

A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO TERAPÊUTICO NO MUNICÍPIO DE PAU D'ARCO DO PIAUÍ

Zilmar Wanderson Saraiva Torres¹, Msc Francisca Miriane de Araújo Batista²

1 Fisioterapeuta e pós-graduando em saúde da família e comunidade UNASUS/UFPI;

2 Biomédica, Especialista em Docência do Ensino Superior, Especialista em Vigilância em Saúde, Especialista em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde, Mestre em Engenharia Biomédica e Doutoranda em Biotecnologia - Renorbio. Gerente de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI) e Tutora/Orientadora da Especialização em Saúde da Família e Comunidade/UNA-UFPI.

RESUMO: O crescimento da população idosa no Brasil ocorre de forma radical e bastante acelerada. Nas UBS, nota-se alta demanda dos serviços ofertados pela população dessa faixa etária, onde os pacientes muitas vezes são pouco participativos das ações de promoção de saúde e acabam buscando atendimento individual e ainda possuindo uma visão de estado de saúde como ausência de doenças e se preocupando com o quadro de saúde somente quando algum agravo já se pronuncia. Isso levanta um problema recorrente em vários municípios, onde a população apresenta baixa adesão aos grupos terapêuticos e acabam lotando as filas dos postos de saúde. Este trabalho propõe-se a atuar em uma abordagem de promoção de saúde e prevenção de agravos com essa população, formando os grupos com a contribuição dos ACS (que trabalham na busca ativa) e realizando uma avaliação prévia individual com os participantes para verificar seu quadro de saúde geral, fatores de risco cardiovasculares e condicionantes de saúde para ter a real noção encontrada no grupo a ser trabalhado, a partir disso, trabalhar a capacidade funcional dos indivíduos e desenvolver práticas lúdicas e educação em saúde com o apoio dos demais profissionais do NASF.

Descritores: Saúde do idoso; Atenção Primária à Saúde; Atividade Física para Idoso; Esforço Físico; Fenômenos Fisiológicos Cardiovasculares.

ABSTRACT: The growth of the elderly population in Brazil occurs in a radical and quite accelerated way. In the health posts, there is a high demand for the services offered by the population of this age group, where patients are often not very involved in health promotion actions and end up seeking individual care and still having a vision of health status, such as absence of diseases and worrying about the health picture only when some grievance is already pronounced. This raises a recurring problem in several municipalities, where the population presents low adherence to the therapeutic groups and end up filling the queues of health posts. This work proposes to work on an approach of health promotion and prevention of diseases with this population, forming the groups with the contribution of the community health agents (who work in the active search) and carrying out an individual previous evaluation with the participants to check their picture of general health, cardiovascular risk factors and health conditioners to have the real notion found in the group to be worked, from this, to work the functional capacity of the individuals and to develop playful practices and health education with the support of other primary health care professionals.

Keywords: Health of the Elderly; Primary Health Care; Exercise; Physical Exertion; Cardiovascular Physiological Phenomena.

1 Introdução

Seguindo uma tendência mundial de transição demográfica, o Brasil está a caminho de se tornar um país com uma população predominantemente idosa. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o grupo de idosos com 60 anos ou mais será maior que o de crianças com até 14 anos em 2060, a população nessa faixa etária deverá ser de 58,4 milhões (26,7% do total) no mesmo ano.¹

Com o passar dos anos o organismo humano entra em um lento processo de degeneração que leva à perda progressiva da capacidade funcional, iniciado a partir dos 25 anos de idade². É este processo que desencadeia a incapacidade de realização das atividades de vida diária (AVD's) e que leva à inabilidade e dependência precoce com a chegada da terceira idade. A Organização Mundial de Saúde (2003) mostra que 60% do ônus decorrente de doenças no mundo é determinado por problemas crônicos, principalmente doenças cardiovasculares. A

OMS estima também que em 2020 esse ônus será de 80% nos países em desenvolvimento.

Na medida em que os indivíduos envelhecem é comum o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM), doenças cardiovasculares (DCV), dentre outras, sendo estas últimas mais preocupantes devido ao alto índice de morbimortalidade no cenário epidemiológico³.

