

**MARY WILMAM CAMPOLINA**

**ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO DA QUALIDADE  
DE VIDA EM IDOSOS DA COMUNIDADE SÃO  
BENEDITO EM CAMPOS GERAIS**

**Campos Gerais  
2010**

**MARY WILMAM CAMPOLINA**

**ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO DA QUALIDADE  
DE VIDA EM IDOSOS DA COMUNIDADE SÃO  
BENEDITO EM CAMPOS GERAIS**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG como parte das exigências para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica de Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Kátia Euclides de Lima e Borges

**Campos Gerais  
2010**

**MARY WILMAM CAMPOLINA**

**ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO DA QUALIDADE  
DE VIDA EM IDOSOS DA COMUNIDADE SÃO  
BENEDITO EM CAMPOS GERAIS**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG como parte das exigências para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica de Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Kátia Euclides de Lima e Borges

Banca Examinadora:

Profa. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo \_\_\_\_\_ UFMG

Profa. Kátia Euclides de Lima e Borges \_\_\_\_\_ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte em \_\_\_\_\_ 16 /06 /2010

**Campos Gerais  
2010**

*Dedico aos meus familiares e amigos, aos colegas,  
professores, tutores e a todos que estiveram  
presentes em minha vida durante este curso.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar forças para esta difícil jornada, agradeço a minha família, aos professores e colegas, a todos que estiveram ao meu lado nesta trajetória e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

## *Não Sei*

“Não sei... se a vida é curta ou longa demais para nós,  
mas sei que nada do que vivemos faz sentido,  
se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

colo que acolhe,  
braço que envolve,  
palavra que conforta,  
silêncio que respeita,  
alegria que contagia,  
lágrima que corre,  
olhar que acaricia,  
desejo que sacia,  
amor que promove.

Isso não é coisa de outro mundo,  
é o que dá sentido à vida,  
é o que faz com que ela não seja  
nem curta, nem longa demais,  
mas que seja intensa,  
verdadeira, pura...  
enquanto durar.”

***Cora Coralina***

## RESUMO

O município de Campos Gerais não oferece muitas opções para a prática de atividade física para a população idosa. As poucas ações existentes acontecem de forma desarticulada nas diferentes esferas da vida comunitária, com baixo nível de profissionais envolvidos, havendo ainda uma discrepância na relação entre o número de indivíduos idosos vivendo na comunidade e programas públicos ofertados, observando-se então uma dissimetria entre oferta e necessidade. O presente trabalho trata-se de um estudo de natureza descritiva, realizado por meio de levantamento bibliográfico em periódicos indexados no banco de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE, BVS, ABEn/CEPEn, BDEF e outros, que abordam a problemática da importância da atividade física na promoção da qualidade de vida dos idosos. O objetivo deste estudo é compor o diagnóstico territorial para possibilitar a implantação de um projeto de atividade física para os idosos da comunidade adscrita ao Programa de Saúde da Família (PSF) São Benedito em Campos Gerais. O trabalho está organizado pelo diagnóstico situacional em saúde da população idosa adscrita ao PSF São Benedito e pelo mapa dos serviços de saúde centrados na atividade física para pessoas idosas na comunidade de São Benedito em Campos Gerais. Os resultados da pesquisa relatam que as ações de promoção de atividades físicas no PSF se resumem em alongamentos seguidos por caminhada de 45 minutos em média, realizados durante o período da manhã, uma vez por semana, com o grupo operacional da terceira idade. Espera-se que após esta análise, possamos justificar junto aos nossos gestores sobre a importância da implantação de políticas locais que nos permitam ofertar aos idosos condições para a efetiva prática de atividades físicas, nas equipes de saúde da família do município de Campos Gerais, com infra-estrutura e recursos humanos adequados, com busca de uma melhor qualidade de vida para os idosos, pois as atividades físicas estão intrinsecamente ligadas à promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida. Programa de Saúde da Família. Promoção da saúde. Atividade Física, Idoso.

## Summary

The city of Campos Gerais do not offer many options for physical activity for older adults. The few existing shares to happen so disjointed in different spheres of community life, with low levels of professionals involved, and there was a discrepancy in the relationship between the number of elderly living in community and public programs offered, then observing an asymmetry between supply and need. The present work it is a descriptive study, carried out by using literature in journals indexed in the database LILACS, SCIELO, MEDLINE, BVS, ABEn / CEPEn, BDENF and others, addressing the issue of the importance of activity physics in promoting quality of life of older adults. The objective of this study is to compose the territorial diagnosis to enable the implementation of a project of physical activity for older adults in the community enrolled in the Family Health Program (FHP) São Benedito in Campos Gerais. The work is organized by situation analysis of health of the elderly population enrolled at São Benedito and the PSF map of health services focusing on physical activity for older people in the community of São Benedito in Campos Gerais. The search results reported that actions to promote physical activity in PSF are summarized in stretching followed by walking 45 minutes on average, performed during the morning once a week, with the operating group of seniors. It is expected that after this analysis, we can justify with our managers about the importance of implementing policies in place that allow us to offer the elderly the affective conditions for physical activity in family health teams in the city of Campos Gerais, infrastructure and human resources, with searching for a better quality of life for the elderly, because physical activity is intrinsically linked to health promotion.

