

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CAMINHADA ORIENTADA:
UMA AÇÃO DE FORTALECIMENTO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE
E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA

THAIS REIS SILVA DE PAULO

BELO HORIZONTE

2012

THAIS REIS SILVA DE PAULO

**CAMINHADA ORIENTADA:
UMA AÇÃO DE FORTALECIMENTO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE
E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA**

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

Orientadora: Alessandra de Magalhães Campos Garcia.

BELO HORIZONTE

2012

THAIS REIS SILVA DE PAULO

**CAMINHADA ORIENTADA:
UMA AÇÃO DE FORTALECIMENTO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE
E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA**

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

Orientadora: Alessandra de Magalhães Campos Garcia.

Banca Examinadora:

Alessandra de Magalhães Campos Garcia- Orientadora UFMG
Daniela Coelho Zazá - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte: 27/10/2012.

AGRADECIMENTO

Antes de tudo, Obrigada Deus e meu anjo da guarda pela proteção, saúde e pela minha vida que é maravilhosa.

Meu muito obrigada à minha família, inesgotável fonte de apoio e estímulo, especialmente meus pais Regina e Sebastião, que em nenhum momento economizaram esforços para que realizações pessoais e felicidade fossem constantes em minha vida.

Ao meu professor Luis Antônio – Monó e Jair Sindra pelo incentivo, compreensão e abdicção neste percurso, foram vocês os meus guias para imersão e aprendizagem neste programa. Muito obrigada também a todos os amigos. Em especial à minha amiga Simone Castellano pelo incentivo, opiniões, sugestões, críticas, paciência e amizade.

Aos profissionais da Equipe Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família dos bairros Costa Telles I e II da cidade de Uberaba pelo apoio, dedicação, ajuda e parceria. Aos moradores da comunidade, obrigada pela forma carinhosa com que me receberam, por terem partilhado comigo suas histórias e pelo comprometimento de adesão as atividades que serão propostas pelo Programa.

Aos professores do curso Àgora de Especialização que me fizeram enxergar que o Profissional de Educação Física tem um papel importantíssimo na Atenção Básica à Saúde da população, e em especial a minha orientadora Alessandra Magalhães pela brilhante tutoria e orientação durante este trabalho.

Por fim, muito obrigada a todos aqueles que, de alguma forma, tiveram tolerância com meus momentos de mau-humor, desânimo e displicência. Esta conquista se deu graças ao meu alicerce e dedicação, porém vocês foram peças fundamentais para esta vitória.

RESUMO

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. A Estratégia Saúde da Família apresenta-se no cenário nacional como uma ferramenta de ação diante desta realidade, pois fortalece os princípios e diretrizes do SUS. Na atenção básica, a atividade física é considerada como comportamentos determinantes de saúde e o Profissional de Educação Física inserido em uma equipe multiprofissional pode contribuir para as necessidades em saúde das comunidades assistidas. O presente trabalho teve como objetivo estabelecer ações de fortalecimentos por meio de um programa de caminhada orientada e estabelecer as contribuições para a saúde da população adulta e idosa. Os métodos utilizados foram descrição e elaboração de um plano de ação para beneficiar a população adulta e idosa da comunidade dos bairros Costa Telles I e II do município de Uberaba/MG, assistida por uma Equipe de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família com a prática regular da caminhada orientada. Para a organização e implantação, adotou-se como estratégia descrever as características da população local. Além disso, foram geradas informações através do diagnóstico situacional do território, com o mapeamento detalhado da situação local, principalmente, referente à prática regular de atividade física “caminhada”. O desenvolvimento da presente proposta se baseia na execução do exercício físico “caminhada” na comunidade, com o direcionamento desta prática realizada por um profissional de educação física. As atividades acontecerão semanalmente, com a frequência de três vezes e duração de 60 minutos cada sessão, com alongamento antes e depois da caminhada orientada. Os profissionais da Equipe Saúde da Família e do Núcleo de Apoio da Saúde da Família desenvolverão oficinas de educação em saúde para o grupo. O incentivo e apoio a esta proposta “Caminhada Orientada” pode ser uma boa opção para a população e esta iniciativa contempla as diretrizes da Política Nacional de Promoção à Saúde e fortalece as ações das Equipes Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família no âmbito do atendimento em saúde à população.

Palavras Chave: atividade física; promoção à saúde; envelhecimento.

ABSTRACT

This initiative includes the National Policy of Health Promotion and strengthens the actions of the Teams Family Health and Support Center for Family Health in the context of health care to the population, because it is an affordable investment with several advantages and improvements for the community. The present study aimed to Establish actions strengthen through a guided walking program and establish the contributions to the health of adults and elderly. The methods used were description and preparation of a plan of action to benefit the adult and elderly population of the community of neighborhoods Telles Costa I and II of the city of Uberaba / MG, assisted by a team of Health and Family Support Center for the Family Health the regular practice of guided walk. For the organization and implementation, was adopted as a strategy to describe the characteristics of the local population. In addition, information generated through the situational diagnosis of the territory, with detailed mapping of the local situation, especially concerning the practice of regular physical activity, "walk". The development of this proposal is based on physical exercises "walk" in the community, with the direction of this practice performed by a professional physical education. The activities will take place weekly, with three times the frequency and duration of 60 minutes each session with stretching before and after the guided walk. The professional staff of Family Health and Support Center for Family Health develop health education workshops for the group. The encouragement and support "Guided walk" can be a good option for people and this initiative addresses the National Policy of Health Promotion and strengthens the actions of the Teams Family Health and Support Center for Family Health under the care health to the population.

Keywords: physical activity, health promotion; aging.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1-** Mapa do distrito que se localiza o território atendido pela Equipe Saúde da Família na Cidade de Uberaba.....25
- FIGURA 2-** Modelo lógico do Programa Caminhada Orientada.....31

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. PROBLEMÁTICA.....	14
3. OBJETIVOS.....	16
4. JUSTIFICATIVA.....	17
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
6. MÉTODOS.....	25
7. DESENVOLVIMENTO.....	26
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1- INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), faz parte das estratégias do Sistema Único de Saúde – SUS e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, família e comunidade, que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde da população brasileira (BRASIL, 2011).

Entre as propostas apresentadas pelo MS por meio do Sistema Único de Saúde, foi criado em 1994, o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo definido como um modelo de assistência à saúde que desenvolve ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade por intermédio de equipes de saúde, realizando o atendimento no nível da atenção básica. A ESF apresenta-se no cenário nacional como ferramenta fortalecedora dos princípios e diretrizes do SUS, por meio de proposições de práticas inovadoras na Atenção Básica, que realmente contribuam para a efetividade das ações proposta no âmbito da promoção à saúde (BRASIL, 2011; FORTUNA *et al*, 2005).