A saúde do idoso está diretamente relacionada com a preservação de sua capacidade funcional, ou seja, a possibilidade de cuidar de si, executando atividades da vida cotidiana com autonomia e independência, apesar da presença de morbidades, e o comprometimento dessa capacidade funcional estando por sua vez relacionada com a perda da autonomia, com implicações para a família, comunidade, sistema de saúde e principalmente para o próprio indivíduo.⁴

Com o avanço da idade, o estilo de vida dos idosos passa por alterações, e desta forma há uma modificação no estado de saúde geral. Cabendo ressaltar alguns pontos que mais sofrem perturbações, dentre eles estão as atividades do cuidado pessoal e as habilidades de manutenção de ambiente, assim como a mobilidade. A presença de múltiplas doenças pode apresentar diferentes graus de gravidade, influenciando na vida diária. Desta forma, a capacidade funcional tem sido considerada um indicador do processo saúde doença e a aptidão física é um dos componentes da capacidade funcional.⁵

Dentre os métodos de avaliação da capacidade funcional, o teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) ganhou aceitabilidade e crédito devido à sua eficiência, praticidade, simplicidade dos recursos utilizados e por ser bem tolerado, além de possibilitar ao paciente determinar a velocidade e a necessidade de realizar pausas. É uma das principais formas de avaliar a capacidade de exercício e o status funcional do sistema cardiovascular e/ou respiratório em diversas situações, na avaliação de programas de prevenção, terapêuticos e de reabilitação de diversas enfermidades, além de servir como parâmetro de comparação para avaliar o progresso dos participantes de uma intervenção visando a capacidade funcional do grupo analisado através da interpretação de seu resultado.⁶

A prática de atividades físicas é uma das principais estratégias, dentre outras, para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como a osteoporose, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, doença da artéria coronária e obesidade, proporcionando aos idosos a oportunidade de uma vida mais saudável e

independente, contribuindo para a manutenção da autonomia e melhor qualidade de vida.⁷

Além dos efeitos supracitados, o exercício físico pode trazer efeitos positivos no equilíbrio postural de idosos, promovendo importante melhora da qualidade de vida por meio da prevenção ao risco de quedas, aumento da resistência à fadiga muscular, controle postural estático e dinâmico, capacidade funcional, função cognitiva, agilidade, força, coordenação, mobilidade e capacidade cardiorrespiratória, contribuindo, assim, para a promoção da independência desses indivíduos.⁸

Faz-se necessário então traçar métodos visando prevenir incapacidades, sendo, portanto, de grande importância na senescência. Atuar nos fatores de risco preveníveis, diminuir complicações consequentes às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), melhorar a adesão ao tratamento e oferecer oportunidades aos idosos de participação na comunidade são estratégias que podem fazer com que o idoso tenha mais qualidade de vida no seu envelhecimento. Programas voltados para o envelhecimento ativo, nos quais o idoso seja atendido em suas especificidades, podem propiciar redução das incapacidades advindas das DCNTs.⁹

Diante da problemática exposta, faz-se necessário refletir sobre a necessidade de uma abordagem que priorize a promoção de saúde na faixa etária descrita, com o estímulo para que a população idosa do município de Pau D'Arco do Piauí participe de um programa voltado para a melhora da sua qualidade de vida, em detrimento de uma intervenção que só se faz presente quando o usuário já apresenta complicações mais nocivas ao seu quadro de saúde.

Este trabalho tem como objetivo geral criar um plano de intervenção visando a promoção de saúde do idoso no município de Pau D'arco Do Piauí e como objetivos específicos formar grupos de idosos participantes de atividade física com ênfase nas necessidades específicas do grupo analisado; avaliar a capacidade funcional dos idosos através do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) para mensurar a aptidão física do grupo trabalhado; aplicar um questionário de fatores de risco cardiovasculares, qualidade de vida e queixas relacionadas ao quadro de saúde geral para saber quais as especificidades do grupo e desenvolver práticas lúdicas e de educação em saúde com o apoio do NASF juntamente com atividades físicas voltadas para melhorar a capacidade funcional dos indivíduos.

2 Referencial teórico

2.1 Processo de envelhecimento

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas.¹⁰

O Brasil é descrito na literatura como um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, sendo a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.¹¹

Com o processo de envelhecimento, ocorrem diminuições nas funções dos diversos sistemas orgânicos e, geralmente, há aumento da quantidade de gordura corporal. Esses fatores, quando somados ao sedentarismo, contribuem para a elevação do quadro de morbimortalidade por doenças crônicas. Em função do seu impacto na saúde da população, pesquisadores têm se dedicado, cada vez mais, ao melhor entendimento dos fatores que contribuem para o aumento da expectativa de vida e para a prevenção e tratamento de algumas doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, cardiopatias e obesidade.¹²