**Key-words:** Quality of Life. Family Health Program. Health promotion. Physical Activity ,Elderly.



## Lista de Gráficos

<b>Gráfico 1</b>	População atendida pelo PSF São Benedito distribuída por faixa etária e sexo.....	27
<b>Gráfico 2</b>	Consultas realizadas no PSF São Benedito no ano de 2008, classificadas por faixa etária.....	27
<b>Gráfico 3</b>	Principais patologias atendidas no PSF São Benedito no ano de 2008.....	28

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
5.1 Legislação de apoio à atenção à saúde do idoso.....	17
5.2 Aumento da população idosa e promoção de qualidade de vida por meio de atividades físicas.....	20
5.2.1 Projetos de Atividade Física para idosos no PSF São Benedito em Campos Gerais.....	26
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o início da minha vida acadêmica, sempre atentei para o fato de os idosos serem uma população com particularidades ímpar e também portadora de problemas multifatoriais. Como desenvolvi grande empatia pelos indivíduos neste ciclo de vida, direcionei a minha formação, ainda na graduação, para o atendimento aos idosos.

Há 10 anos atrás me tornei integrante da equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) na cidade sul mineira de Campos Gerais onde atuo como médica até a presente data. Com a oportunidade de realizar o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, e em uma importante atividade desenvolvida no curso, realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência do nosso PSF, o PSF São Benedito, deparei-me com uma população idosa expressiva, freqüentadora da unidade, com demanda por consultas em número proporcionalmente maior que as demais faixas etárias. Como é caracteristicamente uma clientela com potencial tendência a desenvolver múltiplas patologias, doenças crônico-degenerativas e incapacidades físicas e/ou mentais, e torna-se imperativo o desenvolvimento de ações de promoção a saúde direcionadas a esta clientela.

Dentro deste contexto, e sendo o PSF a principal estratégia da atenção básica, com um modelo de atenção centrado nas ações de promoção à saúde e manutenção da qualidade de vida, e pela observação de que dentre tais ações, aquelas ligadas à atividade física, regular e orientada mereciam destaque no nosso planejamento estratégico, foi o fator motivador para o desenvolvimento este estudo em questão.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compor o diagnóstico territorial para a implantação de projeto de atividade física para os idosos da comunidade adscrita ao PSF São Benedito em Campos Gerais.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Compor o diagnóstico situacional em saúde da população idosa adscrita ao PSF São Benedito em Campos Gerais.

Mapear os serviços de saúde centrados na atividade física para pessoas idosas na comunidade de São Benedito em Campos Gerais.

### 3 JUSTIFICATIVA

Vários estudos demonstram que a atividade física é um importante meio de prevenção e promoção da saúde dos idosos através de seus inúmeros benefícios, sendo um ponto importante na melhoria da qualidade de vida do idoso. Como não existe nenhum estudo sobre a atividade física como parte integrante do atendimento ao idoso em nossa comunidade em foco, o PSF São Benedito da cidade de Campos Gerais em Minas Gerais, nem mesmo na cidade de modo geral, esperamos que este estudo nos norteie com seus resultados.

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial (BRASIL, 1998). Entende-se por idoso ou pessoa da terceira idade, indivíduos com mais de 60 anos de idade. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que, os indivíduos muito idosos (com 80 anos ou mais) constituem o grupo etário de maior crescimento. Este processo, antes restrito aos países desenvolvidos, está ocorrendo nos países em desenvolvimento e de forma mais rápida.

Desse modo, destaca-se que, atualmente, no Brasil 8,9% da população é constituída por idosos (IBGE, 2004), sendo que, as projeções indicam que em 2025, 15% da população (34 milhões) estará acima de 60 anos (GONÇALVES, 2001). No Brasil, a transição demográfica é incontestável. Até o ano 2025, possivelmente ocuparemos o sexto lugar da população de idosos do planeta com 31,8 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais. Porém, estamos longe de atingirmos o envelhecimento bem sucedido (FREITAS, 2002).

Chaimowicz (1998) realizou um estudo em 1995 com o objetivo de analisar as características da saúde dos idosos brasileiros e as perspectivas dos processos de transição demográfica e epidemiológica no Brasil. Já se estimava que a população de idosos deveria alcançar 15% do total da população, trazendo consigo uma sobrecarga pela demanda os serviços de saúde por desenvolverem grande número

de patologias crônicas e/ou incapacitantes. Este autor alertou para a importância das unidades básicas de saúde na coordenação de ações preventivas pelas evidências de que a promoção de saúde e a profilaxia primária e secundária de doenças, inclusive após os 65 anos, são as alternativas que apresentam o melhor custo-benefício para que se alcance a compressão da morbidade.

Chaimowicz (1998) menciona ainda que

Diferentes intervenções devem ser realizadas objetivando a promoção de saúde e a profilaxia de doenças para a população idosa, dentre elas destaca-se o papel do exercício físico, discutido em várias revisões e estudos controlados que atribuem à prática regular de atividade física - mesmo se iniciada após os 65 anos - maior longevidade, redução das taxas gerais de mortalidade, melhora da capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, redução do número de medicamentos prescritos, prevenção do declínio cognitivo, manutenção de status funcional elevado, redução da frequência de quedas e incidência de fraturas e benefícios psicológicos, como melhora da auto-estima (CHAIMOWICZ, 1998, p. 48).

De um modo geral, indivíduos idosos apresentam múltiplos problemas médicos coexistentes. Rassi (1994) citou que, em média, o número de condições crônicas (como osteoartrite, dispnéia ao esforço ou diminuição da acuidade visual) aumentava de 4,6 para 5,8 entre os 65 e 75 anos de idade.

Um inquérito domiciliar realizado em amostra aleatória de 1.602 indivíduos com 60 anos ou mais do Município de São Paulo, em 1989, revelou que apenas 14% dos entrevistados se consideravam livres de doenças crônicas (como hipertensão, diabetes, asma, "reumatismo", "derrame" e "insônia"). Dentre os grupos de menor poder aquisitivo, 17% dos idosos se referiram à presença de pelo menos cinco condições simultâneas (RAMOS *et al.*, 1993).