O Programa de Estratégia Saúde da Família é composto por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário, além do núcleo de apoio a ESF- NASF, constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, compartilhando as práticas em saúde nos territórios das ESF, dentre eles, o Profissional de Educação Física, sendo que estes profissionais agregam conhecimentos no âmbito da coletividade, por meio de trabalhos conjuntos entre os usuários e a comunidade (SILVA, 2005; BRASIL, 2009).

A resolução nº 218, de 6 de Março de 1997, reconhece os profissionais de educação física como profissionais de saúde de nível superior. A lei nº 9696/98 de 1 de setembro de 1998 do Conselho Nacional de Saúde embasam as ações do profissional de Educação Física em sua complexidade, que vai desde a área educacional até a saúde, com objetivo de promover ferramentas que proporcionem benefícios à população, nestes diferentes domínios (CONFEEF, 2002; BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, o Profissional da Educação Física tem papel de agente da saúde, com enfoque no desenvolvimento do ser humano de forma integral, a partir

da relação entre o movimento, a emoção e o pensamento. Além disto, o profissional possui ferramentas valiosas para provocar estímulos que levem além do desenvolvimento, a aptidão física e manutenção da saúde, das atividades diárias do indivíduo, sendo estas ações de forma bastante prazerosa, através de atividades variadas e dinâmicas que adéquam à individualidade de cada praticante (CABRAL, SOUSA, RAYDAN, 2007).

Uma vez inserido na ESF, o Profissional de Educação Física será capaz de desenvolver ações que sejam compatíveis com os objetivos desta estratégia. Poderá avaliar o estado funcional e morfológico dos usuários, estratificar fatores de risco à saúde; prescrever programas de exercícios físicos cientificamente programados quanto a intensidade, duração, frequência e tipo de orientar e, com objetivo de prevenir e promover a saúde, inclusive para grupos com doenças e agravos a saúde, como tratamento não farmacológico e mostrar junto à comunidade a importância da atividade física regular com base em conhecimentos científicos e desmistificar as concepções equivocadas acerca de sua prática (ACSM, 2003, SOUZA, LOCH, 2011; SILVA, BARROS, 2010).

Todavia, é indispensável à criação de vínculos, quando se refere ao trabalho em equipe e à saúde da população. Desta maneira, a implementação de programas voltados às Áreas de Atenção à Saúde, com a organização e o monitoramento por meio do estabelecimento de intervenções por linhas de cuidado, no qual o beneficiário encontra-se no centro da organização do sistema (BRASIL, 2010).

Além disto, é necessário estratégias contribuam para a adoção de uma prática mais cuidadora, integral e, portanto, mais efetiva que vise à integralidade do cuidado e agregam ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos os níveis da atenção, como também, uma visão global das condições de vida (BRASIL, 2006).

Para o desempenho deste trabalho na Saúde da Família é fundamental que sejam desenvolvidas ações interesetoriais, por meio de parcerias e interação com projetos voltados para a promoção da saúde. Entretanto, uma estratégia de promoção em saúde que altere realmente as formas tradicionais de cuidado que ultrapasse o mecanicismo da atenção, com o apoio das equipes saúde da família e de todas as áreas da promoção da saúde (CORTEZ, TOCANTINS, 2006).

Desta maneira, a promoção da saúde é uma tecnologia de cuidado no sistema de saúde brasileiro, que busca focar aspectos no âmbito global do indivíduo e seus determinantes no processo saúde-adoecimento e propõe suceder sobre as condições de vida favorecendo a ampliação das escolhas saudáveis por parte da coletividade na comunidade e território de abrangência com o apoio da ESF (COSTA, 2009).

Este trabalho tem por finalidade atender a exigência do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família “Latu-sensu” ministrado pelo NESCON, da UFMG, que tem como enfoque propor, discutir e fomentar idéias, ações em prol da promoção à saúde, principalmente diante das políticas públicas de saúde brasileiras.

A Escolha do tema - Caminhada Orientada: Uma ação de fortalecimento em Promoção da Saúde e suas contribuições para a saúde da população adulta e idosa se deu pela necessidade de incentivar e implementar ações que fortaleçam e que promovam a saúde da população que esta envelhecendo e que tanto cresce no mundo moderno.

No presente trabalho, o exercício físico por meio da “caminhada orientada” é determinada como uma das principais ferramentas de promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo amparada pelas diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que prevê e incentiva sua prática em suas mais variadas formas, sendo o enfoque principal a saúde e qualidade de vida da população.

Também serão enumeradas as ações desencadeadas pelas políticas públicas que envolvem a prática de atividade física, com o apoio e iniciativa das Equipes de Estratégia Saúde da Família- ESF.

As etapas e aspirações de cada momento das nossas vidas têm influência determinante para a escolha da problemática a ser investigada. O pesquisador na complexidade de ser, pensar, fazer, conviver e investigar realiza muitas inferências baseadas no significado delas para si mesmo, como para os outros e para o mundo, visualizando muitas sonhando, com a possível relevância de sua pesquisa a partir de descobertas ou criação de estratégias para resolução de problemas da população sob diferentes aspectos.

Aos 32 anos de idade com aproximadamente 10 anos de Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade de Uberaba (UNIUBE) e uma vivência

esportiva de aproximadamente 15 anos, propiciaram através da atuação em diferentes segmentos na área da Educação Física, tais como: educação física escolar, treinamento esportivo, recreação, ginástica laboral, programas de promoção à saúde (caminhada orientada e ginástica para grupos especiais) uma ampla visão das possibilidades profissionais da Educação Física, principalmente como ferramenta propulsora da saúde e longevidade.

Minha inserção nas ações de promoção à saúde se deu de uma maneira sem perspectivas e com muitas dúvidas a cerca de como seria desenvolvido um trabalho com a comunidade, que anseia de um modo geral apenas pela cura e pelo atendimento médico. A ESF foi à porta de entrada para que eu mudasse minha opinião sobre o trabalho de promoção à saúde e iniciasse meus afazeres junto à equipe multiprofissional, fato que antes, fazia parte apenas das leituras e indagações.

Sempre gostei de trabalhar com pessoas com faixa etária mais avançada e desenvolver trabalhos sociais no âmbito da prática da atividade física. O curso de Especialização em Atenção Básica na Saúde da Família foi essencial para minha formação e atuação nos projetos sociais, principalmente nas ações que desenvolvo na ESF, além de me proporcionar um leque de conhecimentos a cerca das ações do Profissional de Educação Física no seguimento da promoção à saúde, expansão do meu ciclo de amizade, conhecimento de outras realidades vivenciadas pelos colegas do curso, trocas de saberes e experiências.