Desde as últimas décadas do século passado, o Brasil se depara com um declínio rápido e acentuado da fecundidade, fenômeno sem precedentes na sua história, e que se sobressai mesmo em comparação com outros países, seja do mundo desenvolvido, seja entre aqueles em desenvolvimento. Como aconteceu na maioria destes países, esse declínio, combinado com a queda da mortalidade, acarretou um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população. Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos.¹³

A tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. O aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional. O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do

próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.¹³

2.2 Fatores de risco para eventos cardiovasculares

2.2.1 Idade

Os idosos representam um segmento da população mundial que mais cresce. Nesses pacientes, a doença arterial coronariana (DAC) é geralmente silenciosa ou de apresentação atípica, grave, e responsável pela principal causa de morbidade e de mortalidade.¹⁴

Os principais fatores de risco para desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV) são o tabagismo, sedentarismo e dieta rica em gordura, contudo, vários outros têm sido identificados, como a dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), história familiar, obesidade, idade, gordura abdominal e estresse.¹⁵

As informações sobre a avaliação da percepção que o indivíduo tem dos seus fatores de risco (FR), da sua qualidade de vida e das doenças cardiovasculares (DCV) podem ajudar a definir as necessidades e prioridades de prevenção e tratamento das mesmas. A idade tem um impacto significativo no risco absoluto de eventos cardiovasculares. A prevalência variável dos diversos fatores de risco cardiovasculares (FRCV) e as alterações fisiopatológicas cardiovasculares relacionadas com o envelhecimento acautelam a aplicação direta e ampla da estratificação de risco no indivíduo idoso.¹⁶

2.2.2 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como a manutenção de níveis de pressão arterial acima de 140 mmHg na sistólica e 90 mmHg na diastólica. A HAS é um dos fatores de risco para eventos cardiovasculares mais presentes, estando relacionada a fatores intrínsecos, como hereditariedade, sexo, idade e raça; e a fatores extrínsecos, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse, dislipidemia e dieta. Além disso, há aumento do risco de comorbidades, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica.¹⁷

Assim sendo, a HAS constitui-se como um importante problema de saúde pública, visto que a morbimortalidade e os custos com o seu tratamento são elevados. Por ser muitas vezes assintomática, há dificuldades para que os indivíduos procurem os serviços de saúde para o diagnóstico e adesão ao tratamento. Somam-se ainda a falta de estrutura dos sistemas de saúde para atender a essa população e as escassas ações preventivas para reduzir os fatores de risco.¹⁸

Ao se observar prevalência da HAS em idosos no Brasil, nota-se que o mesmo segue uma tendência global, onde observa-se alta prevalência de HAS em todo o mundo. Ressalta ainda uma divergência entre a prevalência entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde locais como Europa, Estados Unidos e Canadá mostraram números elevados de HAS principalmente na população idosa – entre 30% e 35%. No Brasil essa prevalência de HAS foi acima de 55% da população idosa em todas as regiões geográficas, valor superior ao encontrado nos países de alta renda. Já em países como a Nigéria e a China, a prevalência é de 66,7% e 56,5%, respectivamente, corroborando que países em desenvolvimento apresentam prevalências de HAS mais elevadas do que as dos países desenvolvidos.¹⁹

Segundo indicadores de saúde do IBGE (2011) sobre a HAS e DM, 80% dos casos de HAS são tratados na atenção primária à saúde. Sabe-se que tal agravo pode ser controlado ao ser diagnosticado e tratado precocemente. A HAS está estreitamente relacionada a todos os fatores de risco, em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, sendo que também é a doença crônica de maior incidência na população que busca o serviço público de saúde.²⁰

Ao ser analisada a prevalência de fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos com HAS e/ou DM em um programa de saúde da atenção básica, conclui-se que não há ação efetiva no controle dos fatores de risco cardiovascular entre os idosos pesquisados, sendo a HAS um dos fatores de risco mais prevalentes. A isso, pode-se afirmar que as atividades que são centradas somente na distribuição de medicamentos não são efetivas, havendo então a necessidade de reorientação quanto aos seus hábitos e vida e acompanhamento do seu estado geral de saúde, o que enseja a uma avaliação da capacidade funcional e intervenção de maneira integral, exigindo ações coordenadas entre os profissionais de saúde envolvidos na atenção básica.²¹

2.2.3 Diabetes mellitus

O diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica com alta morbidade e mortalidade que vem se tornando um problema de saúde pública. O DM tipo 1 resulta de uma deficiência completa de insulina por destruição autoimune das células β produtoras de insulina no pâncreas; já no DM tipo 2, que é a maioria dos casos de DM (em torno de 95%), existe resistência à insulina, produção hepática excessiva de glicose e metabolismo anormal das gorduras, resultando em uma relativa deficiência desse hormônio. Em 1985, a prevalência mundial de DM era de aproximadamente 30 milhões de casos, aumentando para 177 milhões em 2000. Com base nas tendências atuais, estima-se que mais de 360 milhões de pessoas terão a doença por volta do ano de 2030.²²

