

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DUNAY MUÑOZ MARTINEZ

**PROPOSTA DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A
MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO PSF
JARDIM BRASIL, PRATA-MG**

UBERABA/MINAS GERAIS

2016

DUNAY MUÑOZ MARTINEZ

**PROPOSTA DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A
MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO PSF
JARDIM BRASIL, PRATA-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nazaré Pellizzetti Szymaniak

UBERABA/MINAS GERAIS

2016

DUNAY MUÑOZ MARTINEZ

**PROPOSTA DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A
MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO PSF
JARDIM BRASIL, PRATA-MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a Dr.^a Nazaré PellizzettiSzymaniak _Orientadora_UFTM

Examinador 2: Prof.^a Dr.^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh_Examinadora_UFTM

Aprovada em Uberaba, __/__/__

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, meu pai e em especial a meu esposo, que sempre estão presente me ajudando e dando força durante essa jornada. Dedico também aos meus colegas de trabalho, familiares que de forma direta e indireta me incentivaram a seguir nesta caminhada e também aos idosos do PSF Jardim Brasil que colaboraram diretamente para o desenvolvimento da pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao Senhor Jesus Cristo por conceder a oportunidade e sempre ter guiados minhas decisões me direcionando para os caminhos certos e dando força e perseverança.

À minha família que esteve sempre presente, apoiando e torcendo pelas minhas conquistas.

A meu esposo que sempre foi companheiro me incentivando e dando apoio e acima de tudo sendo compreensivo nessa jornada, compartilhando as minhas dificuldades e anseios.

Aos colegas de turma que durante o curso se ajudaram uns aos outros.

A meus amigos, a quem tenho que agradecer pelo carinho e amizade.

Aos colegas de trabalho que sempre estiveram do meu lado.

A Professora Fernanda Carolina pelas orientações e seu enorme conhecimento científico e humano.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^aNazaré PellizzettiSzymaniak pelo suporte e dedicação.

“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem. Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres”

(Sêneca).

RESUMO

A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Esta proposta de intervenção buscou analisar o quadro de saúde dos pacientes idosos para qualificar a atenção da população cadastrada na Equipe de Saúde da Família (ESF) Jardim Brasil, no município Prata, propondo programas de atividade física, com o intuito de oferecer uma melhor qualidade de vida aos seus usuários. A coleta de dados foi realizada a partir da análise dos registros internos dos profissionais da equipe e os resultados foram comparados com o referencial teórico descrito na revisão bibliográfica. Detectou-se um índice de prevalência de um 28,6 % de pacientes idosos na população pesquisada, muito por acima da média do país 10,8% e de países com cuidados primários em saúde, que é da ordem de 10%. Concluiu-se que a falta de atividade física para os idosos constitui um fator de risco à saúde e, por isso, propõe-se um programa de atividade física, com o objetivo de qualificar a atenção dos pacientes idosos de nossa área de abrangência.

Palavras-chave: Idoso. Estratégia Saúde da Família. Saúde de grupos específicos. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The health of the elderly and aging are relevant concerns of the Ministry of Health. The prejudice against old age and the denial of society as this phenomenon collaborate to the difficulty of thinking specific policies for that group. There are still those who think that investing in childhood and is spent in old age This intervention proposal aimed to analyze the health status of elderly patients to qualify the attention of the population enrolled in the Family Health Team (FHT) JardimBrasil in Prata city by offering physical activity programs, in order to offer a better quality of life for its users. Data collection was performed from the analysis of internal records of the professional team and the results were compared with the theoretical framework described in the literature review. It was detected a prevalence rate of 28.6% of elderly patients in the studied population, largely above the national average of 10.8% and countries with primary health care, which is around 10%. It was concluded that the lack of physical activity for the elderly is a risk factor to health and therefore proposes a program of physical activity, in order to qualify the care of elderly patients in our coverage area.

Keywords: Aged. Family Health Strategy. Health of Specific Groups. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ERP	Estimativa Rápida Participativa
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAPP	Método Altadir de Planificação Popular
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Lista de problemas classificados de acordo com critério de relevância, enfrentamento e urgência. PSF Jardim Brasil, Prata, Minas Gerais, 2015.	26
Quadro 2	Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema: “Ausência na realização da caminhada orientada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Brasil, no município Prata, Minas Gerais.	27
Quadro 3	Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema: “Ausência na realização da caminhada orientada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jardim Brasil, no município Prata, Minas Gerais	29

SUMÁRIO

1	Introdução	12
2	Justificativa	16
3	Objetivos	17
4	Método	18
5	Referencial teórico	19
6	Proposta de intervenção	23
7	Considerações finais	28
8	Referências	29