No Rio de Janeiro, Veras (1994), em amostra aleatória de 242 indivíduos com 60 anos ou mais, de baixo poder aquisitivo, submetidos a entrevista domiciliar, foi

relativamente alta a proporção daqueles que relatavam "má visão" (42%), "má audição" (17%) e problemas dentários (63%).

Outro estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte com 625 indivíduos com 60 anos ou mais, mostrou grande freqüência de queixas, e as condições patológicas mais citadas foram "coluna" (48%), "pressão alta" (47%), "insônia" (41%), "visão" (38%), "reumatismo" (38%), "circulação" (37%), "angústia" (34%), "stress" (33%), "depressão" (32%), "coração" (30%) e "varizes" (26%), a maioria relacionada às doenças crônico-degenerativas (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1993).

De acordo com Ramos (2003), o principal fator de risco para mortalidade continua sendo a própria idade. Quanto mais se vive maior é a chance de morrer. A maioria dos estudos longitudinais com idosos parece concordar que, além da idade, o sexo do indivíduo pode ser determinante do risco morte, com os homens apresentando um risco maior do que as mulheres. Todas as demais variáveis são dependentes de uma complexa interação entre o indivíduo e o meio ambiente, que, por sua vez, varia em função da cultura e da época. Mesmo o fator sexo pode vir a ter sua relação de risco alterada no futuro, com a evolução social promovendo um aumento significativo de mortes por doenças cardiovasculares entre as mulheres, agora mais expostas do que antes aos fatores de risco ocupacionais e ambientais, devido a sua progressiva incorporação à população economicamente ativa.

O estatuto do idoso foi um importante documento instituído em prol dos direitos dessa parcela da população brasileira. Esse Estatuto foi aprovado em setembro de 2003 e sancionado pelo presidente da República no mês seguinte, ampliando os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos. Mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, lei de 1994 que dava garantias à terceira idade, o estatuto institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos da terceira idade.

Tendo em vista o número crescente de idosos na população em geral e o grande número de idosos na nossa população adscrita, e a sabida associação entre a prática da atividade física e melhoria na qualidade de vida desta parcela populacional, tornou-se evidente a necessidade de realizar ações de promoção à saúde, com incentivo à prática de atividade física com foco na população idosa do PSF São Benedito, Campos Gerais, Minas Gerais.



## 4 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo de natureza descritiva, realizado por meio de levantamento bibliográfico em periódicos indexados no banco de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE, BVS, ABEn/CEPEn, BDEF e outros, que abordam a problemática da importância da atividade física para os idosos.

Foi utilizada também, fontes de informações como documentos publicados pelo Ministério da Saúde, Legislação específica sobre o idoso, entrevistas com atores sociais, dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Campos Gerais e pelo PSF São Benedito do Município de Campos Gerais.

Como descritores de assunto, palavras e títulos, foram utilizados os termos: Qualidade de Vida. Programa de Saúde da Família. Prevenção e Promoção da saúde. Atividade Física.

Após a seleção dos artigos e documentos pertinentes foi realizado o fichamento do material, que permitiu reunir as informações necessárias e úteis à elaboração do texto. Na elaboração textual buscou-se analisar as idéias centrais dos autores com relação ao tema, destacando os aspectos semelhantes e divergentes.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Legislação de apoio à atenção à saúde do idoso

A ONU (Organização das Nações Unidas), através da Declaração dos Direitos dos Idosos (WHO, 2005), ressalta a importância com a manutenção da autonomia e socialização dos idosos em 4 de suas 16 cláusulas:

8ª – é cada vez mais necessário prevenir a adiar os efeitos negativos da velhice sobre organismo.

10ª – deve ser incentivada a formação de grupos e movimentos dos idosos.

11ª – devem ser criadas ocupações destinadas a manter as pessoas úteis e ativas enquanto for possível.

16ª – é preciso melhorar a qualidade de vida em todos os aspectos, tornando o idoso capaz, tanto quanto possível, de uma vida independente (WHO, 2005).

A ONU argumenta ainda que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de envelhecimento ativo que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos (WHO, 2005).

No final de 1993, foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) do Ministério da Assistência e Promoção Social, Lei nº 8.742, de 07.12.93 que, além de tratar da organização das políticas de assistência nas três esferas de governo, dispõe sobre medidas específicas das quais devem ser articulados os demais programas de assistência governamentais (MEDEIROS; OSÓRIO, 1999).

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e

recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2006 esta portaria foi revogada e aprovou-se a Portaria nº 2.528 que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Esta nova política determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (JACOB FILHO, 2006).

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, incluem-se menções *estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas* (BRASIL, 2005, p. 15).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa destaca que:

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito – e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos –, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias. Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos. (BRASIL, 1999, p. 15).

De acordo com Mendonça (2005), na relação que compete às entidades públicas, encontram-se importantes obrigações como estimular a criação de locais de atendimento aos idosos, centros de convivência, casas-lares, oficinas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade e impedir a discriminação do idoso e sua participação no mercado de trabalho.

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Enquanto a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) cuida essencialmente da atuação do poder público na promoção das políticas básicas de atendimento ao idoso, o Estatuto do Idoso consolida, sobretudo tentando proteger o

idoso em situação de risco social, os direitos já assegurados na Constituição Federal.