Sendo assim, e sabendo que o envelhecimento de uma pessoa é incontestável comecei a questionar sobre as possibilidades dado exercício físico influenciar na qualidade de vida dos idosos. Dessa maneira me senti convicta e segura da escolha consciente do tema da pesquisa baseando-me nas novas perspectivas e tecnologias que têm influenciado a Educação Física nesta linha de conhecimento prático e científico.

A experiência profissional na área é vasta e condiz com o explorado e demonstrado na literatura, principalmente no domínio de promoção de ações para incentivar a exercício físico para a população adulta e idosa. Além disso, o conhecimento prático das necessidades em ações de saúde da população escolhida e ciência do território a ser explorado favorecem a direção das ações que serão propostas e sua efetividade.

Por todo conhecimento alcançado ao longo do curso, experiência adquirida através da convivência com os colegas que são da mesma área e com as ações profissionais da área da Educação Física, este trabalho se concentra no impulso de alavancar reflexões científicas a cerca da prática de atividade física orientada por idosos.

Este trabalho não pretende esgotar o assunto, mas tem por objetivo incentivar a prática de caminhada regular para a população adulta e idosa de um território assistido pelas ESF, que contemplarão atividades semanais de grupos operativos com monitoramento em saúde que visem à promoção da saúde por meio de hábitos de vida saudáveis.

Esta ação é um projeto piloto, que em futuro breve poderá tornar um programa realizado por todas as ESF do município, podendo se estender para o nível estadual e nacional como exemplo de fortalecimento na Atenção Básica à saúde da população adulta e principalmente idosa.

Participando e vivenciando a rotina da população de um território da cidade de Uberaba MG, atendido pela unidade básica de saúde e ESF Costa Teles I e II, foi possível perceber como estas ações são importantes para a saúde dos usuários e para o trabalho da equipe. O exercício físico por meio da “caminha orientada”, além de proporcionar benefícios fisiológicos, promove a saúde mental e social do indivíduo, fazendo com que este se sinta importante dentro da sociedade que esta inserido, fortalecendo as ações norteadas pela Atenção Básica à Saúde.

2- PROBLEMÁTICA

O sistema de informação populacional denominado Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com objetivo de medir a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira, realizou um inquérito populacional no ano de 2008, com resultados interessantes (IBGE, 2008).

Com uma amostra de 292.553 pessoas, encontrou-se a prevalência de AF no domínio lazer de apenas 10,5%, sendo este percentual de indivíduos a mesma quantidade daqueles que relataram deslocamento ativo para o trabalho, ou seja, cerca de 90% da população não pratica atividades no tempo livre, sendo um aspecto preocupante para a qualidade de vida da população (IBGE, 2008).

Nesta mesma pesquisa homens e indivíduos mais jovens foram mais ativos e houve relação direta entre escolaridade e AF no lazer e inversa entre escolaridade e atividade física no deslocamento. Um em cada cinco brasileiros não pratica qualquer AF, e um em cada três assistem, em média, três ou mais horas de televisão por dia (IBGE, 2008).

Outro sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico é o VIGITEL, que subsidia ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, na população adulta (≥ 18 anos) residentes em domicílios com telefone fixo das capitais dos 26 estados brasileiros e DF, apresentou dados muito importantes referentes à prática de atividade física no Brasil (BRASIL, 2009).

De acordo com o inquérito realizado em 54.339 indivíduos no ano de 2010, referente à prevalência dos indicadores de atividade física, apenas 14,9% praticavam atividade física no tempo livre (lazer), sendo que 30,8% praticavam atividade física no tempo livre ou para deslocamento a fim de atender suas necessidades. O resultado mais preocupante foi o referente à inatividade física, cerca de 14,2% da população entrevistada não praticava nenhum tipo de atividade física, em nenhum dos domínios deslocamento, trabalho, atividade doméstica e lazer, além de 28,2% relataram que assistiam televisão três ou mais horas por dia (BRASIL, 2009).

Estes achados demonstram a necessidade de apoiar políticas públicas no âmbito da promoção da saúde, especialmente relacionadas à atividade física, com

estratégias que promovam ações sustentadas, visando o alcance de resultados que influenciem positivamente a qualidade de vida da população, diminuindo os comportamentos sedentários da população adulta e idosa.

3- OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Estabelecer ações de fortalecimentos por meio de um programa de caminhada orientada e estabelecer as contribuições para a saúde da população adulta e idosa dos bairros Costa Telles I e II do município de Uberaba/MG.

Objetivos Específicos:

- Incentivar a prática da caminhada regular a população adulta e idosa;
- Incentivar a mudança dos comportamentos relacionados ao exercício físico da população, de inativos fisicamente para ativos fisicamente.

4- JUSTIFICATIVA

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (2006) visa promover a qualidade de vida da população e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, pois oferece diretrizes e apresenta estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), afim de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2007).

Entre as grandes prioridades da PNPS, encontra-se o Pacto em Defesa da Vida, que possui especial relevância no aprimoramento do acesso e na qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família. A promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo, controle do uso abusivo de bebida alcoólica e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2007; BRASIL, 2003).

De acordo com dados apresentados na literatura referentes ao índice de inatividade física, a prevalência do sedentarismo e o diagnóstico realizado no território são necessários incentivar a prática regular de atividade física para a população (IBGE, 2008; BRASIL; 2009PITANGA, LESSA, 2005). O programa de caminhada orientada será um dos meios para oferta do exercício físico realizado regularmente e contará com a participação de toda a ESF e NASF para atender a população adulta e idosa da comunidade estudada.

A prática de atividade física é um comportamento humano, que proporciona melhor saúde global na vida idoso, sendo que, sua prática oferece maior segurança na realização das atividades da vida diária. Ela é um instrumento capaz de estimular mudanças nos comportamentos e hábitos de vida da população, adiando o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis e garantindo envelhecimento saudável (BENEDETTI, GONÇALVES, MOTA, 2007).

Dentre os inúmeros benefícios que a prática regular de atividade física promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional, ou seja, desempenho para a realização das atividades do cotidiano ou atividades da vida diária em todas as idades, principalmente nos idosos. Além, de beneficiar a

capacidade funcional, o exercício físico promove melhora no sistema cardiovascular, com enfoque na aptidão física, que pode ser definida como a capacidade de realizar as atividades do cotidiano com vigor e energia, além das atividades de lazer (CHANLER, STUDENSK, 2002).