PROPOSTA DE PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO PSF JARDIM BRASIL, PRATA-MG

1 INTRODUÇÃO

O município de Prata localiza-se na zona central do Triângulo Mineiro, fazendo parte da microrregião denominada “Pontal do Triângulo Mineiro”. Criada pela Lei Provincial nº 668, de 27 de abril de 1854, tendo se emancipado politicamente e tornando-se uma cidade em 15 de novembro de 1873. O município possui grande extensão territorial, sendo o maior do Triângulo Mineiro, com área de 4856 Km²e população de aproximadamente 27109habitantes. É constituído por 4 distritos Jardinésia, Patrimônio do Rio do Peixe, Monjolinho e o povoado de Três Barras. A microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro é formada por um conjunto de municípios com uma pequena concentração de habitantes, tais como Prata, Campina Verde, Comendador Gomes, Monte Alegre de Minas, Frutal, Itapagipe, Iturama, Pirajuba e São Francisco Sales (BRASIL, 2014).

A globalização da economia fez mudanças significativas nas áreas destes municípios, provocando uma reordenação de seus territórios. As atividades agropecuárias constituem a base da economia destes municípios, a taxa de urbanização é de um 72,44% promovido por os movimentos migratórios do campo para a cidade e a dinamização econômica, a melhoria da infraestrutura urbana, aliada à mecanização do campo, contribuiu para que a cidade se desenvolvesse e tivesse condições de receber a população que saiu, com um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$21621,11 (BRASIL, 2014).

O abastecimento de água é distribuído pela rede pública, sendo que 99,2% da população possui poço ou nascente em suas residências e 0,7% adquirem água por outros meios. Quanto ao destino dado aos dejetos99,3% da população fazem uso do

sistema de esgoto e 0,6% destinam dejetos à fossa e 0,1% deixam os mesmos a céu aberto. O destino do lixo para 99,5% das famílias é a coleta pública, seguida por 0,5% que queimam ou enterra o lixo produzido em sua residência (BRASIL, 2014).

Os serviços de saúde são bastante utilizados e de grande importância para a população do município. A infraestrutura da saúde na cidade melhorou nos últimos anos, porém, longe de ser a ideal para atender as necessidades da população do município. Os pacientes que não podem ser tratados na cidade devido à falta de equipamentos são levados à Uberlândia, centro de referência de saúde na região. Anteriormente, a infraestrutura na área da saúde era precária, onde a cidade contava com apenas 1 hospital da rede privada e 3 postos de saúde que não ofereciam tratamento especializado (BRASIL, 2014).

De acordo com o IBGE, a cidade conta com dezesseis unidades de saúde, sendo que dez são públicos e seis estabelecimentos privados. Com a construção do (Pronto Atendimento Municipal - PAM) o número de hospitais passou para 2. Apenas um hospital particular conta com serviços de internação, tendo 41 leitos, sendo que 28 deles são disponíveis ao SUS. Foi construído o Centro Odontológico Municipal, onde a população conta com serviços odontológicos diversos. A cidade possui poucos equipamentos de saúde e falta profissional em determinadas áreas, obrigando a população a buscar atendimento em cidades vizinhas, principalmente em Uberlândia (BRASIL, 2014).

Para compensar esse problema o poder público disponibiliza à população o transporte dos mesmos para realizar consultas ou tratamentos nas cidades vizinhas sem custo para os pacientes. Os carros e ambulâncias transportam pacientes para as cidades de Uberlândia, para o Hospital do Câncer em Barretos e para fazerem consultas especializadas em Uberaba, Brasília e São Paulo. Na atenção básica de saúde o município conta com 7 PSF com suas respectivas equipes de saúde da família que atendem 6587

famílias com uma população de 23054 pessoas representando que 89,34% da população do município é atendida por SUS (BRASIL, 2014).

A Unidade Básica de Saúde Jardim Brasil atende a população de 2152 pessoas, constituído por uma população idosa, tendo em sua grande maioria aposentados e trabalhadores. A população idosa é 786 habitantes acima de 60 anos. Possui a maior parte dos moradores de baixa renda, tendo alguma sem nenhuma fonte fixa de renda sendo amplamente apoiado por programas governamentais. A equipe de saúde conta com um quadro com os seguintes profissionais: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde, que atendem os Barrio Jardim Brasil e Vila de Fátima a qual tem uma área mais valorizada que a outra já que a que fica nas proximidades da Rua Tenente Reis, onde se podem observar construções da população com um poder aquisitivo mais elevado (BRASIL, 2014).