Por ser uma patologia de evolução crônica e de evolução silenciosa, a diabetes mellitus (DM) é descrita como uma patologia que causa efeitos danosos a longo prazo para o organismo, resultando em complicações e prejuízos multidimensionais na vida dos pacientes. De acordo com o número de pessoas afetadas e pelas implicações econômicas envolvidas no seu controle e tratamento, a DM constitui grave problema de saúde pública em todo o mundo.²³

A prevalência de DM tipo 2 é a que mais aumenta, quando comparada com o DM tipo 1, devido ao aumento da obesidade e à redução de atividades físicas à medida que os países se tornam mais industrializados. O DM é responsável por inúmeras complicações vasculares que comprometem a sobrevivência dos pacientes.²⁴

2.2.4 Tabagismo

O tabagismo como um forte fator de risco para doenças e agravos não transmissíveis, estando associado, juntamente com outros fatores, um importante fator de risco para eventos cardiovasculares. Assim sendo, são elevadas as taxas de morbimortalidade direta ou indiretamente ligadas ao consumo de cigarro. Sendo o consumo de tabaco a causa de aproximadamente 4,9 milhões de mortes por ano no mundo.

Sendo o tabagismo também o mais importante fator de risco para 7 das 14 principais causas de morte entre os idosos 1, constituindo um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. Calcula-se que ocorrerão aproximadamente 7 milhões de óbitos atribuíveis ao consumo de tabaco entre 2020 e 2030 nos países em desenvolvimento.²⁵

Estima-se que haja em torno de 1,4 bilhões de fumantes no mundo, somando cerca de seis trilhões de cigarros fumados por ano. No Brasil, aproximadamente 34% dos homens e 29% das mulheres são fumantes, consumindo cerca de 175 bilhões de cigarro por ano.²⁶

No Brasil, o tabagismo constitui uma das principais causas de mortes evitáveis, estimando-se que seja responsável por 45% dos óbitos por infarto do miocárdio, 85% dos provocados por enfisema, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das provocadas por câncer.²⁷

2.2.5 Dislipidemia

Na maioria dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, têm se observado um crescente aumento das doenças crônico-degenerativas, em detrimento das infecciosas, ao lado da inversão do padrão desnutrição para o excesso de peso, o que configura um novo panorama no quadro de saúde populacional global. Nesse contexto, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido apontadas como um importante desfecho crônico. Entre os fatores de risco associados às DCV, encontram-se as dislipidemias, caracterizadas por concentrações anormais de lipídios ou lipoproteínas no sangue, favorecendo para o desenvolvimento da aterosclerose.²⁸

A dislipidemia é caracterizada por alterações na concentração de um ou mais lípidos/lipoproteínas presentes no sangue (triglicérides, colesterol, lipoproteínas de alta [HDL] e baixa densidade [LDL]). Essas alterações no perfil lipídico estão intimamente relacionadas ao processo de desenvolvimento da aterosclerose. Concentrações elevadas de LDL-colesterol na corrente sanguínea fazem com que essa molécula penetre no espaço subendotelial e, uma vez lá, seja oxidada por radicais livres. Esse LDL oxidado causa danos às estruturas próximas, fazendo com que monócitos sejam recrutados para sua eliminação e formem as chamadas “células espumosas”, após a absorção desse LDL oxidado. Essas células espumosas liberam substâncias tóxicas causando lesão no endotélio celular, hipertrofia e hiperplasia da musculatura lisa vascular. Esse processo desencadeia também a ativação e agregação de plaquetas, pois prejudica a produção/ disponibilidade do óxido nítrico (NO), acarretando redução da luz do vaso e gerando isquemia de tecidos e órgãos. Com a progressão desse processo inflamatório, a doença se consolida e evolui até estágios mais avançados da aterosclerose.²⁹

Em estudo realizado, foi evidenciado que a prática de exercícios físicos atua de maneira favorável no controle do perfil lipídico, uma vez que a atividade física aumenta a lipase no músculo esquelético e no tecido adiposo, que ocorre durante o exercício físico e algum tempo após, contribuindo com menores concentrações de lipídeos. Assim sendo, foi verificada menor ocorrência de perfil lipídico desfavorável em indivíduos que praticavam exercícios físicos. A eficiência do exercício físico no controle do perfil lipídico está relacionada com a diminuição das concentrações de alguns componentes lipídicos, bem como a estimulação no aumento do tamanho das moléculas de LDL-colesterol, diminuindo sua capacidade aterosclerótica, reduzindo assim o risco para eventos cardiovasculares.³⁰