A prática regular da caminhada proporciona estes benefícios e é bastante difundida, além disto, não requer grandes investimentos financeiros. Também não depende de local com estrutura planejada, apenas que seja um local plano, seguro, como por exemplo, uma pista de caminhada, uma avenida com espaço para pedestre ou que não tenha muito movimento de carros, para não oferecer riscos de acidentes para o praticante. Porém é muito importante que este exercício físico seja realizado de forma consciente e que seja monitorado por um Profissional de Educação Física, pois o praticante requer atenção e cuidados específicos para que o mesmo atinja seus objetivos, dentre eles, frequência, duração, intensidade da atividade e principalmente para evitar riscos de lesões e complicações para à saúde (MELO *et al*, 2010).

5. REFERENCIAL TEÓRICO

A situação da saúde no Brasil tem sido determinada por fatores importantes, dentre eles, a transição epidemiológica e a demográfica, mudando o cenário de atenção à saúde e perfil populacional (SCHRAMM, 2004). Este panorama é preocupante e tem imposto a necessidade de medidas inovadoras, que proporcionem serviços de atenção com qualidade e com olhar dimensional principalmente para os fatores de riscos e condições crônicas já instaladas (BRASIL, 2007).

A qualidade de vida da população, principalmente, da população idosa, tem sido bastante questionada e devido às estratégias de saúde, esta deixando de lado os conceitos arcaicos em que “saúde” era sinônimo de ausência de doenças e embasando-se na definição da OMS (1948), que define a “Saúde” como “completo bem estar físico, mental e social”, enfatizando a paz, a segurança e o amor, com uma perspectiva ecológica e um conceito multidimensional, que percebe o indivíduo em todo seu contexto (SCLIAR, 2007).

Baseando na vertente da saúde estar diretamente ligada à qualidade de vida, faz necessário repensar nas ações que intervêm na saúde, pois este termo se refere a uma conotação bastante complexa que abrange aspectos únicos e pessoais, que vão desde as dimensões de bem-estar físico e funcional até mental de cada indivíduo (NERI, 2001; NAHAS, 2001).

As alterações no processo de envelhecimento tratam-se de um processo gradual, individual e irreversível, que ocorrem em vários níveis, que abrange desde os aspectos fisiológicos, funcionais até os psicossociais, dentre estas mudanças podemos citar: (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS, 2004)

Alterações Fisiológicas: diminuição do débito cardíaco, diminuição da frequência cardíaca de repouso, menor capacidade de adaptação e recuperação do exercício, menor velocidade de movimento, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, diminuição da capacidade pulmonar vital, diminuição de tamanho e número de neurônios. Além disto, aumenta a ventilação durante o exercício, aumenta a pressão arterial, aumenta a concentração de ácido láctico, aumenta o débito de oxigênio e aumento do tecido conectivo dos neurônios, entre outros (SPIRDUSO, 2005).

Alterações na Capacidade Funcional: aumento do peso, perda da massa livre de gordura, aumento da gordura corporal, diminuição da densidade óssea e da massa muscular, podendo ocorrer perda de 10% a 20% da força muscular (CIOLAC, GUIMARÃES, 2004).

Alterações Psicossociais: aumento de sintomas depressivos, estresse e isolamento social, além de sentimentos de incapacidade e inferioridade perante aos desafios desta fase da vida (VALCARENGHI, 2011).

Além destas alterações, a velhice não é por simples cronologia, e sim pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde do indivíduo. O processo de envelhecimento é pessoal e diferenciado, o envelhecimento humano constitui um padrão de modificações, ele não o que é um processo unilateral, mas sim, a soma de vários processos entre si, os quais envolvem o indivíduo na sua totalidade (OKUMA, 1998).

Os idosos constituem a população mais acometida pelas doenças crônicas não transmissíveis. As incidências das doenças mais comuns são hipertensão arterial, diabetes, câncer e cardiovasculares. O avanço deve-se a interação entre fatores genéticos, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis como tabagismo, consumo excessivo de álcool, comportamentos sedentários, má alimentação e obesidade (PEREIRA *et al*, 2008).

Um estudo epidemiológico realizado entre os anos de 2000 e 2001 com idosos residentes no município de São Paulo constatou que a proporção elevada destes idosos entrevistados declarou sofrer três ou mais doenças. Esse fato foi mais comum entre mulheres (48%) do que entre homens (33%). Portanto, as mulheres detêm maior informação a respeito de suas doenças, ou seja, elas são mais atentas aos aspectos relacionados ao cuidado com a - saúde (LEBRÃO, DUARTE, 2003).

O estudo aborda também a autopercepção de saúde dos entrevistados e apresenta as doenças mais citadas pelos idosos. Dentre elas, a hipertensão arterial (53,3%), seguida por problemas articulares (31,7%), cardiopatias (19,5%), diabetes (17,9%), osteoporose (14,2%), doença pulmonar crônica (12,2%), embolia/derrame (7,2%) e (3,3%) tumores malignos (LEBRÃO, DUARTE, 2003).

A prevalência do sedentarismo é assunto mundial e vem aumentando consideravelmente a cada ano no Brasil, vários estudos com desenho transversal realizados em todo o país tem demonstrado esta realidade, consolidando com resultados preocupantes os fatores de riscos mais agravantes para a saúde da

população, principalmente aqueles relacionados com hábitos de vida que não são saudáveis, dentre eles, a inatividade física.

Estudo realizado com idosos da cidade de Campinas - São Paulo verificou que 70,9% destes são sedentários e as razões encontradas foram idosos de menor renda, tabagistas, com transtorno mental comum e do sexo feminino. Neste estudo também foi demonstrado baixa prevalência da prática da caminhada entre os participantes (23,5%), apontando a necessidade do desenvolvimento de ações globais com respeito aos comportamentos relacionados à saúde (ZAITUNE *et al*, 2007).

Outro estudo avaliou a prevalência do sedentarismo e fatores associados em 1.018 adultos e 1.010 idosos, residentes em áreas de UBS de dez municípios com mais de 100 mil habitantes no Estado de Pernambuco, Brasil. A prevalência do sedentarismo foi 37,18% para adultos e de 68,3% para idosos, concluindo ser um índice bastante elevado, principalmente nos idosos, quando comparada com a Região Sul (ALVES *et al*, 2010).

O inquérito realizado na cidade de Salvador – Bahia, que teve como objetivo verificar a prevalência e os determinantes do sedentarismo no lazer em adultos, encontrou um índice de 72,5%, mais freqüente em mulheres entre 40-59 anos e homens maiores que 60 anos de idade (PITANGA, LESSA, 2005). Outro inquérito avaliou a prevalência de sedentarismo em 4.060 adultos e 4.003 idosos, residentes em áreas de unidades básicas de saúde de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, em sete estados do Brasil, os resultados encontrados foram bastante significativos, sendo que a prevalência do sedentarismo foi de 31,8% e 58% para adultos e idosos respectivamente, sendo sempre maior na Região Nordeste (SIQUEIRA *et al*, 2008).