Nessa área as ruas são asfaltadas, iluminadas, possuem encanamento de água e esgoto, ou seja, infraestrutura necessária aos moradores do local. Na parte situada ao sul do bairro, existem os loteamentos, porém, os mesmos são constituídos por residências esparsas, as ruas não são asfaltadas, o lixo e o mato estão presentes no local e, também, não possuem suficiente iluminação pública. O nível de alfabetização é medio já que maior parte da população só tem ensino fundamental e 0.6% são analfabetos. O índice de mortalidade é baixo e as principais causas são as provocadas por doenças crônicas como isquemia do miocárdio, *diabetes mellitus* e câncer. Os recursos com que conta a população são muitos já que tem na comunidade 1 escola municipal e 1 escola estadual, 1 Posto de Saúde, 5 igrejas, 2 centros poliesportivos e vários comércios como supermercados e panificadoras (BRASIL, 2014).

A visão da sociedade e seus conceitos em relação ao idoso mudaram ao longo dos anos, atualmente é vista apenas como mais um estágio de vida e pelo fato do mesmo estar se prolongando, deve ser vivido e aproveitado com saúde e alegria. O envelhecimento é inevitável, por isso devemos fazer com que essa etapa, conhecida hoje por expressões como “terceira idade”, que se inicia, segundo a Organização Mundial da Saúde aos 65 anos em países desenvolvidos e aos 60 nos países emergentes, seja vivida de maneira ativa com boa qualidade de vida (ESTON, 2012).

A expectativa de vida vem crescendo consideravelmente ultimamente. Novos estilos de vida, avanços na medicina e um novo olhar da sociedade em relação à velhice, nos revelam que a média de idade aumenta a cada dia. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tem 20,6 milhões de idosos. Número que representa 10,8% da população total. A expectativa é que, em 2060, o país tenha 58,4 milhões de pessoas idosas (26,7% do total). O que explica esse aumento não é só a melhoria da qualidade de vida, que ampliou a expectativa de vida dos brasileiros, que saltará de 75 anos em 2013 para 81 anos em 2060 com expectativa de vida de 84,4 anos para mulheres 78,03 anos para homens (IBGE, 2010).

A partir das informações da OMS e da realidade socioeconômica brasileira, é importante destacar as diferenças existentes em relação ao processo de envelhecimento entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros o envelhecimento ocorre de forma lenta e associada à melhoria nas condições gerais de vida, no segundo, esse processo vem ocorrendo de forma rápida, sem que haja tempo de reorganização social e de saúde adequadas para atender às novas demandas emergentes, o Brasil será o sexto país mais idoso do mundo, perdendo para Suécia, França, Estados Unidos, Uruguai, Argentina e China. Essa mudança demográfica, portanto, exige diferentes olhares sobre o processo de envelhecimento, tanto que o Ministério da Saúde tem manifestado preocupação com a falta de atividade física para os idosos e considera este problema como constituinte de um fator de risco à saúde e, em consequência, de um alto custo social e econômico (BRASIL, 2010).

O processo de envelhecimento físico, mental ou social acarreta alterações corporais e à medida que aumenta a idade cronológica, as pessoas se tornam menos ativas, a capacidade física diminui, alterações psicológicas que acompanham a idade como o sentimento de velhice, estresse e/ou depressão, existe ainda redução da atividade física, que

consequentemente, facilita a aparição de doenças crônicas, contribuindo para deteriorar o processo de envelhecimento. A incidência dessas doenças é alta nos indivíduos idosos e o risco de desenvolvê-los ou de torná-las mais graves, pois pode levar a incapacidade, deve ser identificado precocemente (FRANCH, et al. 2010).

A prática do exercício físico física traz como benefício o combate ao sedentarismo, além de contribuir para a manutenção da aptidão física do idoso. Não se trata de interromper o processo de envelhecimento, visto que isso se torna impossível, mas de diminuir as perdas, e manter as habilidades por mais tempo. Assim, o idoso poderá realizar suas atividades diárias com maior autonomia e disposição, influenciando diretamente em uma melhor qualidade de vida (ARAÚJO, 2008).

A atividade física adequada pode diminuir aos poucos o excesso de peso, aumentar a capacidade de movimento das articulações, reforçar músculos e ligamentos, aumentar a capacidade de oxigenação dos pulmões, ajuda o sangue a circular mais facilmente pelo organismo e aumenta a resistência física fazendo com que a fadiga demore aparecer. Dentre as várias atividades físicas, a caminhada é considerada um exercício físico simples, com baixo custo, apresenta benefícios à saúde e é recomendada para a população em geral (PONT GEIS, 2003).

