998.htm) > .
- BRASIL. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados do Censo 2010**. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php/](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php/).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o **Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, abr. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010**: Uma análise da situação de saúde e de evidencias selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. In: KNUTH, A. G.; SIMOES, E. J.; REIS, R. S.; HALLAL, P. C.; CRUZ, D. K. A.; ZANCHETTA, L. M.; MENDOÇA, B. C. A.; OLIVEIRA, A. C. C.; CAIAFFA, W. T.; MALTA, D. C. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FISICA NO Brasil: uma revisão de evidencias em experiências selecionadas. Secretaria de vigilância em saúde/MS, Brasília, DF, p. 347-360, 2011.
- BROGAN, D. R. Rehabilitation services needs: Physicians's perceptions and referrals. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 62, n. 5, p. 215-219, may. 1981.
- CAETANO, A. C. M.; TAVARES, D. M. S. Unidade de Atenção ao Idoso: Atividades, mudanças no cotidiano e sugestões. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, p. 622-631, 2008.
- CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Publica**. v.19, p. 773-781, 2003.
- CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. Sex differences in healthy life expectancy from self-perceived assessments of health in the City of São Paulo, Brazil. **Ageing &**

**Society**, v. 28, p. 35–48, 2008.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CARDOSO, J. R. **Atividades físicas para a terceira idade**. A terceira idade. **v.** 5, n. 4, p. 9-21, 1992.

CERRI, A. S.; SIMÕES, R. S. Hidroginástica e idosos: por que eles praticam? **Revista Movimento**, Porto Alegre, v.13, n. 01, p.81-92, 2007.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções, e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, p. 184-200, 1997.

CRUZ, D. A.; ALBUQUERQUE, G; DAMASCENA, W. **Programa Academia da cidade do Recife: minimizando contrastes sociais**. Fev. 2013.

DIAS, M. A. S.; GIATTI, L.; GUIMARAES, V. R.; AMORIM, M. A.; RODRIGUES, C. S.; LANSKY, S.; OLIVEIRA, M. G. R.; FONSECA, S.; ISHITANI, L. H.; MOREIRA, M.; SOUZA, R. E. Grupo de Promoção da saúde da Secretaria Municipal de Saúde. BH-Saúde: **Projeto Promoção de Modos de Vida Saudável**. Pensar BH/Política Social, v. 16, p. 21-24, 2006.

FINCH, C. E.; SCHNEIDER, E. L. **Envelhecimento e medicina geriátrica**. In: BENETT, J.C; PLUM, F. Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 15-29, 1997.

FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R. C.; LATORRE, M. R. D. O. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos do Estado de São Paulo, 1980 a 1998. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 191-196, 2003.

LAWTON, P. M. **A multidimensional view of quality of life in frail elderly**. In: BIRREN, J. E. et al. (Org.). The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego, CA: Academic Press, 1991.

LIMA-COSTA, M. F; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, p. 700-701, 2003.

LORD, S. R.; CASTELL, S. Physical activity program for older persons: effect on balance, strenght, neuromuscular control, and reaction time. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 75, p. 648-652, 1994.

MATSUDO, S. M. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v. 20, supl.5, p. 135-137, set. 2006.

MATSUDO, S. M. **Envelhecimento e Atividade física**. Londrina: Midiograf, 2001.

MATSUDO, S. M; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.

MATSUDO, V. R.; MATSUDO, S. M; ARAUJO, T.L; ANDRADE, E; OLIVEIRA, L; BRAGGION, G. **Agita São Paulo- Agita Brasil**. In: DA COSTA, L(ORG). Atlas do Esporte no Brasil. Rio de Janeiro: CONFEF, p. 16. 10- 16.11, 2006.

MOREIRA, C. A. **Atividade Física na Maturidade**. Rio de Janeiro: Shape, 2001.

NADER, G. A.; LUNDEBERG, I. E. Exercise as an anti-inflammatory intervention to combat inflammatory diseases of muscle. **Current Opinion in Rheumatology**, v. 21, p. 599-603, 2009.

NAHAS, M. V. **Atividade Física e Qualidade de Vida**. 2º ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NERI, A. L. Maturidade e velhice. Trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papirus editora; 2001.

PAPELEO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPELEO NETTO, M. (org.) **Gerontologia**. São Paulo: ATHENEU, p. 3-12, 2002.

RAMOS, L. R; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, p. 87-94, 1993.

RIBEIRO, O.; PAÚL, C. **Older male carers and the positive aspects of care**. **Ageing & Society**, v. 28, p. 165–183, 2008.

RIBEIRO, H. Q. T.; CAMARGO, R. G.; LIMA, W. P.; ZANUTO, R.; CARNEVALI JUNIOR, L. C. Adaptações agudas promovidas por exercícios no aumento da expressão gênica, conteúdo e translocação da proteína GLUT-4 no músculo esquelético e melhora na responsividade à insulina. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, v. 10, n. 2, 2011.

RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRICIO, S. C. C.; CRUZ, I. R.; LANGE, C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da Enfermagem. **Texto contexto Enferm**, v. 16, p. 536- 545, 2007.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento. Atividade física e saúde**. Tradução: Maria Aparecida Pereira. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, M. A. Da. Exercício e qualidade de vida. In: BARROS, T.; GHORAYEB, N. O exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. São Paulo: Atheneu, p. 261-266, 1999.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. Barueri: Manole, 2005.

VERAS, R. P.; CALDAS, C.P.; ARAUJO, D.V.; KUSCHNIR, R.; MENDES, W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 42,p. 497-502, 2008.

World Health Organization. **Active ageing: a policy framework, a contribution of the World Health Organization to the second united nations world assembly on ageing.** Madrid (ES): WHO; 2002. Disponível em: [http://whglidboc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whglidboc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf).