



FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VIVIANE APARECIDA PEREIRA

ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

UBERABA-MINAS GERAIS

2012



FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VIVIANE APARECIDA PEREIRA

ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

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 Título de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolores Soares Madureira

UBERABA-MINAS GERAIS

2012



FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VIVIANE APARECIDA PEREIRA

ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

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 Título de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira – orientadora

Profa. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em: Belo Horizonte, 05 de setembro de 2011

Dedico esse trabalho

Aos meus pais pelo apoio, carinho e compreensão

Ao meu amigo Edson que tanto me deu força

E a Deus pelo milagre da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelas orações e confiança; à minha equipe de trabalho da ESF José

Alves Gondim Sobrinho e à minha orientadora pelo apoio e compreensão.

“Tudo posso naquele eu me fortalece”

RESUMO

O número de pessoas idosas no Brasil e no mundo tem crescido expressamente em razão do aumento contínuo da expectativa de vida da população. Diante desse acontecimento, as necessidades do grupo dos idosos causam crescente demanda de articulação das políticas públicas em saúde. O direito a um envelhecimento digno é preocupação recente na pauta de deveres do Estado e só há pouco tempo tem sido tratado com mais sistematização. A definição de envelhecimento ativo, cunhado pela Organização Mundial da Saúde, reflete o ideal do modelo assistencial em voga, e considera as dimensões física, mental e social do indivíduo, enfatizando a promoção em saúde na manutenção da sua autonomia. O SUS, baseado na universalidade do acesso, busca materializar o princípio da vida digna, direito esse estendido a todos os cidadãos independentemente da idade que possuem; a ESF dentro desse contexto é considerada ferramenta na concretização das diretrizes do SUS. Este trabalho tem como objetivo abordar criticamente o atual tratamento dispensado às pessoas idosas na consolidação do envelhecimento ativo dentro da Estratégia Saúde da Família e a função da atividade física nesse processo, por meio de uma revisão de literatura narrativa. Estudos comprovam que a atividade física continuada é um dos principais fatores na conservação da funcionalidade em pessoas idosas, atuando também como um dos protagonistas na prevenção das principais patologias responsáveis pela morbidade nesse grupo. A ESF, com sua organização própria de trabalho e centrada no atendimento integral do indivíduo, possui potencialidade para a efetivação do envelhecimento ativo. A atividade física, dada a sua importância na promoção de qualidade de vida, é medida viável e necessária dentro das ações da ESF. De maneira geral, verificou-se que apesar das potencialidades da ESF no atendimento integral do idoso, sendo a instituição de atividades físicas um dos seus aspectos, as ações e projetos voltados para a materialização desse ideal ainda estão em construção ou inexistem completamente, o que exige maiores adequações e preparo das equipes.

Palavras-chave: Atenção Primária; idoso; atividade física; sistema único de saúde; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

The number of elderly people in Brazil and the world has grown specifically because of the continuous increase in life expectancy of the population. Before this event, the needs of the elderly group cause articulation of the growing demand for public health policies. The right to a decent age is recent concern on the list of duties of the state and only recently has been dealt with more systematically. The definition of active aging, coined by the World Health Organization, reflects the ideal of care model in vogue, and considers the physical, mental and social conditions, emphasizing health promotion in maintaining their autonomy. SUS, based on universal access, search materialize the principle of dignified life, a right extended to all citizens regardless of age who possess, the ESF in this context is considered a tool in the implementation of the guidelines of the SUS. This paper aims to critically address the current treatment of the elderly in the consolidation of active aging within the Family Health Strategy and the role of physical activity in this process through a narrative review of the literature. Studies show that physical activity is continuing a major factor in the conservation of function in older people, also acting as a major player in the prevention of major diseases responsible for death in this group. The ESF, with its own organization of work and focused on the assistance of the individual, has potential for the realization of active aging. Physical activity, given its importance in promoting quality of life, is as viable and necessary actions within the ESF. Overall, it was found that despite the potential of FHS during the treatment of elderly, and the establishment of physical activities one of its aspects, actions and projects for the realization of this ideal are still under construction or completely nonexistent, which requires major adjustments and preparation of the teams.

Keywords: Primary; elderly, physical activity, health care system, the family health strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Pirâmides etárias derivadas da projeção para a população brasileira em 2005 e 2050	22
Figura 2 Evolução do índice de envelhecimento da população brasileira - 1980 a 2050.....	23
Figura 3 Principais causas de mortalidade de idosos no Brasil, 2007	26
Figura 4 Efeitos deletérios do envelhecimento.....	27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS	14
3.1. Objetivo geral	14
3.2. Objetivos específicos	14
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	15
5. DESENVOLVIMENTO	16
5.1. Histórico do atual modelo assistencial e o papel da Estratégia Saúde da Família	16
5.2. A construção social da velhice	20
5.3. A atividade física na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e desafios .	30
5.3.1. As potencialidades da Estratégia Saúde da Família na inclusão da atividade física para Idosos	30
5.3.2. Desafios na realização de atividades física para Idosos na Estratégia Saúde da Família..	32
6. CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	35

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Navarro *et al.* (2008), estima-se que a população brasileira no ano de 2020 atingirá uma média de 32 milhões de idosos, sendo que houve um aumento de idosos maiores de 60 anos de 500% em quarenta anos, dos anos de 1960 até o ano de 2002.

Chaimowicz *et al.* (2009) descrevem que a estimativa de vida no século X era de 45 anos e hoje, em 2011, o perfil demográfico tem mudado constantemente com envelhecimento da população, pois na década de 60 a taxa de fecundidade caiu devido a mudanças no perfil sociocultural ocasionando um aumento da população idosa.

Dias e Carvalho (2010) relatam que segundo dados do Fundo das Nações Unidas, no ano de 2050 a população idosa chegará a um número de 1,9 bilhões de pessoas, havendo um aumento de vinte e um anos a mais do que nos dias atuais. Ressaltam que as incapacidades dos idosos aumentam com o envelhecimento ocasionando dependências físicas.

Para Benedetti *et al.* (2008), uma estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) discorre que 8,9 % da população brasileira é constituída pela população idosa e este aumento faz com que profissionais da área da saúde focalizem mais esta população. Os autores descrevem que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prática de atividade física leve proporciona um aumento da qualidade de vida e diminui a possibilidade de alguns declínios funcionais como a demência e depressão. Afirmam que a atividade física influencia no tratamento da depressão aumentando o convívio social e o estímulo corporal.

Silvestre *et al.* (2003) delineiam que a identificação precoce das mudanças físicas no indivíduo é princípio básico de atenção à saúde do idoso na estratégia de saúde da família, de forma que a equipe, juntamente com a família, faça com que as atividades do dia a dia do idoso sejam alegres, convivendo e proporcionando que tais mudanças sejam compreendidas pelos familiares.

De acordo com Dias *et al.* (2006), algumas incapacidades dos idosos advém desta diminuição de força, causando dificuldades na locomoção e atividades como pegar objetos, subir escadas, e que a atividade física, como o levantamento de peso moderado, auxilia no aumento da massa muscular diminuindo até o número de quedas em idosos.

Os benefícios à saúde, advindos da atividade física regular, para Anderson *et al.* (1998) são diversos. Entre eles, destacam-se o aumento do tônus, o trofismo muscular, o

ganho de massa óssea, a melhora nos níveis da pressão arterial, bem como a redução da glicose, do colesterol e do estresse e a normalização do peso corporal.

Segundo Temporão (2010), atualmente 90 milhões de brasileiros acessam o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e no ano de 2008 com a inserção do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) houve uma qualificação da equipe multiprofissional reforçando a atenção primária à saúde. A atuação da equipe de saúde da família relacionada à saúde do idoso deve contar com uma equipe atualizada, prestando assistência domiciliar como orientações de ações planejadas, otimização do suporte familiar garantindo continuidade no acompanhamento.

Para Navarro *et al.* (2008) faz-se necessário que esta população idosa receba uma atenção diferenciada, devido à ocorrência de doenças crônicas, incluindo a hipertensão arterial.