2 JUSTIFICATIVA

A equipe do PSF Jardim Brasil observou déficit na caminhada orientada e alguns moradores vinculados à Estratégia de Saúde da Família do bairro Jardim Brasil reivindicaram o desejo de realizar a caminhada orientada sob a supervisão da equipe de Saúde da Família. Membros da equipe também manifestaram o interesse na atividade física, destacando os benefícios que o exercício pode promover à saúde. Além disso, a caminhada orientada pode ajudar a controlar os níveis pressóricos e glicêmicos de alguns pacientes.

O presente estudo justifica-se pela necessidade de análise da influência da caminhada na melhoria contínua da qualidade de vida do idoso evitando o sedentarismo e prevenindo agravos à saúde e o controle do peso corporal. Além da facilidade de poder ser realizada em locais públicos de fácil acesso, exigindo pouca infraestrutura.

3 OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é propor programas de atividade física para a melhoria contínua da qualidade de vida dos idosos do PSF Jardim Brasil, Prata-MG

4 MÉTODO

Para a elaboração das propostas de programas de atividade física para a melhoria contínua da qualidade de vida dos idosos do PSF Jardim Brasil, Prata-MG foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. Este estudo foi realizado nestas três etapas.

Para a realização do diagnóstico situacional teve-se como base o cadastro e prontuários dos pacientes do PSF Jardim Brasil. Realizou-se uma estimativa rápida participativa de relatos de usuários, dados fornecidos pelos profissionais que atuam no PSF Jardim Brasil em especial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e observação ativa da equipe de saúde. A partir dos relatos e coleta de informações foi possível realizar o levantamento de dados de interesse da área de abrangência do PSF Jardim Brasil relativos ao período de março a junho de 2015.

Realizou-se uma revisão de literatura para subsidiar o desenvolvimento do projeto de intervenção. Foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações indexadas nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual da Saúde e SciELO (Scientific Electronic Library). Além de artigos científicos obtidos nestas bases, utilizaram-se também documentos

oficiais como Guia técnico de idosos (Brasília, 2010) e linha Guia do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) referente ao cuidado com o paciente Idoso, foram usados os unitermos de envelhecimento e atividade física. A partir do levantamento foram selecionados artigos que contemplavam o tema abordado neste estudo, em seguida, efetuou-se a leitura e avaliação da sua pertinência para esta revisão.

Para a elaboração do Plano de Intervenção obedeceu-se os passos descritos no módulo denominado “planejamento e avaliação de ações em saúde”, de Campos et al. (2010).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

É considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, nos países desenvolvidos, e 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento. No Brasil, os direitos aos idosos surgiram com o Estatuto do Idoso, Lei nº 10. 741, de 1º de outubro de 2003, que se destinam a regular os direitos às pessoas com idade superior a 60 anos (NASCIMENTO, 2011).

O envelhecimento acontece em ritmo acelerado no Brasil, envolvendo questões genéticas, estilo de vida, doenças crônicas e outras, que interagem entre si e influenciam o processo. Entre as doenças osteoarticulares de alta prevalência nesta população, destacam-se: artrite, osteoporose e osteoartrose (QUEIROZ; MUNARO, 2012).

Ribeiro et al. (2012) destacam que o envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que acompanha o indivíduo desde o nascimento até a morte. Pode ser classificado em quatro formas: o envelhecimento biológico, social, intelectual e funcional. O envelhecimento biológico é contínuo e ocorrem durante os ciclos de vida, apresentado variações de pessoa para pessoa. O envelhecimento social está

relacionado a aspectos culturais e à capacidade de produção do indivíduo. No envelhecimento intelectual o indivíduo começa a apresentar falhas na memória e déficits no sistema cognitivo. E o envelhecimento funcional ocorre quando o idoso não consegue desenvolver suas atividades habituais e básicas.

O envelhecimento é o caminho que segue a maturidade, criando marcas específicas sobre o corpo em consequência do passar dos anos. Neste processo a estatura e o tecido muscular tendem a diminuir e ocorrem modificações no padrão de gordura corporal, onde o tecido gorduroso dos braços e pernas diminui, mas aumenta no tronco, sendo essas, importantes alterações corporais metabólicas. A diminuição da atividade física e doenças que acometem essa faixa etária são os principais motivos dessa mudança na composição corporal (MENEZES; MARUCCI, 2005).