O Conselho Estadual do Idoso de Minas Gerais foi criado pela lei nº 13.176 de 20 de Janeiro de 1999, para atender o disposto no art.6º da lei 8.842 - Política Nacional do Idoso. Trata-se de um órgão autônomo, de caráter deliberativo e controlador das políticas e das ações voltadas para a garantia de Direitos da população Idosa do Estado de Minas Gerais (CEI/MG, 2010).

Em 2010, completando 11 anos, é divulgado o fortalecimento da implantação da política do Idoso no Estado através das regionais e o estabelecimento de parcerias com vista a fortalecer grupos de convivência. Ressalta-se ainda que com a população Idosa do Estado de Minas Gerais girando em torno de 2.800.000 (dois milhões e oitocentos mil), e com dados do IBGE, a partir de 2039 teremos a total inversão da pirâmide etária, ou seja, a população de idosos será maior que a de jovens (CEI/MG, 2010).

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social, e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

## **5.2 Aumento da população idosa e promoção de qualidade de vida por meio de atividades físicas**

Verifica-se, portanto, que o aumento da população idosa gera necessidades de mudanças na estrutura social para que estas pessoas, ao terem suas vidas prolongadas, não fiquem distantes de um espaço social, em relativa alienação,

inatividade, incapacidade física, dependência, conseqüentemente com baixa qualidade de vida. A relação entre atividade física, saúde, qualidade de vida e envelhecimento vem sendo cada vez mais discutida e analisada cientificamente. Atualmente é praticamente um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo do envelhecimento.

O novo paradigma de saúde do idoso é manter a sua capacidade funcional, mantendo-o independente e preservando a sua autonomia. Profissionais que trabalham com o processo do envelhecimento nas mais diversas áreas de saber (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outros), tentam proporcionar, em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), o bem estar bio-psico-social dos idosos, ao potencializar suas funções globais, a fim de obter uma maior independência, autonomia e uma melhor qualidade para essa fase de vida (RAMOS, 2003).

Como uma opção importante na prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas de alta prevalência em adultos e idosos, vários trabalhos têm apontado a necessidade da atividade física como um importante aliado, uma vez que pessoas ativas têm um risco diminuído para o desenvolvimento de várias doenças.

Nos últimos anos, tem-se verificado o aumento do sedentarismo na população em geral, independente de faixa etária. No Brasil o sedentarismo apresenta alta prevalência, podendo chegar a valores acima de 90% nesta faixa etária e atuando como sendo um fator agravante e responsável por grave estado de limitação da saúde do idoso (JACOB FILHO, 2006), elevando custos tanto diretos quanto indiretos para o sistema de saúde.

Diminuir o sedentarismo e promover estilos de vida mais saudáveis através da participação da atenção básica à saúde e de seus profissionais pode representar um

grande impacto na melhoria dos índices de saúde populacional e nos custos relacionados à gestão dos serviços.

Para Lorda e Sanchez (2001) a prática de atividades físicas promove um desenvolvimento integral do idoso, pois, trabalha entre outras variáveis, a saúde física, a socialização (integrando o idoso ao seu meio social, ampliando as relações sociais e estimulando o convívio), e a sensibilidade, tornando-se um processo terapêutico de restauração e qualidade de vida, devolvendo no idoso o prazer de viver.

Outros estudos sugerem que o enfoque principal da prática da atividade física para esta parcela populacional deve ser na promoção de saúde, mas em indivíduos com patologias já instaladas, a prática de exercícios orientados pode ser muito importante para controlar a doença, evitar sua progressão, e/ou reabilitar o paciente. Estudos mostram que pelo menos 70% dos idosos têm um problema de saúde e a atividade física pode ser uma grande aliada do tratamento, uma vez que a prática da atividade física pode controlar a manifestação e os sintomas de várias doenças, como a hipertensão, por exemplo, e reduzir o consumo de medicamentos (OKUMA, 1998).

Desta maneira, a atividade física torna-se um processo terapêutico ao restaurar no idoso o prazer de viver. Portanto, diminuir o sedentarismo e promover estilos de vida mais saudáveis, tornou-se um dos grandes desafios das equipes de profissionais que atuam na atenção básica à saúde, pois o sucesso desta política pode representar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde populacional e nos custos relacionados à gestão dos serviços.

Um dos aspectos que devem ser considerados na relação atividade física, doença e saúde em termos populacionais é a escolha do tipo de atividade física a ser prescrito na terceira idade. Recentemente têm surgido recomendações específicas de programas de atividade física para atender a população de adultos maiores de 60

anos de idade, tais como as normas propostas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1996) ou o Programa de Promoção da Atividade Física: Agita São Paulo na população do Estado de São Paulo (CELAFISCS, 1998).

De acordo com novos paradigmas e evidências, Ramos et al. (1993), resumindo os critérios de realização de testes de esforço em indivíduos idosos, sugeriram a necessidade dos mesmos somente para indivíduos acima de 50 anos nos casos de possível prescrição de exercícios vigorosos para tais indivíduos. No caso de prescrição de exercícios moderados, somente deveriam ser submetidos a testes de esforço aqueles indivíduos com doenças crônicas, ou com presença de fatores de alto risco e ainda aqueles sintomáticos.

Diante das considerações mencionadas nos parágrafos anteriores observa-se que é possível encorajar a adoção de um estilo de vida ativo durante o envelhecimento, sensibilizando a população sobre a possibilidade de ser fisicamente ativo sem precisar ter muito tempo e habilidades, conhecimentos ou equipamentos específicos. Do mesmo modo, as evidências enfatizam o papel do médico e da família como agentes facilitadores para a prática regular da atividade física nesta etapa da vida.