A hipertensão arterial, segundo Barroso *et al.* (2008), relaciona-se intimamente com o envelhecimento, aumentando conseqüentemente o risco cardiovascular e a realização de atividade física com exercícios de intensidade leve parecem diminuir os níveis elevados da pressão arterial.

Santos *et al.* (2009) descrevem que os exercícios considerados leves e quando realizados em moderada intensidade controlam a pressão arterial, o peso e níveis de glicemia, reduzindo assim a mortalidade por essas doenças.

Corroborando com este pensamento, Moraes *et al.* (2007) consideram que a atividade física é importante no auxílio do tratamento da depressão em idosos, realizando exercícios, como, por exemplo, a caminhada, que auxilia na recuperação. A implementação de exercícios físicos em pacientes reabilitados de Infarto Agudo do Miocárdio faz com que os níveis de depressão fossem diminuídos. Foram realizados grupos de terapia e visitas para obtenção dos resultados.

Espera-se com esse estudo apontar criticamente a atual condição da implementação das ações políticas voltadas para a concretização de um envelhecimento ativo e saudável no âmbito da Estratégia Saúde da Família, além de situar a importância e grau de efetividade da atividade física dentro do panorama de manutenção e prolongamento da funcionalidade em idosos.

2. JUSTIFICATIVA

Diante do atual crescimento da população idosa resultante do processo de aumento da expectativa de vida, com gênese no advento da revolução industrial, a preocupação dos governos de todo o mundo em relação à criação de estratégias políticas sociais e econômicas tem aumentado.

A vida em nosso país está fundamenta no parâmetro do conceito da dignidade da pessoa humana e diante desse elevado crescimento da população idosa, um impasse é instaurado: quais ações teriam a possibilidade de garantir um envelhecimento saudável pautado na dignidade em longo prazo? Sabe-se que os recursos econômicos são escassos, e dada a alta tecnologia necessária para o tratamento das patologias próprias da terceira idade, um planejamento capaz de proporcionar uma longevidade em consonância com a idéia de envelhecimento ativo é prioridade no atual cenário da saúde pública.

A ESF, como forte mecanismo de concretização dos princípios da integralidade do atendimento e da universalidade do acesso, tem sido responsável, em grande parte, pelas mudanças de base, que se alicerçam principalmente na educação e promoção em saúde, tornando possível uma mudança comportamental e social, que influencia diretamente na etiologia das doenças mais comuns. A velhice, como um período da vida do ser humano, faz parte dessa estratégia, que busca trazer e manter uma qualidade de vida aceitável para essa população.

Estudos demonstram que a atividade física é um dos fatores responsáveis pela manutenção e prolongamento da funcionalidade em pessoas idosas, além de atuar como elemento de peso na prevenção de grande parte das doenças que mais causam morbidade nesse grupo. Sendo assim, a prática de atividade física deve ser incentivada e incluída em programas que atendam pessoas idosas.

O Pacto pela Saúde, promulgado em 2006, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI colocam a saúde do idoso como uma das prioridades, voltando à atenção para ações no âmbito da saúde primária. A ESF, nesse contexto, assume primordial importância, pois deve promover ações que incluam essa população rumo a um envelhecimento ativo (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Diante das recentes projeções no aumento da população idosa no Brasil e das novas políticas inclusivas que situam a terceira idade dentro de um rol de diretrizes específicas, a

busca pela concretização do envelhecimento ativo encontra especial terreno de discussão. A atividade física para idosos na ESF é plenamente justificada, pois sendo uma medida preventiva, pode trazer grandes mudanças de base e conseqüentemente o melhoramento da autonomia e qualidade de vida dessa população.

O município de Delta, onde trabalho como enfermeira na ESF, possui uma média de 550 idosos (segundo dados da GRS de Uberaba), ou seja, aproximadamente 8% da população. Dentre eles, alguns possuem hipertensão associada à outra doença crônica como o Diabetes.

Poucos trabalhos são desenvolvidos em nosso município envolvendo atividade física para idosos, já que não temos profissional de educação física na rede. Ao realizar atendimentos a esta população indica-se a atividade física regular, porém não dispomos de um local adequado.

A importância do desenvolvimento deste trabalho sobre a atividade física para idosos é medida pelos benefícios dela para a saúde nesta fase, já que é uma idade com muitas limitações e pode ocorrer o desenvolvimento de doenças crônicas. De fato, estimular a atividade física para idosos pode aumentar a qualidade de vida e bem estar.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Busca-se por meio desse trabalho abordar criticamente o atual tratamento dispensado as pessoas idosas na concretização do envelhecimento ativo dentro da Estratégia Saúde da Família e a função da atividade física nesse processo.

3.2. Objetivos específicos

- Realizar o levantamento da produção científica sobre a temática: Atividade Física para Idosos na ESF;
- Apontar como os resultados da análise dessa produção científica podem contribuir para o envelhecimento ativo por meio da atividade física regular.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa sobre a importância da atividade física para idosos foi realizada através de revisão de literatura, de tipo narrativa. A revisão da literatura narrativa ou tradicional, segundo Cordeiro *et al.* (2007, p. 430), “apresenta uma temática mais aberta, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica”.

O trabalho foi realizado utilizando-se as fontes de dados como LILACS, SCIELO, MEDLINE em língua portuguesa, compreendendo o período das publicações de 2000 a 2011. As palavras chave utilizadas foram: saúde da família, atividade física para idosos e qualidade de vida. Após a seleção das referências foi realizado fichamento e análise por agrupamentos temáticos.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1. Histórico do atual modelo assistencial e o papel da ESF

A discussão acerca da inserção e reconhecimento do idoso como sujeito de direitos e as particularidades da função da educação física dentro da ESF, na concretização do que hoje apreendemos como atendimento integral e envelhecimento ativo, será situada sob a luz dos princípios basilares do SUS. Para tanto, necessário se faz um delineamento teórico do tema, o que possibilitará uma abordagem coesa das especificidades buscadas nesse trabalho.

O direito a saúde é algo relativamente novo na história dos governos. A modernidade que foi inserida pioneiramente para alguns países e tardiamente para outros, dentro da lógica industrial, teve que sofrer as conseqüências de problemas advindos do desenvolvimento do atual modelo econômico, que criou e recriou sujeitos dentro de uma razão que tomava por base as desigualdades entre os indivíduos. Problemas diversos foram trazidos pelo chamado progresso científico e industrial. Dentre as piores conseqüências, podemos citar a exclusão social que crescia em relação inversa ao trabalho de cada um (FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

O modo de produção capitalista, baseado no trabalho assalariado e na exploração, nunca foi capaz de proporcionar a todas as pessoas a concretização de direitos básicos, tais como a saúde, a educação, liberdade, em último, a subsistência material da própria vida.

A omissão em relação a esses direitos alcançou o seu limite com a eclosão da segunda grande guerra, que levou a cabo esse radical ideal econômico e político nada condizente com a pessoa humana.

Atualmente o direito a saúde tem sido entendido como um direito fundamental do cidadão, pelo simples fato de participar da espécie humana. O assunto é delineado de importância pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1948, que estabeleceu alguns ideais comuns que nortearam o mundo no pós-guerra. A universalidade é uma das características marcantes da declaração. Proclamam-se diversos direitos inerentes ao ser humano, independentes de qualquer outro atributo tais como a raça, língua e nação. A redação do art. XXV assim trata sobre a saúde:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (NAÇÕES UNIDAS, 1948, sp).

Apesar do assunto já ser tema de especulação e preocupação em 1948, o Brasil não incluiu em seus textos constitucionais a previsão legal desse direito até o ano de 1988. A saúde como um direito de todos e dever do Estado ainda estava longe de ser concretizada, mesmo que retoricamente na letra de uma lei.