Além das alterações corporais, os idosos estão susceptíveis a mudanças na sua função cognitiva, onde o sistema nervoso sofre o impacto do envelhecimento de forma progressiva, ocasionando deficiências motoras, psicológicas e sensoriais (LENT, 2001).

É importante ressaltar que a saúde da pessoa idosa inclui diversos fatores, ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde. Velhice não pode ser sinônimo de doença. 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 por meio de escolhas e de circunstâncias (BRASIL, 2006).

Considera-se atividade física todo e qualquer movimento corporal que seja produzido através da contração musculoesquelética, e que gere um gasto energético no organismo. Já o exercício físico é a atividade física devidamente planejada e estruturada de acordo com a necessidade e capacidade do indivíduo, a fim de melhorar ou manter um ou mais

componentes da aptidão física (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2009).

A inatividade física vem sendo considerada um fator de risco primário e independente para muitos agravos à saúde, particularmente às doenças cardiovasculares e metabólicas (HALLAL et al., 2010). Desde meados dos anos 90 as pesquisas vêm apoiando a prática de qualquer tipo de atividade física que trouxesse benefícios para saúde e a capacidade funcional, que não cause danos ou riscos (RUTTEN et al., 2015).

Embora a literatura já tenha acumulado evidências que comprovem os benefícios da atividade física regular para a saúde, estudos têm apontado baixos níveis desse comportamento na população (GARBER et al., 2011; ANDERSEN et al., 2012).

Considerando a atividade física no lazer, um levantamento do Ministério da Saúde indica que, entre os idosos das capitais brasileiras, a frequência da prática de atividade física no lazer é de 33,5% (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, evidencia-se o aumento do risco de desenvolvimento de diversas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tendo maior prevalência na população idosa (SCHMIDT et al., 2011). É possível identificar que o país precisa investir na prevenção e controle das DCNT, por meio da promoção da atividade física, para que os custos sejam diminuídos (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010).

Evidencia-se a importância de garantir aos adultos e idosos, não somente sobrevida maior, mas melhores condições de vida. Como uma opção de prevenção e tratamento dessas doenças de alta prevalência em adultos e idosos, muitas pesquisas têm demonstrado que a prática regularmente atividade física apresenta risco diminuído para o desenvolvimento de doenças (SILVEIRA; PASQUALOTTI; COLUSSI, 2012). Apesar do empenho internacional em incluir a atividade física na agenda de ações de saúde, há evidências de que as escassas iniciativas têm sido bem sucedidas na população que é submetida à prática de atividade física (AMORIM et al., 2013).

Uma das atividades físicas praticadas pela população é a caminhada, que deve ser recomendada por ser um movimento natural, de fácil realização e resultado

satisfatório para a saúde e o condicionamento físico (KRUG et al., 2011).

A caminhada não necessita de equipamentos especiais para a sua prática, além de ser considerada uma das atividades físicas mais seguras. Do ponto de vista cardiovascular e ortopédico, apresenta alto índice de aderência em exercícios para a promoção de saúde e prevenção de doenças. Políticas públicas de promoção da saúde têm sido divulgadas enfatizando a prática de caminhadas como medida preventiva e de controle das DCNT, aconselhando a população ao exercício aeróbico regular (NUNES; SANTOS, 2009).

A caminhada tornou a atividade física popular nos Estados Unidos, sendo praticada por aproximadamente 55 milhões de norte-americanos como principal atividade de condicionamento físico. Isso ocorre como forma simples de fazer exercício aeróbico (REIS, 2012).

Devido à praticidade é uma das atividades físicas mais frequentes. Segundo Levandoski et al. (2013), esta atividade é muito simples de ser executada por ser um movimento natural do ser humano e não precisam termos técnicos e equipamentos, o que permite o acesso à maioria das pessoas que buscam modo de vida ativa. Ao considerar que a caminhada é uma atividade aeróbica, auxilia a qualidade de vida das pessoas que a praticam de modo regular e sistematicamente.

A prática regular da atividade física traz benefícios para saúde do ponto de vista neuromuscular, metabólico e psicológico, quando praticado adequadamente e para que os benefícios da atividade física sejam contemplados é necessário que a prática seja fundamentada em alguns princípios básicos, como intensidade, a duração e a frequência (MARCHESAN. et al., 2011).

Além da saúde corporal e da redução de estresse, a caminhada proporciona socialização, e atividade física que consegue trazer

melhor trabalho em equipe facilitando o relacionamento das pessoas na busca de objetivos comuns, promove benefícios a saúde, diminui as alterações fisiológicas, funcionais, socioafetivas e psíquicas comuns no envelhecimento (GHAMOUM; RODRIGUES; VAZ, 2012).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Este plano de ação foi desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jardim Brasil, no município Prata, Minas Gerais, Brasil. A área de abrangência é subdividida em 4 micro áreas, e com 592 famílias cadastradas, cuja população é de 2164 indivíduos, sendo 960 homens e 1204 mulheres, incluindo 786 idosos.