Neste aspecto é fundamental considerar as observações realizadas por Christmas e Andersen (2000), que sugerem para os profissionais da área da saúde, especialmente os médicos, estratégias específicas para abordar e motivar o paciente idoso sedentário a modificar seu estilo de vida. Para tanto, estes profissionais devem levar em consideração o padrão de atividade física do indivíduo durante a vida e seus interesses, o nível de atividade física nos três últimos meses, assim como o nível de interesse e motivação para o exercício e as preferências sociais para a prática da atividade física regular.

Para reforçar e conseguir sucesso, os autores acima citados recomendam que a prescrição da atividade física seja realizada por escrito, levando em conta o tempo disponível para a realização da mesma, o desejo do paciente, os equipamentos e as facilidades disponíveis. Devem ser lembradas as comorbidades que podem afetar o



desempenho do paciente para realizar a atividade física e, o mais importante, ser estimulada como um hábito para o resto da vida.

A avaliação médica para liberação do idoso para o início das práticas de atividade física, no entanto, deve ser utilizada com critérios específicos para não converter esta ferramenta em mais uma barreira para a prática da atividade física. O posicionamento a este respeito de um dos maiores especialistas da área, Shephard (2000), aponta claramente, com fortes evidências epidemiológicas, que o idoso que deseja realizar atividades físicas leves ou moderadas deve ser encorajado a se envolver regularmente sem uma avaliação médica especial, já que este procedimento médico pode ser muitas vezes desnecessário e um possível fator desmotivante.

Devido às claras e fortes evidências epidemiológicas de que o estilo de vida ativo é um fator fundamental na prevenção, tratamento e controle das doenças crônicas não transmissíveis, a promoção da atividade física regular deve ser promovida nesta população com políticas claras e estratégias de implantação bem definidas.

Para tanto, recomenda-se que as políticas públicas devem promover na população o estímulo à adoção da recomendação atual da atividade física, encorajando os indivíduos de todas as idades, mas em especial os maiores de 50 anos, a realizar pelo menos 30 minutos de atividade física moderada por dia, na maior parte dos dias, de forma contínua ou acumulada. Estas estratégias devem enfatizar a não obrigatoriedade tanto da avaliação médica (com exceção dos casos sintomáticos), quanto da participação em programas estruturados ou supervisionados para a adoção de um estilo de vida ativo como mecanismo de promoção da saúde (SHEPARD, 2000).

No Brasil existem alguns programas de educação física especificamente direcionados à terceira idade. Desde 1994, o Programa para Autonomia da Atividade Física (PAAF), da Faculdade de Educação Física da USP, visa dar condições ao

idoso de autogerir um programa de atividade física. O programa se constitui de atividades teóricas e práticas em duas sessões semanais de 90 minutos, durante 18 meses, em que são desenvolvidas: a reestruturação corporal, atividades de relaxamento e respiratórias, atividades aeróbicas e atividades direcionadas à força muscular, flexibilidade, controle motor, locomoção, equilíbrio e ritmo (OKUMA, 1998).

Os resultados de outro importante estudo que teve como objetivo descrever os aspectos relacionados às diretrizes necessárias para a formulação de programas e ações de atividade física para idosos participantes dos Grupos de Convivência do município de São José - SC evidenciou que os programas de atividades físicas só são possíveis quando são averiguadas as características e necessidades dos idosos. Para isso, pesquisas devem ser realizadas tanto para identificar o perfil desta população, como para propor intervenções.

Neste programa do município de Santa Catarina são realizadas atividades diversas: como de lazer; culturais; intelectuais; físicas; manuais; artísticas e de convívio grupal, que podem favorecer uma vida ativa aos idosos. Encontra-se dentro dos pressupostos que orientam este programa a concepção de que a convivência entre os participantes do programa estimula os mesmos a terem hábitos de vida mais saudáveis, uma vez que manteriam, assim, a capacidade de ajudar e de participar como sujeito ativo nas interações, o que pode promover resultados positivos na saúde das pessoas idosas, e na manutenção das atividades da vida diária (RAMOS, 2002).

Em extensa revisão da literatura científica, Assis, Hatz e Valla (2004) descrevem as experiências de avaliação em promoção da saúde do idoso, entre o período de 1990 a 2002, e observam predomínio de estudos “quase experimentais” na literatura internacional, ao passo que no Brasil são comuns os relatos de experiência, levando os autores a concluir que: *[...] a avaliação em promoção da saúde do idoso é pouco desenvolvida no Brasil e a pesquisa de síntese dos programas pode ser parâmetro para o desenvolvimento das experiências em nosso contexto* (ASSIS; HATZ; VALLA, 2004, p.1).

#### **4.2.1 Projetos de Atividade Física para idosos no PSF São Benedito em Campos Gerais**

Campos Gerais é uma cidade de pequeno porte que está localizada na região sul do Estado de Minas Gerais e conta atualmente 26.961 habitantes (IBGE, 2009), que têm como principal fonte de renda a cultura cafeeira.