As Constituições do Brasil (1890, 1934, 1937, 1946, 1967) não contemplavam assuntos de saúde e, quando o fazem, abordam-nos de maneira superficial ou confundindo-os com ações de assistência social, talvez ainda reflexo de um possível posicionamento vetusto de que as prestações de saúde constituíam apenas um gesto de caridade, solidariedade ou uma dádiva estatal. No conceito moderno, **saúde é um direito** fundamental do cidadão, que gera, também, para ele e para a coletividade onde vive, obrigações e deveres de participação (DIAS, 2003, p. 6).

Percebe-se, a partir da longa demora na inclusão legal do tema, um Estado que não tinha como fundamento e fim a pessoa humana.

A saúde sofrerá grandes mudanças conceituais ao longo de sua história. A tendência moderna fragmentou sobremaneira praticamente todo o campo da ciência, e a medicina, como um dos seus ramos, não ficou excluída desse rol.

Uma clínica focada na técnica foi paulatinamente sendo construída e solidificada por séculos. O conceito de saúde, rasteiramente entendido como mero estado de “ausência de doença”, foi por muito tempo o único parâmetro de muitos modelos assistências dentro da saúde pública. Esse tipo de definição trouxe inúmeras limitações, pois não agregava outras variáveis fora do campo da biologia como causas determinantes de uma enfermidade e nem reconhecia a integralidade do paciente.

A declaração de Alma-Ata em 1978 trouxe um conceito de saúde que refletiu as tendências filosóficas e científicas do pós-guerra sobre a forma da abordagem metodológica e conceitual dos objetos de estudo. A relevância das relações entre as coisas na determinação do seu estado atual foi tomando o espaço da utopia científica do século XVIII, que acreditava piamente que era possível conhecer alguma coisa de forma isolada. As novas definições vão influenciar decisivamente os ideais teóricos mundiais na construção de modelos assistências.

A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (ALMA-ATA, 1978).

A atual Constituição Brasileira fundamenta-se no conceito da dignidade da pessoa humana prevista expressamente no inciso III do art. 1º da CF/1988. O conceito de dignidade é amplo e claramente relacionado com os outros direitos previstos pela carta magna. A saúde, como um desdobramento do direito a vida, encontra seção exclusiva (Título VIII, Capítulo II, Seção II, artigos 196 a 200). A redação do art. 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, coloca definitivamente a saúde como um dever do Estado, sendo claro o seu caráter democrático, inclusive no que diz respeito ao papel ativo do cidadão, que também deve ser co-autor na construção desses ideais (BRASIL, 1988).

Como forma de implementação dos direitos fundamentais e coletivos, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído com base na universalidade do acesso, na integralidade das ações com especial enfoque na promoção e prevenção em saúde na atenção primária. Vale lembrar que essas diretrizes são derivadas diretamente do texto constitucional

Comumente os princípios basilares do SUS são classificados em duas categorias. A primeira refere-se às diretrizes ético-políticas, e dentre eles podemos destacar a universalidade do acesso com base na igualdade, a integralidade da atenção que reconhece primordial importância as ações contínuas associadas com procedimentos curativos e preventivos individuais/coletivos, o reconhecimento de especificidades que atingem determinados grupos e indivíduos no planejamento de ações estratégicas de intervenção, a participação social que cogita a possibilidade de democratização da gestão do SUS por meio de conselhos de saúde que procuram concretizar o ideal de co-responsabilidade na construção e produção de saúde entre a sociedade e o Estado (BRASIL, 2006a).

Em relação à segunda categoria, os princípios organizativos do SUS ganham peculiar relevância. No rol podemos citar a intersetorialidade, entendida como um esforço e comprometimento nacional de todos os setores da sociedade na produção de saúde, a

descentralização político-administrativa que atribui a cada esfera de governo funções específicas que se auto-complementam na concretização do ideal de saúde pública, a hierarquização e a regionalização da atenção a saúde divididos de acordo com o grau de complexidade (atenção básica, média e alta) e por fim a transversalidade que prevê uma lógica de complementaridade buscando relacionar a fragmentação inicial da divisão de papéis sob um mesmo escopo (BRASIL, 2006a).

Em 1994, o Ministério da Saúde, a partir da visível necessidade da criação de um modelo que pudesse reorganizar a atenção básica no Brasil, instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF). Conforme bem apontam Camargo-Borges e Cardoso (2005), a ESF é forte ferramenta política para a concretização das diretrizes gerais do SUS, pois a disposição do trabalho das equipes de saúde contraria as noções tradicionais de atendimento, o que exige uma nova postura na conduta dos trabalhadores, que busque resgatar outras dimensões da saúde e a incorporação de outros saberes na também chamada construção social das doenças.

A ESF busca um atendimento integral do indivíduo, visando a sua autonomia enquanto cidadãos, trabalhando, para isso, com base em território definido, priorização de necessidades, continuidade e acompanhamento dos usuários, criação de vínculo com a comunidade, acolhimento, ações educativas de prevenção, além de se articular com outros setores da sociedade no processo de construção democrática de saúde (SOLLA, 2005).

Crevelin e Peduzzi (2005) enaltecem o trabalho em equipe multiprofissional e a participação social como principais responsáveis pelo processo de democratização do direito a saúde, pois derivam da relação entre a população adstrita, o serviço prestado e a equipe de trabalho. Tal opinião também condiz com a de Simões *et al.* (2007) que vêem na ESF o ponto elementar na construção de um novo modelo de atenção à saúde, já que tem como um de seus fins a criação de vínculos entre profissionais e usuários e a sensibilização em cuidados primários e prevenção.

Apesar do otimismo em relação à idealização teórica da ESF estudos apontam que ainda encontramos um cenário geral ligado a velhas práticas clínicas focadas no procedimento curativista, tal prática é justificada tendo por base profissionais despreparados que ainda não conseguem se desfocar do aspecto biológico da queixa do indivíduo, enquanto ser inteiro e inserido dentro de um contexto (BECK; MINUZI, 2008). A formação dos trabalhadores da área da saúde ainda é deficiente e caracteriza-se por ser hospitalocêntrica, biologicista e fragmentada (BESEN *et al.*, 2007).

5.2. A construção social da velhice

A velhice também é fruto de uma construção social e reflete os valores que uma dada sociedade tem acerca da vida e do processo cronológico do transcorrer dos anos. Naturalmente o nascer, crescer, reproduzir e morrer, pode ser enquadrado dentro de uma lógica mercantilista de produção. É o que pode ser comprovado com as diferentes idéias construídas sobre a velhice no andar dos séculos (PRADO; SAYD, 2006).

O triunfo da ciência possibilitou um aumento gradativo da expectativa de vida da população. A descoberta e invenção das vacinas, a melhoria no saneamento básico, a instituição de simples hábitos como o de lavar as mãos antes das refeições, foram responsáveis por considerável prolongamento natural da vida. Nos países em desenvolvimento, esse processo se deu de maneira lenta.

Decorrentes de um contexto histórico que atribui valor para as coisas, o conceito de velhice não é absoluto, embora a representação soe a olhos da racionalidade da época como naturais e imutáveis (RAMOS, 1999).

Embutidos no âmago de toda uma série de questões sociais e econômicas, a velhice somente recentemente tem ocupado lugar na agenda de políticas públicas, isso se deu, deveras, pela aplicação de fundamentos do sistema liberal e neo-liberal, que ao tratar de direitos de forma absoluta não conseguiu tutelar os preceitos fundamentais da sua teoria como é o caso da proteção, a vida e a liberdade.

A hierarquização da vida em fases empíricas sucessivas classificadas de acordo com a idade é algo contemporâneo no ocidente. Resultado de um ideal positivista refletiu as tendências do século XVIII - XIX que afirmavam categoricamente que a humanidade evoluiria a razão de leis inexoráveis, estando entre elas a idéia de progresso, e que essas fases podiam ser bem delimitadas e conhecidas, desde que se usasse corretamente o método científico (BRIMAN, 1995 *apud* RAMOS, 1999).