Com base nos estudos apresentados, pode-se concluir que a prevalência do sedentarismo é elevada em todo país e que os grupos sócio-econômicos mais desfavorecidos apresentam menor nível de atividade física. Além disto, estes resultados são importantes para a saúde pública, porque podem ser utilizados para demonstrar os altos níveis de sedentarismo da população, principalmente no domínio de lazer, bem como para identificar seus determinantes, para que, desta forma, estratégias de intervenção possam ser implementadas e reforçadas.

A Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (2004), teve como finalidade incentivar a prevenção e controle das doenças não

transmissíveis, apoiarem estilos de vida saudáveis e ações de saúde pública, assim como a participação destacada dos profissionais da saúde e de outros campos pertinentes, junto com todas as partes interessadas e os setores comprometidos a reduzir os riscos de doenças não transmissíveis, e melhorar os modos de vida e da saúde das pessoas e das comunidades (OMS, 2004).

A Organização Mundial de Saúde por meio desta estratégia estabeleceu a elaboração e aplicação de ações recomendadas que promovam a saúde das pessoas e das comunidades mediante uma alimentação saudável e a realização de atividades físicas regulares, com a proposta de reduzir os fatores de risco, a incidência das doenças não transmissíveis e melhorar a qualidade de vida no envelhecimento (OMS, 2004).

Dentre as estratégias que contribuem para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população, em especial, idosa, a atividade física promove inúmeros benefícios, que abrange desde as melhoras fisiológicas e funcionais, até emocionais (SCHRAMM, 2004). Os exercícios físicos exercem um importante papel no corpo humano, tanto no que se refere à redução de doenças cardiovasculares como na reabilitação de doenças já existentes. Os exercícios aeróbios, como a caminhada promovem o consumo máximo de oxigênio e melhora o sistema cardiovascular, melhora a capacidade aeróbia e o consumo máximo de oxigênio ($Vo_{2m\acute{a}x}$). Além disso, pode ser utilizado e aplicado em pessoas que tem como pretensão a redução da gordura corporal, ou simplesmente contribuir para a melhora da saúde e qualidade de vida de maneira geral (MAZO *et al*, 2008).

O exercício físico promove melhoras na habilidade funcional que está relacionada à saúde e pode ser definida como a capacidade de realizar as atividades do cotidiano com vigor e energia e demonstrar menor risco de desenvolver doenças ou condições crônicas degenerativas, associadas a baixos níveis de atividade física (MCARDLE *et al*, 2003).

A atividade física frequente é um importante comportamento para a saúde da população, além disso, a prática de exercício físico no mínimo cinco vezes por semana, de intensidade moderada a vigorosa, incluindo exercícios aeróbios e de resistência, promove melhor condicionamento, nível de treinamento, benefícios sobre os componentes da capacidade funcional (força, equilíbrio, coordenação e flexibilidade), redução do risco de doenças crônicas e incapacidades e previne o

ganho de peso acima do nível recomendado (POWERS, HOWLEY, 2000; HASKELL *et al*, 2007).

A caminhada é considerada um dos melhores exercício físico, pois é de baixo custo e é de fácil acesso. É um exercício aeróbico complexo, que exige calçado adequado para não causar lesões, para a manutenção da integridade das articulações dos joelhos, pés, coluna e quadris. Pode ser realizada por qualquer pessoa, dentro de suas limitações e recomendações, independente de idade e sexo, é sugerida principalmente para as pessoas idosas, portadores de doenças como diabetes, obesidade, colesterol alto e osteoporose (MACIEL, 2010; LUSTOSA, 2010).

Em relação ao tempo de atividade física é recomendada atividades aeróbias de no mínimo 150 minutos de intensidade moderada, 75 minutos de atividades físicas intensas ou a combinação entre as duas durante a semana. Também devem realizar atividades de fortalecimento muscular privilegiando grandes conjuntos musculares duas vezes por semana como os adultos. Os idosos devem realizar exercícios que melhorem o equilíbrio, para evitar possíveis quedas e dependência (USDHHS, 2008).

Além dos benefícios físicos, caminhar também contribui para o tratamento de distúrbios psicológicos como a depressão, que é uma doença que acomete uma grande parte das pessoas, contribuindo para melhor relacionamento e interação social (CAROMANO *et al*, 2007; KRUG *et al*, 2011).

Os programas de incentivo à prática de atividades físicas ainda são insuficientes no Brasil, quando comparado às necessidades da população, porém são ações com impacto positivo para a saúde que devem ser mais expostas e abrangentes.

O estudo apresentado pelo Ministério da Saúde, realizado por uma equipe especializada de várias Universidades do país, com o apoio do Projeto Guia e baseado na Política Nacional de Promoção da Saúde, demonstrou a efetividade dos programas de atividade física existentes no país que teve como objetivo auxiliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, qualidade de vida e a redução de vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2011).

Além da efetividade destes programas, consolidou a extrema importância da atividade física dentro do contexto da promoção da saúde e sua inserção no Sistema

Único de Saúde- SUS, como ação fortalecedora e efetiva para a saúde, priorizando o incentivo a prática e o valor das estratégias que desencadeiam ações de promoção à saúde e incentivo a hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2011).

Programas como Agita Brasil e Agita São Paulo, que mostram e incentivam a importância da atividade física de intensidade moderada, 30 minutos por dia, de forma acumulada ou contínua, na maioria dos dias da semana, para a promoção da saúde. Este programa teve como especial atenção o público da terceira idade, se tornando ferramenta propulsora que apresentam caminhos estratégicos para o incentivo da prática de atividade física em outras localidades (BRASIL, 2011).

Outro programa com características similares foi o Projeto Guia (*Guide for Useful Interventions for Activity in Brazil and Latin America*), que incentivou intervenções e realizou pesquisas baseadas em evidências para a promoção da atividade física para o Brasil e países da América Latina, relatando a efetividade das ações de promoção da atividade física na América Latina (BRASIL, 2011).

Programas da Academia da Cidade desenvolvido em algumas cidades, dentre elas, Recife e Belo Horizonte, foram elencados, de base comunitária, que tem como objetivo estimular a prática da atividade física e promover a qualidade de vida junto à população. Estes programas estão articulados com a Estratégia Saúde da Família-ESF, com caráter social, realizados em praças, parques, jardins e praias, os tornando acessíveis para toda população (BRASIL, 2011).