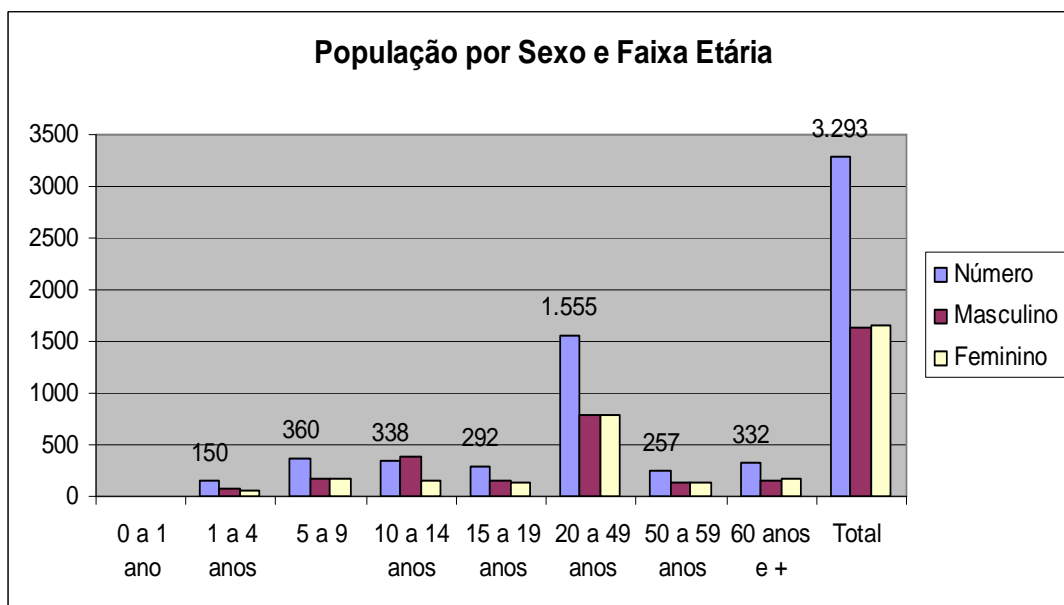
A unidade de saúde PSF São Benedito está situada na zona urbana, atualmente atendendo a 841 famílias cadastradas, com um total de 3.293 pessoas. Como em toda a cidade, nossa área de abrangência tem boa infra-estrutura de saneamento básico, água, luz, e esgoto além de coleta de lixo diariamente. O índice de alfabetização da população adulta está em torno de 80%.

Através da realização de um diagnóstico situacional em saúde da comunidade, que é um instrumento que nos permite identificar os principais problemas de saúde de nossas comunidades e então definir e planejar intervenções eficientes, foi traçado o perfil descrito abaixo.

Os quadros seguintes sintetizam os dados coletados em 2008 por ocasião do diagnóstico situacional da equipe de saúde do PSF São Benedito, quando da realização do Módulo Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF). As informações foram conseguidas a partir de bases de dados secundários como, por exemplo, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dados extraídos da própria Unidade do PSF São Benedito, entrevista com informantes-chave e observação ativa. Entende-se por informantes-chaves aquelas pessoas que supostamente tem informações relevantes sobre as condições de vida da população ou de parte desta, como por exemplo, líderes comunitários.

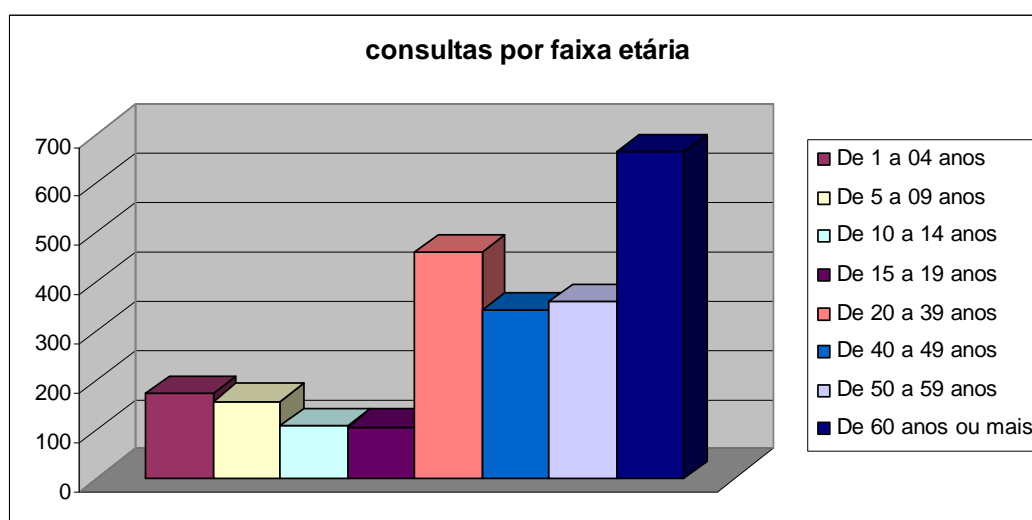
De acordo com a análise dos dados coletados, conclui-se que:

Não há diferença em relação ao sexo, sendo que há uma concentração da população na faixa entre 20 a 49 anos, e está distribuída de forma homogênea entre as microáreas de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.



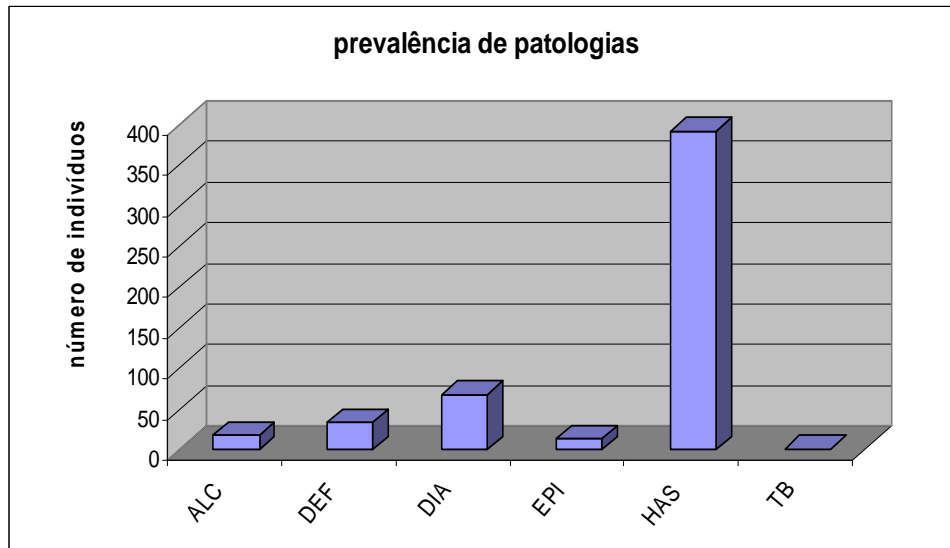
**Gráfico 1:** População atendida pelo PSF São Benedito distribuída por faixa etária e sexo.  
**Fonte:** Dados do SIAB e do PSF São Benedito (ano 2008).