A presente perspectiva classificatória do homem também foi instrumento para enquadrar o indivíduo em relação direta com a sua capacidade de produção econômica. De acordo com as leis de mercado, o ser humano só tem serventia quando e enquanto for capaz de produzir. Mais visto como mercadoria do que possuidor de características humanas, as definições antigas de velhice eram majoritariamente entendidas como fase de declínio, de improdutividade, de dependência entre outros atributos. Os sujeitos que tinham o privilégio de

alcançar a velhice, por muitos séculos, foram excluídos do rol de direitos concernentes aos cidadãos. Sob essa ótica, ao idoso cabia a idéia de piedade, misericórdia e filantropia, já que legalmente a questão não foi tratada de forma racional.

Ramos (1999) fez um estudo acerca da inclusão da velhice nos textos constitucionais no Brasil e no estrangeiro. A saúde e a velhice só foram incluídas de forma sistemática e expressas na constituição brasileira de 1988.

Valem a pena os destaques feitos por ele em sua conclusão:

1. A idéia de velhice decorre dos valores e das representações sociais acerca desse fato, razão pela qual não existe uma substancialidade absoluta no seu ser.
2. Quando a velhice se constituiu em objeto de saber, passou ocupar, enquanto fenômeno social alvo de discurso, um lugar marginalizado, pois traduzida como decadência, etapa final da existência, da conclusão dos potenciais evolutivos
3. Vistos como inservíveis para a produção do capital, construiu-se uma perspectiva negativa da velhice, o que acarretou a exclusão dos velhos da vida social.
4. A velhice é uma problemática global, pois conforme as projeções da ONU, a população mundial com mais de 60 anos será de 2 bilhões de pessoas em 2050, a exigir, desde já, políticas públicas adequadas, tendo em vista especialmente as demandas específicas desse segmento populacional.
5. O envelhecimento da população brasileira foi um tanto que artificial, uma vez que não decorreu de políticas públicas voltadas para melhorar a qualidade de vida da população, mas de intervenções da tecnologia médica.
6. A velhice é um direito humano fundamental porque chegar à velhice significa ter direito à vida, significa dar continuidade a todo um fluxo vital, que deve ser vivido por completo com dignidade.
7. A vida do homem não pode ser comparada a uma chama, que com o tempo se apaga.. Essa visão pode trazer consigo a idéia segundo a qual quanto mais se vive, menos se tem direitos.
8. A Declaração Universal dos Direitos Humanos reconhece o direito a uma velhice digna no seu art. XXV
9. Doze constituições modernas tratam da velhice em seus textos. Nem todas abordam a velhice como direito humano fundamental.
10. A única Constituição Brasileira que tratou da velhice como direito fundamental foi a de 1988 (RAMOS, 1999, p. 159-160).

Sobre o visível progresso legal sobre a institucionalização dos direitos dos idosos vale a seguinte observação:

Chama a atenção, neste processo de ratificação dos direitos sociais da pessoa idosa como política de Estado, no que se refere especialmente às políticas públicas de saúde, o importante papel que vem sendo atribuído às iniciativas de implementação de estratégias de promoção à saúde da pessoa idosa. Entretanto, isso não significa a imediata incorporação de uma perspectiva integral de cuidado (proteção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde), conforme preconizado no SUS, uma vez que as mudanças socioculturais não dependem tão somente da institucionalização de marcos legais. Dessa forma, é fundamental manter uma postura crítica e reflexiva

tanto na formação e educação permanente dos profissionais de saúde quanto na reivindicação dos direitos estabelecidos legalmente na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (COMBINATO, 2010, p. 559).

Hoje é considerado Idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos nos países em desenvolvimento ou 65 anos para países desenvolvidos (OMS, 2005). Tal classificação é ratificada no art. 1º do Estatuto do Idoso promulgada em 1º de outubro de 2003. No entanto, a idade é um critério deveras discutido para a classificação das pessoas em idosas ou não (IBGE, 2008).

A seguir pirâmides etárias da projeção para a população brasileira entre os anos de 2005 a 2050.

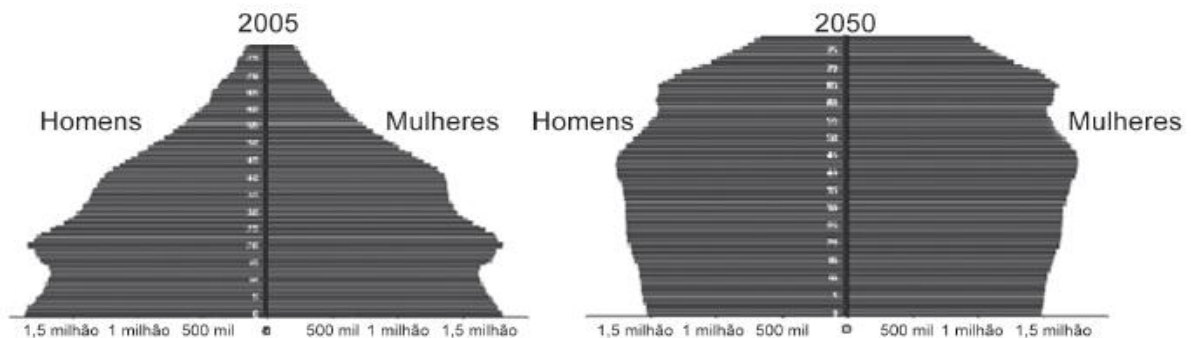


Figura 1 Pirâmides etárias derivadas da projeção para a população brasileira em 2005 e 2050

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

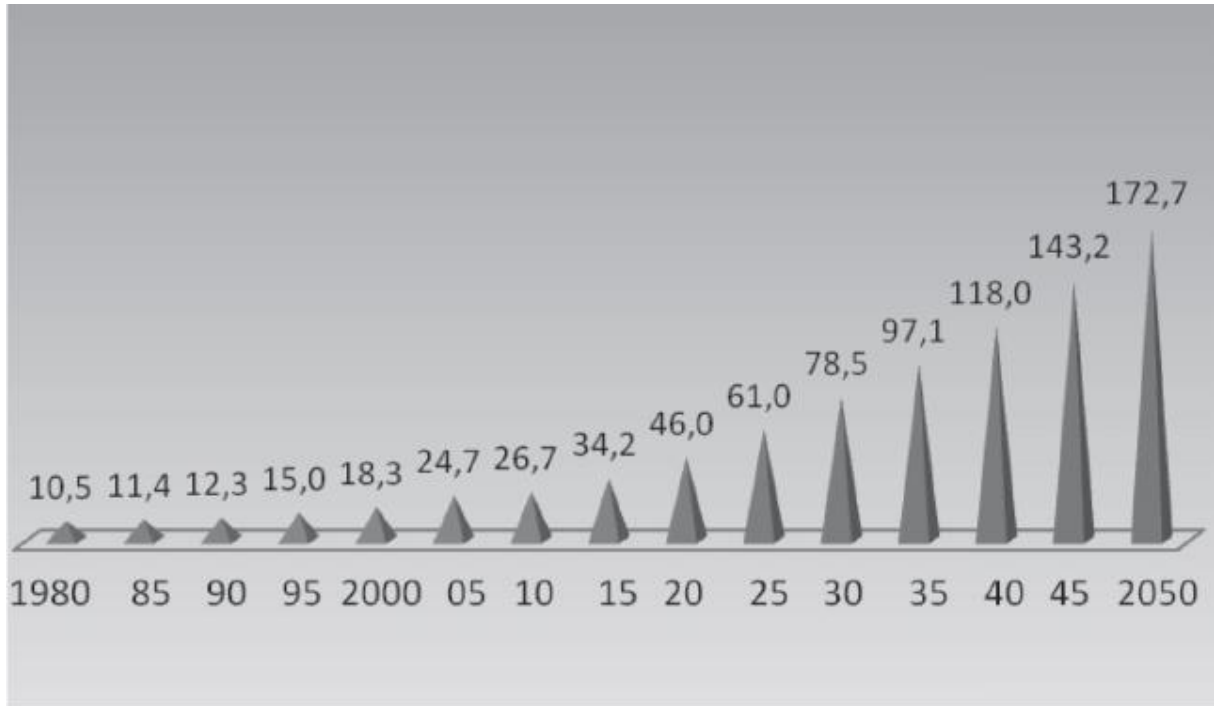


Figura 2 Evolução do índice de envelhecimento da população brasileira - 1980 a 2050

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

Em 22 de fevereiro de 2006 foi publicada a Portaria/GM nº 399 que traz as diretrizes gerais do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b). A saúde do idoso, pela primeira vez, aparece como uma das prioridades políticas e é constituída como uma das metas do SUS. O resultado do tratamento ao tema reflete profundas mudanças paradigmáticas trazidas pelo novo modelo assistencial, já analisada em parágrafos anteriores, e coloca em pauta o desafio da adequação das ações direcionadas aos idosos ao fundamento da dignidade da pessoa humana que permeia toda a gênese de direitos no Brasil.