Apesar dos Programas de incentivo a prática de atividade física existentes, ainda são pouco exploradas ações de promoção de atividade física em ambientes de promoção da saúde e de participação das Equipes de estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família, com necessidade de mais atenção dos gestores, programas de educação em saúde e da própria sociedade.

6- MÉTODOS

A metodologia baseou-se na descrição e elaboração de um plano de ação para beneficiar a população adulta e idosa da comunidade assistida por uma Equipe de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família com a prática regular da caminhada orientada.

Este plano de ação está de acordo com as diretrizes de saúde (SUS e sua política/ OPAS), tratando-se de uma ação inovadora em âmbito municipal por contemplar a intersetorialidade, além de fomentar demais diretrizes da Política Nacional de Promoção na Saúde, por meio da estratégia Saúde da Família local.

Para organização e implantação do plano de ação, adotou-se como estratégia descrever as características da população local, ouvir e registrar relatos dos próprios usuários relacionados às suas necessidades e vontades no âmbito da prática de atividade física. Além disso, foram geradas informações através do diagnóstico situacional do território, com o mapeamento detalhado da situação local, principalmente, referente à prática regular de atividade física por meio da “caminhada”.

Estas informações foram coletadas e apresentadas pelos agentes comunitários das Equipes de Saúde da Família, além da pesquisa nos prontuários dos pacientes atendidos, para assim elencar suas necessidades e direcionar as ações.

A compilação dos dados foi realizada de maneira descritiva e qualitativa, a fim de avaliar e propor estratégias eficazes para a implementação de ações de promoção à saúde e hábitos de vida saudáveis para a população.

7- DESENVOLVIMENTO

Diagnóstico Situacional:

O Município de Uberaba-MG, cidade polo da macrorregião Triângulo Sul, têm população aproximada de trezentos mil habitantes, 3% dessa população mora na zona rural. A gestão plena em Saúde iniciou o processo de implantação das equipes saúde da família em 1998 e, em 2012, atingiu o total de 54 equipes com 440 agentes comunitários de saúde, que perfazem 57% de cobertura da população residente, abrangendo área urbana e área rural. O município conta com excelente cobertura no setor da saúde, com várias Unidades Básicas de Saúde, hospitais de referência nacional, Universidades com excelentes cursos na área da saúde e dispõe de uma cobertura estruturada para serviços integrais em saúde (DATASUS, 2012).

As equipes Saúde da Família são as ESF Costa Telles I e Costa Telles II que atendem cerca de 8.601 pessoas, sendo a faixa etária de maior concentração adultos com idades entre 45 à 60 anos e por idosos com idade acima de 60 anos. O grande número de pessoas com faixa etária acima de 45 anos fortalece a necessidade de ações em saúde que atendam esta população. A cidade de Uberaba é 100% provida de saneamento básico e a infra-estrutura dos bairros é considerada adequada. O bairro Costa Telles I têm unidade básica de saúde, creches, escolas e estruturas esportivas municipais bem estruturadas, com praças, quadras esportivas que proporcionam lazer a população.

Já o bairro Costa Telles II, conta apenas com duas praças públicas, com uma fábrica de café e um supermercado para atender a população. Os atendimentos de saúde e educação são oferecidos pelo Costa Telles I e outros bairros da região, sendo um pouco prejudicado devido sua localização, que é próxima a rodovia estadual MG 262. Mesmo com esta estrutura, cerca de 70% da população adulta que a equipe assiste tem comportamentos sedentários e não pratica nenhum tipo de atividade física regularmente.

O projeto fica vivo está presente nos bairros Costa Telles I e II e atende crianças com vulnerabilidade social, oferecendo atividades recreativas e escolinha de futebol, com duas aulas semanais para crianças e adolescentes, realizadas pela prefeitura municipal, além deste, outras ações realizadas pela ESF são realizadas

com as crianças nas escolas localizadas nos bairros, dentre elas, o projeto de saúde bucal.

O município de Uberaba é dividido em quatro distritos, sendo três pertencentes à área urbana e um à área rural. A figura a seguir mostra os distritos urbanos, identificados por cores, sendo o distrito um representado pela cor laranja, o dois pela cor rosa e o três pela cor azul, onde também estão localizados os bairros Costa Telles I e II.

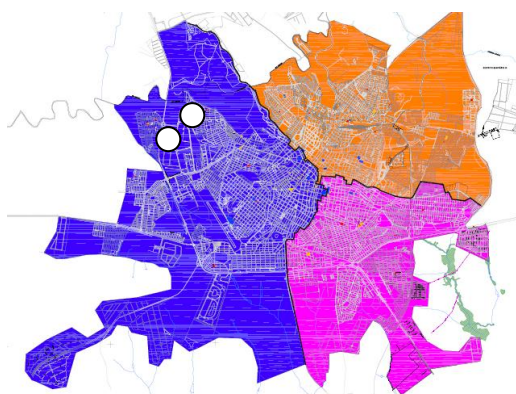


Figura 1. Mapa dos distritos urbanos do município de Uberaba e a localização do território atendido pela ESF.

Em relação à descrição fornecida pelos agentes comunitários de saúde referente às informações sócio-demográficas, os moradores do bairro Costa Telles I tem renda financeira mensal acima de três salários mínimos por família e a população tem maior grau de escolaridade. No bairro Costa Telles II a renda média é de um a dois salários mínimos por família e a população tem baixo grau de escolaridade.

A alimentação da população dos bairros assistida pela equipe é um fator preocupante, de acordo com o inquérito alimentar fornecido pelo SISVAN (sistema de vigilância nutricional), realizado pela equipe junto com o diagnóstico situacional. O relatório destacou que grande parte dos adultos tem sua alimentação baseada em açúcares, conservantes, embutidos, com pouco consumo de folhas e carnes magras, estes dados englobam toda a população, e contribuem ainda mais para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Nos bairros Costa Telles I e II não é oferecido atividades físicas regulares pela Estratégia Saúde da Família que atendem a população adulta e principalmente a idosa, fato que dificulta a mudança do perfil da população, sendo a partir do observado a necessidade de desenvolver estratégias que incentivem e proporcionem oportunidade de mudanças de hábitos de vida a fim de melhorar a qualidade de vida por meio da promoção de exercícios físicos tais como a “caminhada”.

Plano de Ação: “Caminhada Orientada”

O Ministério da Saúde assumiu como prioridade a estruturação de ações de promoção à saúde em função das possibilidades existentes para o controle prevenção e vigilância de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2009). O plano de ação apresenta ações com enfoque na pratica orientada de caminhada, desenvolvidas pelo Profissional de Educação Física e demais profissionais das Equipes de Saúde da Família, com apoio da Prefeitura Municipal de Uberaba, dos setores de promoção da saúde no território atendido Costa Telles I e II atendido pela Equipe Saúde da Família.