A população idosa não é a mais numerosa, mas é a que mais busca por consulta no PSF.



**Gráfico 2:** Consultas realizadas no PSF São Benedito no ano de 2008, classificadas por faixa etária.  
**Fonte:** Dados do SIAB e do PSF São Benedito (ano 2008).

A patologia mais prevalente foi a hipertensão arterial, seguida pelo diabetes mellitus e doença mental.



**Gráfico 3:** Principais patologias atendidas no PSF São Benedito no ano de 2008.  
**Fonte:** Dados do SIAB e do PSF São Benedito (ano 2008).

Os programas mais abrangentes são os de hipertensão, diabetes e puericultura. O índice de crianças na idade escolar é satisfatório assim como a taxa de alfabetização nos indivíduos acima de 15 anos.

Toda a população é servida de abastecimento de água tratada, rede de esgoto, coleta de lixo, energia elétrica e residem em casas de alvenaria. Cerca de 7,5% da população não tem o hábito de retratar a água em casa (filtração).

As principais ocupações identificadas foram: estudantes, do lar, lavradores e aposentados. Verificou-se ainda que a população apresenta baixo índice de desempregados.

Quanto aos aspectos epidemiológicos, o número de internações foi alto para parto e puerpério, seguido de doenças do aparelho respiratório, cardiovascular e com número significativo de neoplasias e causas externas.

Essa unidade de PSF funciona de acordo com as normas da política nacional de atenção básica e a equipe de saúde da família está enquadrada na modalidade I, para recebimento do incentivo financeiro. Contamos também com a equipe de saúde bucal na modalidade I, ou seja, conta com 1 cirurgião dentista e 1 auxiliar de saúde bucal. Apesar de sabermos que nosso município comportaria a implantação de um NASF 2, não contamos com os benefícios que poderiam ser trazidos por profissionais deste núcleo.

As ações de promoção de atividades físicas realizadas na unidade do PSF São Benedito se resumem a alongamentos seguidos por caminhada de 45 minutos em média, realizados durante o período da manhã, uma vez por semana, com o grupo operacional da terceira idade. Frequentam o grupo em torno de 18 idosos, sendo todos do sexo feminino. Estas atividades são acompanhadas por um profissional de fisioterapia contratado pelo gestor, para prestar atendimento na própria unidade e atendimentos domiciliares, duas vezes por semana.

O município de Campos Gerais não oferece muitas opções para a prática de atividade física para a população idosa. As poucas ações existentes acontecem de forma desarticulada. Contamos com um clube recreativo onde grupos de idosos fazem hidroginástica, principalmente no verão, pois o clube não tem piscina aquecida e o inverno na região costuma ser bem rigoroso. A atividade é coordenada por um educador físico aos associados e aos idosos não associados por meio de convênio com a prefeitura como ação isolada, no sentido de incentivar a atividade física nesta população.

Outra opção é a realização de musculação na única academia da cidade, uma academia particular, que tem horário especial para o público da terceira idade. Como avaliação pré-admissional é solicitado apenas a apresentação de atestado médico permitindo a prática de atividade física. O grupo é formado por 14 idosas com faixa etária entre 56 e 73 anos. Todas têm suas atividades físicas concentradas exclusivamente às aulas na academia, durante uma hora, três vezes por semana. Em uma conversa informal, foi unânime entre as mesmas a insatisfação por não

haver na cidade opções de lazer para o público idoso. As principais solicitações são em relação a falta de espaço para dança, caminhadas, jogos, eventos culturais e realização de trabalhos manuais.

Recentemente foi inaugurada uma piscina térmica, anexo a uma clínica de fisioterapia, que oferece aulas de natação e hidroginástica com turmas específicas para o idoso. Como se trata de clínica particular, o público é limitado pela questão do custo.

Há 14 anos surgiu o grupo de convivência de idosos chamado Laços de Amizade, com 140 indivíduos cadastrados, sendo 137 mulheres e apenas 3 homens, com cerca de 75 participantes assíduos. O grupo se reúne semanalmente por duas horas, coordenado por um educador físico cedido pela prefeitura municipal, que desenvolve atividades de alongamento, dança, promoção de viagens, participação em eventos comemorativos da cidade e datas festivas como, carnaval e festa junina. O grupo conta com atendimento médico, que se faz presente às reuniões a cada quinze dias. Não há na cidade outros grupos ou movimento de idosos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução industrial tem modificado o estilo de vida da população, trazendo consigo benefícios e malefícios. Muitos destes avanços (como controle remoto, vidro elétrico, direção hidráulica, forno microondas, internet, televisão, máquina de lavar roupa) facilitam a rotina de vida dos indivíduos, tornando-os acomodados e muitas vezes pessoas sedentárias. O sedentarismo predispõe o indivíduo à obesidade, por consequência disto, aumenta o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial e doenças coronarianas.