O ajustamento da práxis sob a luz do princípio da vida digna é muito bem elaborado a partir de um novo conceito cunhado pela OMS que veio a ser chamado de envelhecimento ativo. Sobre ele será dedicado o próximo subtópico.

5.2.1 Envelhecimento ativo

Os tempos de agora perfizeram novos valores que redimensionaram o sentido da velhice. Sendo entendida atualmente como uma fase extremamente interessante e associada à vida digna, a idéia de envelhecimento ativo é definida “como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (BRASÍLIA, 2005, p.13).

O conceito de envelhecimento ativo é harmônico em relação à definição de saúde trazido pela OMS em 1978. O estar saudável, sob esse aspecto, refere-se ao bem estar físico, mental e social, o que possibilita contemplar as diversas facetas da vida de um indivíduo. A qualidade de vida integral é meta chave em todas as fases da existência humana, chamando atenção para o significado da palavra ativo, que nesse contexto, é ligado à participação continuada nas questões sociais, econômicas, culturais, civis, religiosas e não propriamente a noção de estar fisicamente sempre em atividade (BRASÍLIA, 2005; BRASIL, 2010).

Dentre outras formas, o envelhecimento pode ser entendido como um conjunto de mudanças interativas entre a morfologia, fisiologia, alterações bioquímicas e psicológicas que são responsáveis pela perda progressiva de autonomia e de adaptação do indivíduo consigo mesmo e com o meio ambiente. O processo de envelhecimento é dinâmico e variável de acordo com a pessoa e o estilo de vida que ela mantinha e mantém (PAPALEO NETTO, 2002).

Esse conjunto de alterações é manifestado pela contínua e progressiva dependência, entendida como uma necessidade de ajuda para a realização de atividades cotidianas. No entanto, a dependência não é um estado permanente, se sujeita também a forças dinâmicas que podem modificar, prevenir ou reduzir a falta de autonomia própria da idade. A par dessas possibilidades, é evidente a eficácia teórica de programas e práticas que incentivem o envelhecimento saudável, que se reflete tanto no aumento de participação dessas pessoas na economia quanto na redução de gastos públicos com cuidados curativos (CALDAS, 2003 *apud* FERREIRA *et al.*, 2010). Esse entendimento corrobora com o conceito de envelhecimento ativo que procura dinamizar o processo natural da perda da autonomia a favor do sujeito, objetivando uma maior qualidade de vida.

O estudo de Ferreira *et al.* (2010) avaliou o envelhecimento sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. As representações sobre o envelhecimento ativo estiveram vinculadas à realização de atividades domésticas, à prática de educação física e ao lazer. As representações negativas estiveram ligadas às limitações impostas por enfermidades e pelo próprio grupo social, evidenciando a perda de capacidade e autonomia.

5.2.2. A atividade física como instrumento para a concretização do envelhecimento ativo

A prática de exercícios físicos é evidenciada desde os primórdios da civilização e cumpriu diferentes funções com o decorrer do tempo. A relação do homem com o seu próprio corpo construiu práticas sociais ora voltadas para a admiração e o zelo do físico ora para o seu desprezo e submissão. Vale lembrar que a ginástica era uma das atividades defendidas por Platão, convicto de que a alma seria superior ao corpo, a atividade física tinha o papel de adestramento dos impulsos selvagens e irracionais próprios da matéria

Conforme estudos de Antunes *et al.* (2006), a atividade física na atualidade assume contornos específicos, pois o desenvolvimento da tecnologia e as facilidades da vida moderna, além de tornar o indivíduo mais propenso a uma vida sedentária, eleva significativamente os níveis de estresse, comprometendo a saúde das populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Os autores citados acima também enfatizam as altas taxas de inatividade observadas em todo o mundo e o agravamento dos transtornos causados pelo sedentarismo nas pessoas mais velhas, que ficam mais predispostas ao surgimento de doenças crônico-degenerativas, transtorno de humor, diminuição das funções fisiológicas e cognitivas, o que pode levar a quadros de imunossupressão além de depressão. O estudo referido analisou também a relação entre a função cognitiva e a prática de exercício físico, restando verificado grande melhora nas funções cognitivas em indivíduos que se exercitam.

Atividade física pode ser definida como qualquer tipo de movimento corporal resultado da atividade dos músculos esqueléticos, que envolve gasto de energia maior que os níveis de repouso. Dentre os exemplos mais comuns de atividade física podemos citar a caminhada, a dança, a subida de escadas, entre outras ações cotidianas. Já o exercício físico envolve uma ação planejada, estruturada e repetitiva com o objetivo de manter as aptidões físicas do corpo (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSEN, 1985 *apud* MACIEL, 2010).

Estudos comprovam que mais da metade das debilidades físicas, psicológicas e sociais que acometem a população idosa tem relações intrínsecas com a inatividade física (A.C.S.M, 1998 *apud* DIAS; CARVALHO, 2011). A atividade física, nesse sentido, é forte instrumento para um envelhecimento saudável, configurando uma media econômica para a diminuição de complicações futuras em pessoas com mais de 60 anos (ASSUMPCÃO, 2002 *apud* DIAS; CARVALHO, 2011). Nessa perspectiva, a atividade física é aliada na prevenção e no

retardamento de diversas doenças que acometem a população idosa, sendo eficaz para o equilíbrio físico psíquico e social.

As doenças crônicas não-transmissíveis (DANT) têm sido consideradas as principais causas de óbito na população idosa, o que não contraria a tendência mundial sobre o fato. As doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar como causa de mortalidade no Brasil, ficando as doenças cerebrovasculares em 2º lugar. Chama atenção que em países desenvolvidos observa-se a classificação inversa, ou seja, em primeiro estão às doenças cardiovasculares e em segundo as cerebrovasculares. Os motivos mais discutidos para essa inversão estão na alta prevalência de hipertensão associada com a ausência ou inadequado tratamento para a doença (BRASIL, 2006b). Abaixo tabela com as principais DANT:

	Capítulo CID-10	Nº de Óbitos	%
1)	IX. Doenças do aparelho circulatório	236.731	37,7
2)	II. Neoplasias (tumores)	105.129	16,7
3)	X. Doenças do aparelho respiratório	81.777	13,0
4)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	52.504	8,4
5)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	46.837	7,5
6)	XI. Doenças do aparelho digestivo	29.428	4,7
7)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	18.946	3,0
8)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18.827	3,0
9)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	13.717	2,2
10)	VI. Doenças do sistema nervoso	12.827	2,0

Figura 3 Principais causas de mortalidade de idosos no Brasil, 2007

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS, 2008. Disponível em: <www.datasus.gov.br> acessado em: 14 julho 2011.

As DANT podem alterar a funcionalidade da pessoa, entendida como a capacidade do indivíduo em desempenhar atividades ou funções específicas, utilizando-se para isso de suas habilidades diversas. Guarda a idéia da capacidade da pessoa cuidar de si mesma e do seu

entorno, contemplando as três dimensões básicas da saúde: físico, mental e social (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). A respeito da funcionalidade podemos ainda classificá-las:

[..] como atividades de vida diária (AVD) e subdividindo-se em: a) atividades básicas de vida diária (ABVD) – que envolvem as relacionadas ao auto-cuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se; b) atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos (MACIEL, 2010, p. 1025).