A elaboração deste plano de ação para incentivar a prática regular de exercícios físicos por meio da caminhada orientada regular, articula ações intersetoriais (planejamento territorial e urbano, plano diretor da cidade, ênfase na mobilidade urbana e acessibilidade da população), prevendo a participação de outros órgãos de fomento e apoio, demais áreas do município e instituições privadas a serem realizadas nos vários espaços da comunidade (praças, avenidas e a unidade de saúde), além da proposição de ações de comunicação social e educação em saúde.

❖ Caminhada Orientada:

A proposta se baseia na execução do exercício físico por meio da “caminhada” na comunidade assistida acompanhada pela ESF e NASF, especificamente com o direcionamento desta prática por um Profissional de Educação Física. A população alvo é composta por adultos e idosos que serão

encaminhados após liberação médica assistente para a participação em programas de exercícios físicos.

O projeto será encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde, para que o mesmo seja apresentado e divulgado nos conselhos, com o objetivo de fortalecer a estratégia e iniciativa. A divulgação da proposta será realizada pela ESF, principalmente pelo agente comunitário, que tem contato direto e frequente com o usuário, além de divulgação por meio de panfletos impressos, contatos com a associação de bairro, igreja, creches e demais entidades locais.

As atividades propostas acontecerão semanalmente, com a frequência de três vezes e intercaladas, com duração de 60 minutos cada sessão. Serão realizadas no período matutino às 7h00 e no vespertino 16h30min. Os profissionais da Equipe Saúde da Família composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes de saúde e do Núcleo de Apoio da Saúde da Família, Profissionais de Educação Física, fisioterapeutas e assistente social acompanharão as atividades, com as seguintes ações:

- Cadastro e ficha de acompanhamento dos usuários, realizado pelos agentes comunitários de saúde;
- Aferição e registro da pressão arterial dos participantes da caminhada pelo técnico em enfermagem antes e após a atividade;
- Palestras em saúde: abordar temas relacionados à promoção de saúde e prevenção de doenças principalmente as doenças crônicas e hábitos saudáveis, realizado pelos profissionais da equipe, ou seja, cada área deverá abordar um tema específico;
- Alongamento antes e depois da caminhada realizado pelo Profissional de Educação Física;
- A caminhada também será orientada pelo Profissional de Educação Física no início da atividade para todos os participantes, sendo abordado os seguintes tópicos: aquecimento, frequência, intensidade, duração do exercício, possíveis desconfortos durante a prática, principalmente para os participantes iniciantes, como, cansaço excessivo, batimentos cardíacos irregulares, fadiga muscular, entre outros e se caso necessário orientações

individuais. Este procedimento será descrito com mais detalhes no tópico do Programa de Ginástica Orientada;

- Orientações sobre vestimenta e consumo de água durante o exercício, feita pelo Profissional de Educação Física;
- Dicas de saúde dadas por todos os profissionais envolvidos na ação;
- Atividades extras como: atividades recreativas, festas de confraternização e aniversariantes do mês, comemoração a datas do calendário de saúde (dia do diabetes, dia mundial da atividade física, dia nacional da luta contra o câncer) realizadas por toda equipe.

As atividades serão realizadas na avenida central do bairro. A mesma possui estrutura física adequada. As atividades também serão realizadas na quadra coberta do bairro, localizada na avenida.

❖ Programa de Caminhada Orientada:

A prática da Caminha orientada terá frequência semanal de três vezes, duração de sessenta minutos (TRIBESS, VIRTUOSO Jr, 2005). Antes de iniciar o Programa será aplicado aos participantes o teste de caminhada de seis minutos (TC6M), descrito originalmente por Cooper em 1968. Esse teste é bastante aplicado em pessoas com DCNTs e para avaliar a capacidade submáxima de exercício (ENRIGHT *et al.*, 2003). Trata-se de uma intervenção simples, segura, principalmente para pessoas com idades mais avançadas (RODRIGUES; MENDES; VIEGAS; 2004).

A execução do teste é bem simples, basta caminhar o mais rápido possível durante os seis minutos, além disto, é o avaliado que determina a velocidade da caminhada. Acredita-se que a distância percorrida em seis minutos (submáximo) reflete melhor as atividades físicas diárias do que testes de exercício máximo (SOLWAY *et al.*, 2001). Esse teste tem a vantagem de avaliar os indivíduos através da prática da própria caminhada, já que muitas pessoas não tem acesso ou não conseguem realizar adequadamente na esteira.

Antes de iniciar o teste serão aferidos: frequência cardíaca (FC), calculada individualmente por meio da frequência cardíaca máxima (FCM) subtraindo a frequência cardíaca de repouso (FCR), onde a FCM foi estabelecida pela equação

de Karvonen: $FCM = 220 - \text{idade}$ (POWERS, HOWLEY, 2000), a pressão arterial (PA) e a escala de Borg (percepção subjetiva de esforço) (BORG, 1982). Ao final dos seis minutos serão aferidos os mesmos parâmetros iniciais e verificam-se quantos metros o paciente percorreu neste tempo. Após dez minutos de repouso, é feita uma nova verificação dos sinais para averiguar a recuperação do paciente ao exercício (RODRIGUES; MENDES; VIEGAS; 2004).

Este teste serve de parâmetro e avaliação da capacidade aeróbia o indivíduo e será avaliado no período de seis em seis meses, para que os participantes possam acompanhar a evolução do desempenho.

Após a realização do TC6M com os participantes, a caminhada orientada regular será prescrita tendo como parâmetro a variável frequência cardíaca (FC). A FCR será medida no local da caminhada, onde será solicitado que antes da medida, o indivíduo permaneça sentado por 5 a 10 minutos. A intensidade da caminhada será entre 50% e 70% da frequência cardíaca máxima. Para o cálculo será utilizado a equação: $FC \text{ de Treino} = \text{INTENSIDADE} \times (FCM - FCR) + FCR$, sendo a intensidade ajustada conforme o indivíduo (POWERS, HOWLEY, 2000).

Para o controle da intensidade será utilizada em todas as sessões a escala de Borg a cada cinco minutos, devido ao fato de não ter disponíveis cardiofrequencímetros para todos os participantes do programa (BORG, 1982). Antes e após as caminhadas serão realizados alongamentos estáticos e dinâmicos. As sessões serão sempre supervisionadas por Profissionais de Educação Física (TRIBESS, VIRTUOSO Jr, 2005).