2.2.6 Sedentarismo

À medida que aumenta a idade cronológica, as pessoas tornam-se menos ativas e a sua independência funcional diminui; esta pode ser definida como a capacidade de realizar as atividades de deslocamento, atividades de autocuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas de forma independente. As alterações decorrentes do envelhecimento associadas à redução da capacidade funcional e à inatividade podem levar a um impacto na qualidade de vida (QV) desses idosos.³¹

Estima-se que cerca de 50% do declínio biológico é provocado pela atrofia por desuso resultante da falta de exercício físico. Dado preocupante, já que no Brasil há uma estimativa de que 60 a 70% da população não participam de programas regulares de exercício físico. Tal viés justifica a alta incidência de doenças na população idosa brasileira. Assim, manter-se fisicamente ativo é uma atitude que irá beneficiar a relação saúde-doença e provavelmente alteraria muitos dos dados epidemiológicos atuais.³²

O exercício físico regular melhora a qualidade e a expectativa de vida do idoso beneficiando-o em vários aspectos, principalmente na prevenção de incapacidades. A prática na atividade física moderada e regular contribui para preservar as estruturas orgânicas e o bem-estar físico e mental. Desse modo, verifica-se que a prática de exercício físico pode prevenir e inibir uma série de fatores que prejudicam a vida dos idosos.³³

2.3 Capacidade Funcional

A capacidade funcional pode ser definida como o potencial que uma pessoa apresenta para decidir e atuar de forma independente em sua vida, no seu cotidiano. A capacidade funcional tem surgido como um novo conceito de saúde do idoso pela possibilidade deste cuidar de si mesmo, de determinar e executar as atividades de vida cotidiana, mesmo com a presença de comorbidades.³⁴

Os fatores mais fortemente associados com a capacidade funcional estão relacionados com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. Entretanto, observa-se, que a principal hipótese subjacente em alguns dos estudos que identificam as associações é a de que, além dos fatores biológicos e a presença de doenças crônicas, a capacidade funcional é influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais. Desse modo, são citados como potenciais fatores explicativos da capacidade funcional alguns comportamentos relacionados ao estilo de vida como fumar, beber, comer excessivamente, não realizar exercícios, padecer de estresse psicossocial agudo ou crônico e não manter relações sociais e de apoio.³⁵

Por isso, estudos sobre a capacidade funcional em idosos tornam-se necessários, primeiro para o entendimento de como as pessoas estão vivendo os anos adicionais ganhos com o aumento da longevidade e assim subsidiar as atividades e ações de saúde desenvolvidas em serviços de saúde na atenção primária. A capacidade funcional é mais um indicador da consequência de um processo de doença do que uma medida de incapacidade ou de morbidade específica. A capacidade funcional vem se tornando um conceito particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos na comunidade, porque muitos convivem com várias doenças simultaneamente, que variam em severidade e causam diferentes impactos na vida cotidiana.³⁶

A capacidade funcional pode se constituir um importante indicador da saúde e da qualidade de vida, tendo em vista que considera aspectos tais como a autonomia e a independência da pessoa idosa. No entanto, observa-se que o uso desse indicador ainda é pouco difundido na rotina dos serviços de saúde, talvez pela falta de difusão do conhecimento gerontológico e geriátrico junto aos profissionais, o que tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem global.³⁷

2.4 Teste de Caminhada de Seis Minutos

Para diferentes profissionais da área da saúde, uma das formas mais utilizadas para se avaliar a capacidade funcional é o teste de caminhada de seis minutos (TC6M), que apresenta boa correlação com o consumo máximo de oxigênio e com a adiposidade corporal em diferentes faixas etárias. É simples, seguro, de baixo custo, fácil aplicação e pode ser executado tanto por pessoas saudáveis como por pacientes com doenças cardíacas ou doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC).¹²

Entre populações com idade mais avançada, essas informações poderiam considerar o potencial do TC6M como indicador de risco cardiovascular, uma vez que, se realmente houver diferenças entre maior desempenho no TC6M e menor acúmulo de gordura; baixos escores no TC6M poderiam ser utilizados por profissionais da área da saúde como ferramenta simples para a triagem de populações em mais alto grau de risco para a saúde.¹²