As ferramentas utilizadas foram a ERP e o MAPP a ERP, métodos que apoia o planejamento participativo, no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos a partir da própria população, em conjunto com os administradores de saúde, fortalecendo os princípios da equidade, da participação

e da cooperação, assim como promovendo envolvimento intersetorial na comunidade.

As informações foram colhidas a partir dos moradores do bairro Vila de Fatima e Jardim Brasil, Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeira e Médico. Em seguida, houve a análise dos dados obtidos, o que possibilitou conhecer os fatores que influenciam a saúde local, permitindo a construção prévia de um diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde Jardim Brasil. Tal atividade permitiu o reconhecimento das particularidades da comunidade local, assim como serviu de base para a implantação do MAPP.

O MAPP é um método participativo que respeita a visão que a população tem dos problemas locais que a afetam. Foi desenhado para planejar na base popular e para fazer efetivas as propostas de democratização e de participação popular através de discussões, auxilia na compreensão da realidade, na identificação de problemas centrais, na análise desses problemas e na elaboração de propostas para solucioná-los, resultando num plano de ação visando à melhoria da qualidade da saúde. É desenvolvido em reuniões comunitárias orientadas por um moderador, nas quais os moradores da área adstrita expõem a sua opinião, definem soluções e determinam estratégias.

O MAPP apresenta os seguintes passos: definição, priorização e descrição dos problemas. A explicação de cada problema através da “árvore explicativa”; desenho da situação-objetivo; seleção dos nós críticos; desenho das operações e definição das responsabilidades; avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações-orçamento; identificação de atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano; identificação de recursos críticos para desenvolver as operações e de atores que os controlem; seleção de trajetórias, análise de vulnerabilidade do plano e desenho de sistema de prestação de contas. Deve-se ressaltar que esses passos se desenvolvem paralelamente ou continuamente, de forma que, na maioria das vezes, não há definição dos

limites entre esses.

A partir do Diagnóstico Situacional, as equipes de Saúde da Família de Jardim Brasil destacaram-se os seguintes problemas: ausência na realização da caminhada orientada; portadores de hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes mellitus* com níveis pressóricos e glicêmicos descompensados; estrutura da unidade de saúde precária, casa pequena e alugada; falta de médicos especialistas no município.

O problema priorizado foi ausência na realização da caminhada orientada. Alguns moradores vinculados à ESF do bairro Jardim Brasil reivindicaram o desejo de realizar a caminhada orientada sob a supervisão da equipe de Saúde da Família. Membros da equipe também manifestaram o interesse na atividade física, destacando os benefícios que o exercício pode promover à saúde. Além disso, a caminhada orientada pode ajudar a controlar os níveis pressóricos e glicêmicos de alguns pacientes.

A população está habituada ao sedentarismo e reluta quando é orientada a mudar o seu modo de viver. Os motivos apresentados são os mais variados: não ter tempo, falta de companhia, ter dificuldades de locomoção. O desenvolvimento de ações para melhorar os hábitos e de proporcionar qualidade de vida deve sempre ser incentivado pelas equipes de Saúde da Família. O incentivo à prática de atividade física previne o surgimento de agravos à saúde. A caminhada orientada tem como objetivo proporcionar a prática de atividade física, reduzindo o sedentarismo e as doenças decorrentes da falta de atividade física. Essa atividade pode gerar diversos benefícios, entre eles, a caminhada, aliada a uma alimentação adequada, pode ajudar a perder peso, já que é um exercício aeróbico e promove a queima de calorias.

Para a elaboração do plano de ação foram identificados os nós críticos. A seleção de nós críticos consiste em identificar, entre as causas que explicam o problema, aquelas que, quando modificadas, por si só, promovem a alteração de outra ou de uma série de causas. Os nós críticos identificados foram a desmotivação dos pacientes idosos sob responsabilidade da equipe do PSF e inadequados hábitos e estilo de vida dos Idosos (Quadro 1, 2 e 3).

Quadro 1 - Lista de problemas classificados de acordo com critérios de relevância, enfrentamento e urgência. PSF Jardim Brasil, Prata, Minas Gerais, 2015.