Com o crescimento da parcela da população com mais de sessenta anos de idade, o governo e a sociedade vêm desenvolvendo formas alternativas de caráter preventivo para doenças relacionadas com o envelhecimento, tais como: osteoporose, infarto do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, angina de peito, dentre outras. Nessa conjuntura, a atividade física vem conseguindo lugar de destaque como forma preventiva, não farmacológica e de baixo custo para prevenção e controle dessas doenças. Abre-se portanto, muitas possibilidades para a existência de um número progressivamente maior de idosos com saúde e aumentando a expectativa de vida da população.

Tem sido relatado que a atividade física reduz os problemas relacionados com o envelhecimento tais como: níveis de pressão arterial em hipertensos, infarto do miocárdio, artrite, acidente vascular cerebral, entre outros. Portanto é provável que o treinamento físico regular de baixa e média intensidade reduza os problemas pertinentes em questão.

Acompanhando o crescente aumento da população idosa tornou-se imprescindível que fossem adotadas inúmeras medidas adicionais de caráter preventivo, para evitar que essa magnífica transformação etária fosse responsável por um proporcional crescimento da população de doentes ou da demanda por suporte assistencial aos



dependentes. Necessitamos pois, de ações preventivas que promovam a saúde do idoso, com a participação da sociedade e instituições governamentais.

Nos últimos anos, no Brasil, a expectativa de vida aumentou sensivelmente, em decorrência de vários fatores. Dentre eles podemos citar a popularização das práticas de atividades físicas como tratamento para várias doenças que estão relacionadas com o envelhecimento. O PSF São Benedito de Campos Gerais/MG em sua política de promoção e proteção da saúde da comunidade desenvolve projetos de atividades físicas com os idosos de sua área de abrangência, voltados a atender as pessoas da terceira idade. Tais projetos utilizam a atividade física como forma de valorizar o idoso e inseri-lo no contexto social. Diante disso alia-se saúde, atividade física e qualidade de vida.

Contudo, foi possível verificar que estas ações mostram-se ainda incipientes, pouco articuladas nas diferentes esferas da vida comunitária, com baixo nível de profissionais envolvidos, bem como uma discrepância na relação entre o número de indivíduos idosos vivendo na comunidade e programas públicos ofertados, observando-se uma dissimetria entre oferta e necessidade.

Espera-se que após esta análise justificar junto aos nossos gestores sobre a importância da implantação de políticas locais que nos permitam ofertar aos idosos, condições para a efetiva prática de atividades físicas nas equipes de saúde da família do município de Campos Gerais, com infra estrutura e recursos humanos adequados, com busca da promoção de uma melhor qualidade de vida a esta população, pois as atividades físicas estão intrinsecamente ligadas à manutenção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, M.; HARTZ, Z.M.A.; VALLA, V.V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 557-581, jul./set. 2004.

BRASIL. **Decreto-lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde**. 1ª edição, 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 2528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006.

CEI/MG. **Conselho Estadual do Idoso de Minas Gerais**. Disponível em: < <http://www.conselhos.mg.gov.br/cei/>>. Acesso em 30 abr. 2010.

CHRISTMANS, C.; ANDERSEN, R.A. Exercício e pacientes idosos: diretrizes para o clínico. **J Am Soc Geriatr**; 48:318-24, 2000.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2002.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **População idosa em Minas Gerais e políticas de atendimento**. Belo Horizonte, 1993, v. 1: Perfil da população idosa e políticas de atendimento na Região Metropolitana de Belo Horizonte [versão preliminar].

GONÇALVES, A.K. **Novo ritmo da terceira idade**. Pesquisa Fapesp 2001.

IBGE. Diretoria de Pesquisa. **Coordenação de população e indicadores sociais**. Gerência de estudo e análise dinâmica demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050. Revisão. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

JACOB FILHO, W. Mesa Redonda: Atividade Física na Terceira Idade e Relações Integracionais. **Revista Brasileira de Educação Física e Esportes**. XI Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos Países de Língua Portuguesa. São Paulo, v.20, n.5, p.73-77, set.2006.

LORDA, C.R.; SANCHEZ, C.D. **Recreação na 3ª Idade**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Sprint, 2001.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. **Mudanças nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998**. Brasília: Ipea, 2002 (Texto para discussão, 886).

MENDONÇA, J.M.B. **Políticas do Ministério da Previdência e Assistência Social**. Jun. 2005. Disponível em: <<http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/66.rtf>>. Acesso em 10 mai. 2010.

OKUMA, S.S. **Investigando o significado da atividade física para o idoso: o idoso e a atividade física**. 1ª edição. Campinas: Papirus, 1998.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Jun 2003.

RAMOS, L.R.. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, 27:87-94, 1993.

RAMOS, M.P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**. 2002; 4(7): 156-75.

RASSI, E. P. M. Indicadores de saúde em idosos: o papel da unidade básica de saúde. **Gerontologia**, 2(2):75-81, 1994.

CELAFISCS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Manual do Programa Agita São Paulo**. São Paulo (SP), 1998.

SHEPHARD, R.J. A insistência no afastamento médico pode inibir a adoção de atividade física em idosos? **J Aging Phys Act**; 8:301-11, 2000.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

WHO. World Health Organization. **As orientações da OMS para a atividade física em pessoas idosas**. IV Congresso Internacional de Atividade Física, Envelhecimento e Esporte; 1996. Agosto 27-31, Heidelberg, Alemanha; Universidade de Heidelberg, 1996.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WHO. World Health Organization. **O relatório mundial de saúde**. Genebra, 2001.