2.5 Atividade Física para Idoso

A identificação precoce dos fatores modificáveis, como o sedentarismo, pode auxiliar na prevenção da dependência funcional deste grupo. Estudos apontam a importância de se manter um estilo de vida ativo na terceira idade, pois idosos praticantes de exercícios físicos mostram que podem manter ou possivelmente aumentar a sua capacidade funcional com essa prática.³⁸

Segundo Lopes et al (2015), existem relações importantes entre atividade física e funcionalidade na saúde do idoso. Onde a prática regular de atividade física traz benefícios cardiovasculares e melhora na execução de atividades básicas e funcionais. Sendo que programas de atividade física propostos para idosos devem levar em conta não somente os benefícios cardiovasculares, mas também a preservação das capacidades funcionais dessa população. Corroborando com Ceccon e Carpes (2015) quando afirmam que o exercício físico pode ser considerado como uma estratégia não farmacológica capaz de diminuir os impactos do processo de envelhecimento.³⁹

Como Bento e Sousa (2017) descreve, o exercício físico é efetivo também na prevenção de quedas no idoso da comunidade como intervenção única, uma vez que essa é uma preocupação frequente quando se trabalha com essa população. Programas de exercício que contemplem treinos de equilíbrio e práticas regulares apresentam melhores resultados, onde a manutenção de exercício físico deve ser

incentivada para prevenção de quedas a longo prazo e possíveis complicações no quadro de saúde desses idosos.⁴⁰

3 – Metodologia

Inicialmente, para a elaboração deste projeto de intervenção, foi realizado um levantamento epidemiológico através da análise dos indicadores de saúde e assim realizar um diagnóstico situacional de saúde no município de Pau D'Arco Do Piauí, a partir da análise dos dados foi possível observar os problemas de saúde mais incidentes no município e assim poder traçar uma conduta adequada para o cenário encontrado. Dentre os problemas de saúde mais recorrentes, encontra-se a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis na população idosa, como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, comorbidades causadas pelo tabagismo, dentre outras, elevando a frequência de internações por causas cardíacas e pulmonares.

Foi utilizada como ferramenta para se fundamentar teoricamente na literatura científica a busca em bibliotecas científicas eletrônicas, as utilizadas neste projeto de intervenção foi a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que possui uma rede com vasta base de dados, como a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e MedLine. Para realizar a busca dos artigos utilizados foram utilizados os descritores: Saúde do idoso; Atenção Primária à Saúde; Atividade Física para Idoso; Esforço Físico; Fenômenos Fisiológicos Cardiovasculares. Tais descritores fazem parte dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

A partir dessa análise situacional de saúde e da revisão de literatura foi organizado um projeto de intervenção para aumentar a participação dos idosos em atividades de promoção de saúde, onde possam ser avaliados, praticar atividade física supervisionada e participar de atividades de educação em saúde para que possam se reeducar quanto aos cuidados e hábitos cotidianos.

4 Plano operativo

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Alta demanda	Reduzir a alta	Melhorar em 80% o	Sensibilizar os	Zilmar

<p>pelelo atendimento clínico nas unidades básicas de saúde do município de Pau D'Arco do Piauí por parte da população idosa</p>	<p>demanda pelo atendimento clínico nas unidades básicas de saúde</p>	<p>quadro de saúde dos idosos através da promoção de saúde para que a intervenção não seja apenas curativa, desde a primeira abordagem com os participantes; Início imediato;</p>	<p>profissionais sobre o trabalho desenvolvido para que os pacientes priorizem a promoção de saúde;</p>	<p>Wanderson Saraiva Torres – Fisioterapeuta.</p>
<p>Baixa participação dos idosos nos programas de promoção de saúde</p>	<p>Aumentar a participação dos idosos nos programas de promoção de saúde;</p>	<p>Fomentar a assiduidade dos idosos participantes desse grupo terapêutico em pelo menos 70%; Início imediato;</p>	<p>Propor aos ACS uma busca ativa da população idosa e convidar quem se enquadra nessa faixa etária a participar do grupo de idosos. Formar grupos de idosos participantes de atividade física com ênfase nas necessidades específicas do grupo analisado;</p>	<p>Agentes comunitárias de saúde, ESF e NASF.</p>
<p>Idosos sedentários e possivelmente com capacidade funcional diminuída com aumento do risco de morbidades</p>	<p>Melhorar a capacidade funcional e promover a educação em saúde com os idosos.</p>	<p>Apresentar a equipe responsável pelo acompanhamento do grupo já no primeiro encontro e desenvolver as práticas descritas por 6 meses até uma reavaliação;</p>	<p>Avaliar a capacidade funcional dos idosos através do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) para mensurar a aptidão física do grupo</p>	<p>Zilmar Wanderson Saraiva Torres – Fisioterapeuta; Educadora física da academia da saúde; NASF.</p>