Nesse sentido, a prevenção e o tratamento adequado das DANT corroboram com o conceito de envelhecimento ativo que procura, antes de tudo, possibilitar qualidade de vida ao indivíduo, o que fica muito mais acentuado com a adoção de programas que incentivem a manutenção da funcionalidade nessas pessoas. A tabela abaixo feita por Matsudo (1996) e citado por Maciel (2010), descreve de maneira simplificada os principais efeitos deletérios do envelhecimento.

Nível antropométrico	Nível Muscular	Nível Pulmonar	Nível Neural	Nível Cardiovascular	Outras
Aumento do peso corporal/gordura Diminuição da estatura Diminuição da massa muscular Diminuição da densidade óssea	Perda de 10 a 0% na força muscular Maior índice de fadiga muscular Menor capacidade para hipertrofia Diminuição na atividade oxidativa Diminuição dos estoques de fontes energéticas (ATP/CP/Glico-gênio) Diminuição na velocidade de condução Diminuição na capacidade de regeneração	Diminuição da capacidade vital Aumento do volume residual Aumento da ventilação durante o exercício Menor mobilidade da parede torácica Diminuição da capacidade de difusão pulmonar	Diminuição no número e no tamanho dos neurônios Diminuição na velocidade de condução nervosa Aumento do tecido conectivo nos neurônios Menor tempo de reação Menor velocidade de movimento Diminuição no fluxo sanguíneo cerebral	Diminuição do gasto energético Diminuição da frequência cardíaca Diminuição do volume sistólico Diminuição da utilização de O ₂ pelos tecidos	Diminuição da agilidade Diminuição da coordenação Diminuição do equilíbrio Diminuição da flexibilidade Diminuição da mobilidade articular Aumento da rigidez da cartilagem, dos tendões e dos ligamentos

Figura 4 Efeitos deletérios do envelhecimento

Fonte: Maciel (2010). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1980-65742010000400023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 14 julho 2011.

Estudo realizado com 18 idosas obesas, que fizeram parte de um programa de intervenção nutricional associado à atividade física, verificou que houve adesão à dieta prescrita e a atividade física por parte das idosas no seu cotidiano. Isso trouxe conseqüências

positivas no bem-estar geral do grupo, pois proporcionou maior disposição para o autocuidado, na realização de atividades antes não feitas por causa da obesidade. O trabalho ora citado, chamou atenção também para a relação indissociável entre corpo e mente no êxito de programas realizados com idosos (CAVALCANTI *et al.*, 2011).

Verificou-se um significativo melhoramento na força física, aumento na massa muscular e flexibilidade corporal, na avaliação de um programa de atividade física realizado durante dez meses com 8 mulheres acima dos 55 anos. Foram aplicados exercícios específicos de *leg-press*, supino articulado reto, remada sentada, panturrilha, tríceps polia, cadeira extensora, rosca com halteres, cadeira abduzora e adutora, o que acentuou o grau de autonomia nesses indivíduos (BARROS *et al.*, 2011).

Uma das conseqüências inevitáveis do avanço da idade, em maior ou menor grau, segundo cada indivíduo, é o risco potencial da perda de mobilidade física (BERGER, 1995 *apud*, ARAÚJO; BACHION, 2005). Estudo realizado com 75 idosos incluídos num programa da ESF atestou a prevalência de 90,7% de mobilidade física prejudicada, sendo o diagnóstico relacionado à fisiologia própria do envelhecimento, a ausência de atividade física regular e a falta de adoção de hábitos saudáveis de vida (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Estudos apontam que a idade avançada é um dos fatores de regular importância no aumento do sobrepeso, decorrentes, principalmente da diminuição do metabolismo basal e a natural perda muscular (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; PIMENTA, 2004 *apud* AMER *et al.*, 2011).

A atividade física adequada é uma excelente ferramenta no retardamento de patologias funcionais e crônicas. Estudos comprovam que ela pode reduzir o risco de morte por complicações cardíacas em 20 a 25% em pessoas com problemas do coração (MERZ; FORRESTER, 1997 *apud* BRASÍLIA, 2005). Uma vida ativa melhora substancialmente a saúde mental além de aumentar significativamente a autonomia dos envolvidos. Há que se dizer também que, o envelhecimento saudável diminui drasticamente o custo com tratamentos curativos (OMS 1998). A sua prática tem sido apontada como um significativo fator de prevenção primária a diversas doenças crônicas (HAENNEL; LEMIRE, 2002 *apud* AMER *et al.*, 2011).

Atividade física baseada no método Pilates trouxe significativa melhora no desempenho funcional de idosas (RODRIGUES *et al.*, 2010).

A saúde mental é essencial na vida de qualquer cidadão em quase praticamente todas as suas relações. Da diversidade de transtornos que podem acometer a saúde mental a depressão e demência encontram lugar especial, já que inevitavelmente, de acordo com a sua

evolução, acarretam a perda da independência e autonomia. Estima-se que no Brasil, aproximadamente 10 milhões de idosos sofrem com a doença (SNOWDO J. 2002 *apud* BENEDETTI *et al.*, 2007). Estudo com base em amostra feita com 875 idosos, sendo 437 homens e 438 mulheres, atestou que existe uma associação inversa da incidência de depressão e demência com a atividade física total e atividade física no lazer (BENEDETTI *et al.*, 2007). Verificou-se também a participação maior de homens nas atividades físicas em relação às mulheres, o que historicamente é justificado como uma questão de ordem cultural no que concerne aos papéis masculinos e femininos tradicionais na organização da família (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Silva *et al.* (2010) ressaltam a eficácia dos exercícios físicos na prevenção de quedas. O trabalho comparativo entre idosos ativos e sedentários verificou melhor desempenho na capacidade funcional dos idosos praticantes regulares de exercícios físicos.

Significativas evidências apontam para a atividade física como principal estratégia para a promoção da velhice saudável:

Discursos e práticas guiados por tal orientação passam a ser dirigidos especificamente para a população idosa durante as últimas décadas, sobretudo em função do aumento desse segmento da população, com as conseqüentes repercussões que tem para o sistema. Dentre as “diretrizes essenciais” norteadoras das ações no setor saúde, ganha relevância, no âmbito da promoção do envelhecimento saudável, o desenvolvimento daquelas que orientam os(as) idosos(as) e as pessoas em processo de envelhecimento sobre a importância da adoção precoce de hábitos saudáveis de vida para a melhoria de suas habilidades funcionais (FERNANDES. SIQUEIRA, 2010, p. 376).

A decisão que leva um indivíduo a iniciar uma rotina de atividade física é de extrema importância, pois o seu conhecimento leva ao planejamento de ações mais eficazes e inter-relacionadas. Estudos revelam que existe uma série de relações complexas que permeiam esse cenário. Sobre o assunto, é consoante citar:

Esses fatores psicossociais são classificados em positivos ou facilitadores, e negativos ou barreiras. Os primeiros são compreendidos em: 1) Auto-eficácia (acreditar na própria capacidade para ser ativo); 2) Intenção para o exercício; 3) Ter prazer no exercício; 4) Nível percebido de saúde e aptidão física; 5) Automotivação; 6) Apoio social; 7) Esperança de benefícios do exercício; 8) Benefícios percebidos. Já as barreiras são classificadas em: 1) A percepção da falta de tempo; 2) A percepção de que não se é do “tipo desportivo” (particularmente para as mulheres); 3) Preocupações sobre a segurança pessoal; 4) Sensação de cansaço e preferência de descansar e relaxar no tempo livre; 5) Auto-percepções (por exemplo, assumir que já

é suficientemente ativo). Ao analisarmos essas variáveis, percebe-se haver uma inter-relação entre o comportamento, as barreiras e a adesão para a prática das atividades físicas (FIGUEIRA JUNIOR, 2000 *apud* MACIEL, 2010).