Problema	Relevância	Enfrentamento	Urgência
Falta de caminhada orientada.	3	3	2
Portadores de pressão arterial sistêmica e diabetes mellitus descompensados.	3	2	2
Estrutura inadequada da Unidade de Saúde	3	1	2
Falta de médicos especialistas no município.	3	1	2

Fonte: Autoria Própria. 2016

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico nº 1.

Nó Crítico 1	Desmotivação dos pacientes idosos sob responsabilidade da equipe do PSF
Operação	Evidenciar os benefícios da caminhada orientada.
Projeto	“Motivação Estimular aos idosos a realizarem a caminhada orientada.
Resultados esperados	Lograr que a maioria dos idosos a realizarem a caminhada orientada.
Produtos esperados	Realização da caminhada orientada.
Atores sociais e responsabilidades	Equipe de Saúde da Família Jardim Brasil, Prata, MG.
Recursos necessários	Estrutural: Organizar a agenda dos profissionais, aquisição de estrutura física adequada para desenvolver os trabalhos. Cognitivo: Informação sobre os temas a serem apresentados no grupo e nas capacitações, estratégia de comunicação e educacional. Financeiro: Aquisição dos equipamentos audiovisuais e confecção de folhetos educativos. Político: Adesão dos profissionais e a mobilização social.
Recursos críticos	Cognitivo: Conhecimento sobre os benefícios da caminhada orientada. Financeiro: Aquisição dos equipamentos áudio visuais, folhetos educativos. Político: Adesão dos profissionais, mobilização social.
Controle dos recursos críticos e viabilidade	Ator que controla: Coordenadora do PSF Jardim Brasil. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Desarrolhar reuniões com os membros da equipe da ESF Jardim Brasil e os Idosos da comunidade e mostrar material informativo referente aos benefícios da caminhada.
Responsáveis	Gerente do PSF: Enf. Daiana Oliveira.
Cronograma/Prazo	1 mês para organizar e implantar a agenda e até 2 meses para que as reuniões sejam implantadas
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação será feita observando a participação dos membros da equipe e os Idosos. As reuniões serão monitoradas pela Coordenadora do PSF. E a avaliação também contará com o relato da motivação que manifestem os mesmos sobre as melhorias que ocorreram com a prática de atividade física.

Fonte: O autor (2016).

Quadro 3 - Operações sobre o nó crítico nº 2.

Nó crítico 2	Inadequados hábitos e estilo de vida dos Idosos
Operação	Informar e conscientizar aos Idosos sobre a importância de hábitos saudáveis.
Projeto	“Viva mais”

Resultados esperados	Melhorara qualidade de vida dos Idosos através da pratica de caminhadas orientada.
Produtos esperados	Participação no programa de caminhada orientada.
Atores sociais/ responsabilidades	Agentes Comunitários de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Organizar a caminhada e convidar um profissional de educação física para colaborarem com o projeto. Político: Conseguir local apropriado para caminhada e mobilização dos Idosos.
Recursos críticos	Político: Conseguir espaço local e mobilização social. Organizacionais: Organizar as caminhadas orientadas.
Controle dos recursos críticos e viabilidade	Ator: Equipe da Saúde da Família. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto para Secretário Municipal de Saúde e Esportes.
Responsáveis	Gerente do PSF
Cronograma/Prazo	Início das atividades em julho 2015 com uma frequência de 3 dias por semana em horário das 7:30 às 8:30 horas.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A avaliação será feita observando a participação dos Idosos. As atividades serão monitoradas pelas ACS e pelo profissional de educação física. A avaliação também contará com o relato dos Idosos sobre as melhorias que ocorreram com a prática de atividade física. E será monitorado pela Gerente da unidade básica de saúde.

Fonte: O autor (2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Saúde da Família, implementado no Brasil em 1995-1996, representa um novo modelo de atenção, com maior potencial para atuação. Esta proposta de intervenção propõe medidas voltadas a realização de programas de atividade física

para a melhoria contínua da qualidade de vida dos idosos do PSF Jardim Brasil, Prata-MG. Considerando o envolvimento e o compromisso dos diversos atores responsáveis por esta prática, diretamente envolvidos no cumprimento de todas as metas, buscaremos um atendimento eficaz para esse público, dando resposta ao principal problema identificado neste estudo. O resultado final esperado será a melhoria na qualidade de vida dos pacientes idosos de nossa área de abrangência.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, v. 47, n. 7, p.1510-1530,

2009.

AMORIM C. et al. Description of the physical activity promotion programs funded by the Brazilian Ministry of Health. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**. Pelotas/RS. 2013; 18(1):63-74.