		Início imediato;	trabalhado; Desenvolver práticas lúdicas e de educação em saúde com o apoio do NASF juntamente com atividades físicas voltadas para melhorar a capacidade funcional dos indivíduos;	
Falta de dados clínicos que possibilitem uma conduta adequada no grupo de idosos	Formar prontuários com os dados relativos aos idosos avaliados.	Coletar 70% os dados necessários de todos os participantes na primeira semana;	Realizar avaliação individual com cada idoso participante do grupo para coletar as informações necessárias e observar as especificidades de cada um com aplicação de um questionário de fatores de risco cardiovasculares, qualidade de vida e queixas relacionadas ao quadro de saúde geral para saber quais as especificidades do grupo	Zilmar Wanderson Saraiva Torres – Fisioterapeuta; Educadora física da academia da saúde.

5 – Proposta de acompanhamento e gestão do plano

Inicialmente, ao se formar o grupo que será acompanhado, serão coletadas informações para que o acompanhamento dos participantes possa ter mais precisão na análise dos dados. Para isso, ao ser realizado o primeiro encontro com cada idoso ele deverá passar por uma anamnese inicial com a coleta de informações relevantes para o acompanhamento, tais como o índice de massa corporal, a relação cintura/quadril, a presença ou não de fatores de risco para doenças cardiovasculares, como tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, etc. Tais informações serão coletadas através de uma ficha individual que será aplicada em cada um desses idosos (ficha segue em anexo). Outra etapa importante na coleta para o acompanhamento do plano operativo é a aplicação do teste de caminhada de 6 minutos (TC6M), que visa coletar a distância percorrida por cada participante em 6 minutos e é um importante preditor para baixa capacidade funcional em caso de baixa distância percorrida e irá servir como parâmetro de eficácia das atividades desenvolvidas no projeto de intervenção na reavaliação dos resultados.

A partir desses dados, a reavaliação será realizada em momento oportuno (cerca de 6 meses após avaliação inicial), e assim observar a evolução do grupo dentro dos parâmetros estimados. Serão formados prontuários dos participantes para que os dados coletados fiquem à disposição durante a realização das atividades, além disso, pode-se inserir informações relevantes que serão observadas durante a aplicação dos projetos nos prontuários dos indivíduos. Para maior controle da assiduidade dos participantes, será aplicada lista de frequência a cada encontro para ter certeza de que a meta de participação seja atingida.

6 – Conclusão

Estima-se que com a aplicação do projeto de intervenção ocorra uma melhora dos indicadores de saúde analisados no território, assim como a demanda que hoje sobrecarrega os atendimentos clínicos nas UBS diminua conforme o modelo de atenção com foco na promoção de saúde seja devidamente institucionalizado. A adesão dos participantes aos grupos formados deverá proporcionar maior resolutividade aos problemas encontrados, simultaneamente constituindo-se como maior possível dificuldade na execução do projeto, devendo os profissionais serem

sensibilizados para abordar essa temática com os indivíduos para que eles se conscientizem da importância de aderir às práticas desenvolvidas.

Referências bibliográficas

1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade Brasil. 2010 [acessado em 2018 nov 12] Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?ano=2010.

2 PINTO, A. H. et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(11):3545-3555, 2016.

3 RAMOS, C. R. Comparação da aptidão física em mulheres de meia-idade e idosas com diferentes níveis de atividade física. **Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto**, 2014.

4 MAIA C. O. et al. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de Enfermagem. **Acta paulista de Enfermagem**. 2007; 20 (2):138-142.

5 ANDRADE, T. M. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos por meio do teste de caminhada de seis minutos. **J. res.: fundam. care. Online**. jan./mar. 7(1):2042-2050, 2015.

6 DANTAS, C. M. H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de longa permanência. **Rev Bras Enferm**. 2013 nov-dez; 66(6): 914-20.

7 SILVA, G R et al. Idosos praticantes e não praticantes de exercícios físicos: uma comparação do estado de equilíbrio. **Revista Kairós Gerontologia**, 18(2), pp. 311-326. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. (2015, abril-junho).

8 ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):535-546, mar, 2008.

9 LOURENÇO T. M. et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2012 jun; 33(2): 176-185.

10 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas. componentes estruturais de ação relatório mundial**. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2002.