5.3. A atividade física na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e desafios

O modelo assistencial tomado como referência atualmente nas estratégias públicas de saúde em nível primário possui grande potencial para a concretização das diretrizes fixadas para a saúde da terceira idade no Brasil. Uma análise específica sobre as principais potencialidades se faz necessária, pois, a partir delas será possível um redirecionamento das ações voltadas para essa população.

5.3.1. As potencialidades da Estratégia Saúde da Família na inclusão da atividade física para Idosos

A promulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), em 2006, deslocou o atendimento da terceira idade para o nível de atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, que deve auxiliar no aumento da qualidade de vida dessa população. Uma das prioridades principais dessa política é manter a autonomia dos idosos, promovendo a sua independência, a partir de medidas individuais e coletivas, o que deve ser feito através da criação e fornecimento de ações de prevenção e promoção em saúde. Para os idosos que estão com a capacidade funcional comprometida, o atendimento domiciliar foi também estabelecido (BRASIL, 2006b).

Ao contrário da rotina clínica que atem parte significativa do tempo em ações curativas, o trabalho dentro da ESF também deve como concretização de suas diretrizes, estar voltado para as atividades educativas, que são as que efetivamente mudam a incidência das doenças em longo prazo, além de conseguir uma aproximação considerável do conceito de qualidade de vida e autonomia do indivíduo.

A orientação em relação à prática de atividade física na atenção básica no Brasil ainda é algo raro (FUSCALDO, 2002 *apud* SIQUEIRA *et al.*, 2009). Como atesta estudos de Siqueira *et al* (2011) a prevalência de aconselhamento à prática de atividades físicas em

unidades de saúde é baixa em relação as necessidades apresentadas pelos indivíduos tanto no grupo dos adultos, como no dos idosos, o que entra em flagrante contradição com os princípios da atenção primária, em que deveria haver uma integralização entre as diversas áreas da saúde. Já na ESF o nível sempre foi mais alto em relação às tradicionais Unidades de Saúde.

A promoção e a educação em saúde são fortes potenciais da ESF para construção de ações que envolvam atividade física para idosos. Sobre o tema é pontual a seguinte citação:

Partindo dessa concepção ampla do processo saúde-adoecimento e de seus determinantes, a Promoção da Saúde passa a propor: a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos públicos e privados, individuais e coletivos, para o enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes, tendo a Educação em Saúde como importante componente neste sistema (FERNANDES, SIQUEIRA, 2010, p. 376).

Associado a essas reflexões vale ressaltar especificamente a eficácia dessa educação na promoção em saúde, no que diz respeito ao incentivo, engajamento e participação continuada de indivíduos em atividades físicas.

[...] ao se refletir sobre as atividades físicas, precisa-se pensar além dos benefícios biopsicossociais proporcionados pela sua prática, como também, por exemplo, compreender as mudanças de comportamentos individuais e/ou coletivos para a adesão e manutenção dessas atividades. Essas só proporcionarão os devidos benefícios, se realizadas continua e corretamente. Sendo assim, tão importante quanto investigar os benefícios proporcionados por essas práticas, é compreender como motivar as pessoas a se manterem engajadas neste propósito [...] (MACIEL, 2010, p. 1024).

Programas de incentivo a adoção de métodos saudáveis de vida no âmbito da ESF, com acompanhamento individual e coletivo, principalmente no que diz respeito à prática de exercícios físicos pode ser uma medida eficaz no controle da obesidade, já que o percentual de obesidade é maior entre o grupo de indivíduos que não é considerado sedentário (AMER *et al.*, 2011). Nesse aspecto, além da inclusão de programas práticos que visem um envelhecimento saudável e ativo, a educação popular em saúde, como uma das propostas de mudanças de base, é fundamental, pois teoricamente ela deve atuar e se pautar na inclusão

social, na construção dialógica de conhecimento que leve em consideração o saber popular, rompendo com o típico comportamento passivo do usuário (ALVES; AERTS, 2011).

5.3.2. **Desafios na realização de atividades física para Idosos na Estratégia Saúde da Família**

As barreiras têm a potencialidade de obstruírem parte ou a viabilidade de um projeto teórico. Nesse sentido, uma análise específica acerca das dificuldades das equipes e unidades da ESF no Brasil se faz extremamente necessária, pois a rotina encontra problemas próprios do tempo, da especificidade dos casos, além de se deparar com variáveis não previstas na construção ideal das ações.

As mudanças trazidas pela PNSPI foram com sentido de proporcionar atenção integral à saúde da população idosa. No entanto, a PNSPI tem se caracterizado sob a forma de movimentos específicos de forma desarticulada no panorama geral do país (VERAS, 2009 *apud* FERNANDES. SIQUEIRA, 2010).

Uma revisão integrativa da literatura, que teve como objetivo avaliar a percepção dos profissionais em relação ao atendimento dispensado ao idoso pelas equipes da ESF, comprovou a existência de diversas barreiras para efetivação integral desse atendimento. Foi sublinhada a falta de preparo das equipes, a insuficiência de estrutura organizacional em relação a planos de ações voltados para o idoso, citou-se também a falta de regionalização entre outros. Os dados demonstraram que as ações básicas voltadas para a população idosa ainda enfrentam sérios entraves provenientes da própria organização interna do trabalho na ESF (CARVALHO *et al.*, 2010). Nesse sentido também estão as conclusões de Souza; Moraes e Barth (2006).

Uma discussão acerca do cuidado dispensado ao idoso revela que as ações provocam mais dependência do que autonomia no indivíduo. Esse resultado é consequência lógica de um atendimento ainda voltado quase que exclusivamente para o a doença e não para o usuário, o que não garante o seu direito de escolha sobre o tratamento (MEIRELES *et al.*, 2007).

De maneira geral, a partir dos estudos consultados, é possível inferir que o projeto ESF ainda carece de maior percentual de concretude prática. As potencialidades da organização do trabalho, acolhimento, equipe multiprofissional, visitas domiciliares, educação e promoção

em saúde, da forma como ainda são realizados, mais próximos estão do paradigma cartesiano do que de acordo com as diretrizes instituídas legalmente em nosso marco teórico de saúde pública primária.

6. CONCLUSÃO

Na conclusão desse estudo, é pertinente uma reavaliação do sentido que a velhice foi tomando historicamente.

A reflexão sobre a possibilidade humana de conhecer ou não as coisas e qual o método apropriado para tal projeto, inicialmente foi envolvido num cenário de grande discussão acerca da existência ou não do movimento. Filosoficamente, a história do conhecimento humano é dividida em duas partes: a tese do imobilismo, representado por Parmênides de Eléia, que nega o movimento e conseqüentemente toda a possibilidade de ciência, e a tese do mobilismo, representado por Heráclito, que afirma que tudo muda constantemente num eterno vir a ser. Podemos nos referenciar na segunda posição, ou seja, na tese da eterna transformação e mudança, para dizer que, como parte do cosmos, a vida encontra uma definição não naquilo que já foi e nem que virá a ser, mas naquilo que está se fazendo e perfazendo no instante presente. Vista desse parâmetro a velhice ganha contornos de atividade e construção, já que o ser que toma para si esse termo é algo vivo e entregue a imperfeição do tempo e da matéria.

A longevidade nos dias atuais é uma conquista da humanidade. No entanto, a possibilidade nunca antes experimentada de viver cada vez mais trouxe uma aporia para os governos e também para a sociedade, entendida como esse aglomerado de pessoas dotadas de organização e de subjetividade. O que fazer com os anos nunca vividos? O que fazer com as pessoas idosas que aumentam numericamente a cada ano? Os problemas trazidos pelo envelhecimento dos seres humanos perpassam questões políticas e são também objeto de questões éticas fundamentais para a sobrevivência harmoniosa dos sujeitos sociais. Só agora, esses problemas, que tendem a um nível crítico maior segundo as últimas projeções estatísticas, começam a ser repensados politicamente, o que representa um avanço em relação há um passado de exclusão e omissão quanto aos direitos dos idosos.