ANDERSEN L. B. et al. **Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects**. The Lancet. 2012; 380: 247-257.

ARAÚJO. L. F. **Benefícios da atividade física segundo idosos hipertensos e diabéticos do programa de saúde da família**. Monografia de graduação. Porto Velho 2008. Disponível em < <http://www.def.unir.br/downloads/1226>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. de Ativ. Fís. Saúde**. 15 (1), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acesso em: 18 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS/**Sistema de Informação da Atenção Básica. Cadastro Familiar**, 2014. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>. Acesso em 25 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2012: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2012. Disponível em:
<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/74/553a2473e1673.pdf>. Acesso abr. 2015

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

ESTON, V. R. **Terceira Idade - O Domingo da Vida**. Jornal Maturidades, São Paulo,

maio. 2012. Disponível em: http://www.pucsp.br/maturidades/aspectos_bio_sociais/terceira_idade_35.html> Acesso em: 22 de abril de 2015.

FRANCH. K. M. B. **Comparação antropométrica e do perfil glicêmico de idosos diabéticos praticantes de atividade física regular e não praticantes.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.13 n.1. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://revista.unati.urejr/scielo.phps>. Acesso em: 13 de abr. 2015

FREITAS R. P. A. et al. **(Re)fazendo a caminhada: Otimizando uma estratégia de controle da pressão arterial.** Extensão e Sociedade. 1(2), 2010.

GARBER, C. E. et al. **Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise.** American College of Sports Medicine position stand. Med. Sci. Sports Exerc., 43 (7): 1334, 2011.

GHAMOUM. A. K; RODRIGUES, D. M., VAZ. L. H. P. **Redução de índices glicêmicos em idosos por meio de caminhada.** TCC - FUG. Trindade-GO. 2012.

HALLAL P. C, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cad. Saúde Pública.** 2010; 26(1): 70-78.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatica/população>>. Acesso em: 5 de abril. 2015.

KRUG, R. R. et al. Contribuições da caminhada como atividade física de lazer para idosos. **Licere.** Belo Horizonte. 2011; 14(4).

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência.** São Paulo: Atheneu, 2001.

LEVANDOSKI JR., L. et al. Perfil dos Praticantes de caminhada do município de Marechal

Cândido Rondon. **Caderno de Educação Física-Estudos e Reflexões**. v 5- n° 9- V Encontro de Pesquisa em Educação Física, 1° parte, p.81 a 88. Disponível em: <http://erevista.unioeste.br/index.php/cadernoedfisica/search/authors/> Acesso em: 13 de abr 2015.

MARCHESAN. R. R. K. M. et al. **Contribuição da caminhada como atividade física de lazer para idosos. UESC- Florianópolis- SC**. 2011. Disponível em: http://www.anima.eefd.ufrj.br/licere/pdf/licereV14N04_a3.pdf. Acesso em 24 de abr. de 2015.

MENEZES, T.N.; MARUCCI, M.F.N.; **Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. Rev Saúde Pública**. v. 39, n.2, p. 169-175, 2005.

MORETTI, A. C. et al. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*. 2009; 18(2): 346-54.

NASCIMENTO, S. R. C. **Nível de Atividade Física e Qualidade de Vida de Idosos. Monografia apresentada ao curso de Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba. Paraíba, 2011.**

Nunes, M. E. S.; SANTOS, S. **Avaliação funcional de idosos em três programas de atividade física: caminhada, hidroginástica e Lian Gong. Rev. Port. Ciên. Desp**. 2009; 9(2-3): 150-59.

PONT GEIS. PILAR. **Atividade física e saúde na terceira idade**. 5°ed. Porto Alegre, Armed, 2003.

QUEIROZ, C.O; MUNARO, H.L.R. Efeitos do treinamento resistido sobre a força muscular e a auto percepção de saúde em idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, 2012; 15(3):547-553.

REIS; ALFEU. et al. **Educação Física: seu manual de saúde**. Ed. 2012, São Paulo.

Editora Difusão Cultural do Livro Ltda. 2012.

RIBEIRO, J. A. B. et al. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. **Revista Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 34, n. 4, p. 969-984, out./dez. 2012.

RÜTTEN A. Physical inactivity as a policy problem: applying a concept from policy analysis to a public health issue. **Health Res. Pol. Syst.** 11: 9, 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. 2011; 4: p 61-74.

SILVEIRA, M. M.; PASQUALOTTI, A.; COLUSSI, E. L. Prevalência de doenças crônicas e prática de atividade física em adultos e idosos. *Rev. Bras. Prom. Saúde*. Fortaleza, 25(2): 209, 2012.