11 VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, 2009;43(3):548-54.

12 GOMES, I. C. et al. Aptidão Cardiorrespiratória e Envelhecimento como Indicadores de Risco de Obesidade. **Rev Bras Cardiol**. 2011; 24(4): 233-240.

13 ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):535-546, mar, 2008.

14 VACANTI, L. J. et al. O Teste Ergométrico é Factível, Eficaz e Custo-Efetivo na Predição de Eventos Cardiovasculares no Paciente Muito Idoso, quando Comparado à Cintilografia de Perfusão Miocárdica. **Arq Bras Cardiol**, 2007; 88(5): 531-536.

15 SILVA, V. R.; CADE, N. V.; MOLINA, M. C. B. Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4): 439-44.

16 SALES, J.; A.; TOMAZ, C. A. B. Avaliação dos Fatores de Risco Cardiovascular e Alteração Eletrocardiográfica Pré-Operatória no Idoso Longevo. **Rev Bras Cardiol**. 2011;24(1):9-17 janeiro/fevereiro.

17 GIROTO, E; ANDRADE, S. M; CABRERA M. A. S; RIDÃO E.G. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Sci, Health Sci.** 2009; 31(1): 77-82.

18 ZATTAR, L. C. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2013;29(3):507-21

19 MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Rio de Janeiro, 2014 Jul-Set; 9(32):273-278

20 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Indicadores de saúde – HAS e DM.** Brasil; 2011.

21 PINHEIRO, C. P. et al. Valor prognóstico da hiperglicemia de estresse na evolução intra-hospitalar na coronariopatia aguda. **Arq Bras Cardiol.** 2013;100(2):127-134.

22 POWER, A. C. **Diabetes mellitus.** Harrison's Principle of Internal Medicine. 16.ed. McGraw-Hill, 2004; pp. 3779–829.

23 AGUIAR, C. T.; VIEIRA, A. P. F.; CARVALHO, A. F.; JUNIOR, R. M. M. Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde no Diabetes Melito. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, vol.52 no.6 Aug. 2008.

24 BARRETO, S. M. et al. Estratégias de identificação, investigação e classificação de desfechos incidentes no ELSA-Brasil. **Rev Saúde Pública** 2013;47(Supl 2):79-86.

25 OLIVEIRA, A.F.; VALENTE, J.G.; LEITE, I. C. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública,** 2008; 42:335-45

26 RAMIS, T. R. et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.** vol.15 no.2 São Paulo June 2012.

27 ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3): 583-595, mar, 2012

28 MORAES, S. A.; CHECCHIO, M. V.; FREITAS, I. C. M. Dislipidemia e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. Resultados do Projeto EPIDCV. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2013; 57/9.

29 DIAZ, M. N.; FREI, B.; VITA, J. A.; KEANEY, J. F. Antioxidants and atherosclerotic heart disease. **N Engl J Med**. 1997; 337(6): 408-16

30 FERNANDES, R. A. et al. Prevalência de Dislipidemia em Indivíduos Fisicamente Ativos durante a Infância, Adolescência e Idade Adulta. **Arq Bras Cardiol**. 2011;97(4):317-323.

31 NETO, M. G.; CASTRO, M. F. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. **Rev Bras Med Esporte** – Vol. 18, No 4 – Jul/Ago, 2012.

32 ZAGO, A. S. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2010; 13(1):153-158.

33 MOTA, J. et al. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Rev. bras. Educ. Fís. Esp.**, São Paulo, v.20, n.3, p.219-25, jul./set. 2006

34 LOURENÇO T. M. et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2012 jun; 33(2): 176-185.

35 PILGER,C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A.F. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. **Rev Bras Enferm**. 2013 nov-dez; 66(6): 907-13.

36 PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saúde Pública**, 2005;39(3):383-91.

participantes e não participantes em um programa regular da atividade física. **Rev. bras. Educ. Fís. Esp.**, São Paulo, v.20, n.3, p.219-25, jul./set. 2006.

37 SANTOS, M. I. P. O.;GRIEP, R. H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(3): 753-761, 2013.

38 OLIVEIRA, B. F. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(8):1617-1630, ago, 2013

39 CECCON, F. G., CARPES, F. P. Implicações do exercício regular sobre o controle postural em idosos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 139-158, 2015

40 BENTO, J. R.,SOUSA, N. D. Exercício físico na prevenção de quedas do idoso da comunidade: revisão baseada na evidência **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2017 Jan-Dez; 12(39):1-11.