Num cenário geral, guardadas as devidas particularidades da realidade, foi possível inferir que estão em vigor excelentes diretrizes que têm como prioridade o atendimento integral da pessoa idosa, o aprimoramento e manutenção da funcionalidade das aptidões naturais desse segmento populacional e a conquista da qualidade de vida tão próxima do conceito de dignidade da pessoa humana. Foi verificado também que a Estratégia Saúde da Família tem potencial teórico bem evoluído na concretização desses projetos teóricos. A atividade física foi analisada em pormenores, sendo comprovado o seu benefício ao longo dos estudos citados na prevenção de inúmeras doenças freqüentes em idosos e como quesito indispensável na aquisição de qualidade de vida e materialização do processo de velhice ativa. No entanto, dificuldades práticas foram apresentadas e dentre a principais, podemos

citar a falta ou a inexistência de programas voltados para essa população e a carência de preparo das equipes de trabalho que não conseguem atender as especificidades do que muito bem foi classificado com a melhor idade, o que deixa de ser tão melhor assim, já que a sua manutenção e prolongamento poderiam ir muito mais além do que hoje já é.

REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978.** Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> . Acesso em 14 ago 2011.

ALVES, G. G.; AERTS, D.. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>. Acesso em 14 Ago 2011.

AMER, N. M.; MARCON, S. S.; SANTANA, R. G.. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 96, n. 1, Jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2011000100009&lang=pt&tlng=pt. Acesso em 15 Ago 2011.

ANDERSON, M. I. P. *et al.* Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos Envelhecimento**, v. 1, n. 1, p. 1-44, 1998, Rio de Janeiro.

ANTUNES, H. K. M. *et al.* . Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 12, n. 2, Apr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151786922006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Jul. de 2011.

ARAÚJO, L. A. O.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 jul. 2011.

BARROS, K.; OLIVEIRA, A.; OLIVEIRA FILHO, A. A influência do treinamento com pesos em mulheres acima de 50 anos. **Acta Scientiarum. Health Science**, Brasil, v.33, maio 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7619/7619>>. Acesso em 13 jul. 2011.

BARROSO, W. K. S.; JARDIM, P. C. B. V.; VITORINO, P. V.; BITTENCOURT, A.; MIQUETICHUC, F. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo**, v.54, n.4, ago 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302008000400018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 jul. 2010. doi:10.1590/S0104-42302008000400018.

BECK, C.L.C.; MINUZI, D. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica**. Santa Catarina, 2008. Disponível em: <http://coralx.ufsm.br/revistasaude/2008/34a%281-2%2937-43,%202008.pdf>. Acesso em 07 julho 2011.

BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L. J.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade Física e Estado de Saúde Mental de Idosos. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v.42, n.2, p. 302-7, 2008.

BESEN, C. B. *et al.* A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, n.1, p. 58, 66, 2007.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em 27 jul. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Editora MS, 2006.a

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS, 2008**. Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em: 14 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro do Estado da Saúde de nº 2.528, de 19 de outubro de 2006b, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006b.

BRASILIA. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em 25 jul. 2011.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, Aug. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822005000200005&lng=en&nrm=iso Acesso em 07 julho 2011.

CARVALHO, C. J. A. de; ASSUNCAO, R. C.; BOCCHI, S. C. M.. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000400013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 15 ago 2011.

CAVALCANTI, C. L. *et al.* Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.16, n.5, p. 2383-2390, 2011. ISSN 1413-8123.

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do Idoso**. Editora Coopmed NESCON/ UFMG: Belo Horizonte, 2009.

COMBINATO, D. S. *et al.* "Grupos de Conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, Dez., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822010000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Jul. de 2011.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M. O. RENTERIA, J. M.; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 34, n. 6, p. 428-31 nov. -dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>. Acesso em: 18 de abr. 2011.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Apr. 2005. Disponível em: Acesso em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf. Acesso em: 07/07/2011.

DIAS, H. P. **Direito sanitário**. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2003. Disponível em: www.anvisa.gov.br

DIAS, I., CARVALHO, P. A qualidade percebida em programas municipais de atividade física para idosos: validação estatística para Portugal. **Motriz. Revista de Educação Física. UNESP**, América do Norte, 17, dez. 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/view/19806574.2011v17n1p145>. Acesso em: 13 Jul. 2011.

DIAS, R. M. R.; GUARUJÃO, A. L. D.; MARUCCI, M. F. N. **Benefícios do treinamento com pesos para Aptidão Física de Idosos**. Acta Fisiatr, v.13, n.2, p. 90-95, 2006.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRAO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, June 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 Jul 2011.

FERNANDES, W. R.; SIQUEIRA, V. H. F. de. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 33, June 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832010000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 Jul 2011.

FERREIRA, O. G. L. *et al.* O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000400030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Jul 2011. doi: 10.1590/S0080-62342010000400030.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA - **IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.** Disponível em: www.ibge.gov.br

MACIEL, M. G. **Atividade física e funcionalidade do idoso.** Motriz, Rio Claro, v.16, n.4, p.1024-1032, out/dez., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S198065742010000400023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 14 jul. 2011.

MEIRELES, V. C. *et al.* Características dos idosos em área de abrangência do programa saúde da família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e sociedade**, v.16, n.1, p.69-80, jan-abr, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/07.pdf>. Acesso em 27 jul. 2011.

MORAES, H.; DESLANDES, A.; FERREIRA, C.; POMPEU, F. A. M. S.; RIBEIRO, P.; LACKS, J. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr. Rio Grande Do Sul**, v.29, n.1, abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a14.pdf>. Acesso em 28 jul. 2010.

NAÇÕES UNIDAS - **Declaração Universal Dos Direitos Humanos.** Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: http://mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm Acesso em 26 de jul. 2011.

NAVARRO, F. M. *et al.* Percepção de idosos sobre a prática e a importância da atividade física em suas vidas. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 29, n. 4, p. 596-603, dez, Porto Alegre, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em 15 ago 2011.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 2002.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, June 2006. Porto Alegre Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000200026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Jul 2011.

RAMOS, P. R. B. **A Velhice na Constituição**. Justitia, São Paula, 61 (185/188), jan. dez. 1999. Disponível em: http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle/2011/23704/velhice_constituicao.pdf?sequence=1. Acesso em 15 ago 2011.

RIBEIRO, P. C. C. *et al.* Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 14, n. 3, Sept. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Jul 2011.

RODRIGUES, B. G. S. *et al.* Autonomia funcional de idosas praticantes de Pilates. **Fisioter Pesq.** São Paulo, v. 17, n. 4, dez. 2010. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18092950201000040003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jul. 2011.

SANTOS, P. L. *et al.* Atividade física e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento. **Medicina Ribeirão Preto**, v.42, n. 1, p.54-60, 2009. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2009/vol42n1/AO_Atividades%20f%EDsicas%20e%20de%20lazer%20e%20seu%20impacto%20sobre%20a%20cogni%20E7%E3%20no%20envelhecime%20nto.pdf. Acesso em: 14 ago 2011.

SILVA, T. O. *et al.* Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, 2010 set-out;8(5):392-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/005.pdf>. Acesso em 15 ago 2011.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Junho 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016. Acesso em 14 jul. 2011.

SIMÕES, A. F. **Influência da atividade física no tratamento da osteoporose.** 2007 Disponível em: www.adof.com.br. Acesso em: 26 jul. 2010.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes *et al.* Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, Jan. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000100022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 15 ago 2011.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292005000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 Mar. 2011.

SOUZA, L.M; MORAIS, E.P; BARTH, Q.C.M. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.6, p. 901-906, nov.-dez., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a11.pdf. Acesso em: 15 ago. 2011.

TEMPORAO, J. G.. **Saúde da Família, agora mais do que nunca!** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010. Available from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Jul 2010.