❖ **Modelo Lógico do Programa Caminhada Orientada:**

Para facilitar o entendimento do Plano de Ação proposto para o Programa Ginástica Orientada, a seguir está descrito em forma de um modelo lógico o processo de implementação, que vai desde o primeiro contato com a comunidade assistida pelas ESF e NASF até a formalização para a secretaria de saúde do município.

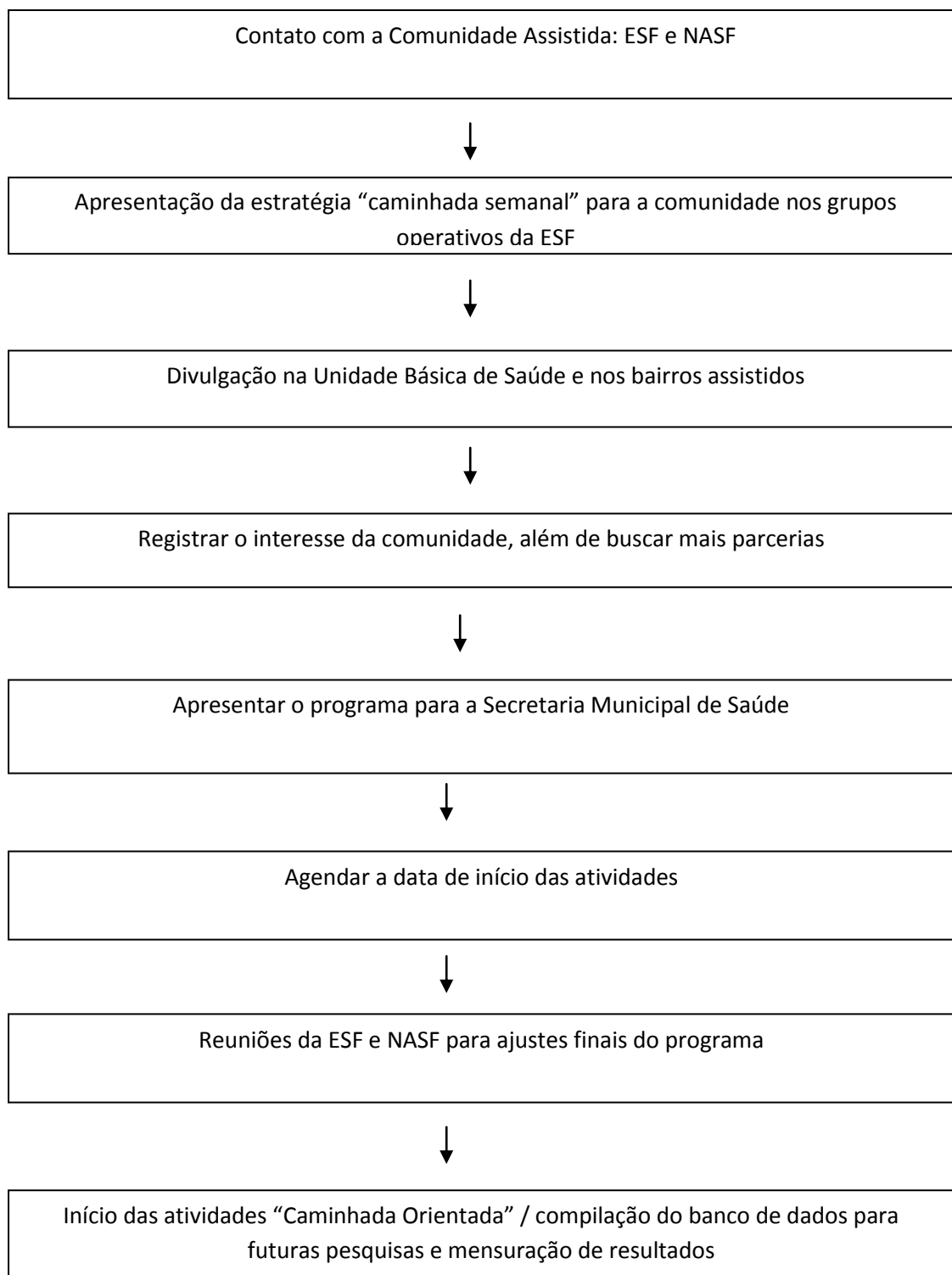


Figura 2. Modelo lógico do Programa Caminhada Orientada

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde dentro de seu amplo contexto e visões abrangem inúmeros aspectos na vida do indivíduo e na organização das estratégias políticas de saúde. O estilo de vida é um deles, além de ser fator responsável por aproximadamente 54% do risco de morte por cardiopatia e/ou fatores associados. Devido os comportamentos sedentários e o envelhecimento, o risco de doenças cardiovasculares é alto, principalmente para as pessoas menos ativas fisicamente, menos condicionadas e mais velhas (OKUMA, 1998; SIQUEIRA, 2008).

Entretanto, o envelhecimento é uma decorrência na vida do ser humano e está em crescente ascensão na atualidade, sendo necessárias políticas que embasam a promoção à saúde e qualidade de vida, com uma reflexão sobre a maneira como população esta sendo interpretada e atendida pelos profissionais de saúde. A prática regular de atividade física é considerada fundamental e bastante importante, pois possibilita benefícios que contribuem para um envelhecimento ativo e saudável (GOMES, DUARTE, 2008).

A prática de atividade física regular promove melhora na composição corporal, diminuição de dores articulares, aumento da densidade mineral óssea, melhora da utilização de glicose, melhora do perfil lipídico, além de benefícios psicossociais como alívio da depressão, o aumento da autoconfiança, a melhora da auto-estima e sociabilização (HUGHES, 2008).

O incentivo e apoio a caminhada como prática de exercícios físicos realizadas regularmente pode ser uma boa opção para a população, pois é de fácil acesso e não tem custo, proporcionando benefícios para a saúde, além de contribuir efetivamente para a diminuição dos comportamentos sedentários.

Esta iniciativa contempla as diretrizes da Política Nacional de Promoção à Saúde e fortalece as ações das Equipes Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família no âmbito do atendimento em saúde à população, pois se trata de um investimento acessível com várias vantagens e benefícios para a comunidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, J.G.B *et al.* Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.3: p.543-556, 2010.

BENEDETTI, T.R.B.; GONÇALVES, L.H.T.; MOTA, J.A.P.S. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Revista texto e Contexto Enfermagem**, v.16, n.13: p. 387-398, 2007.

BORG, G. Psychophysical bases of perceived exertion. **Medicine & Science Sports & Exercise**, v.14, n.5: p.377-345, 1982.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Série C - Projetos Programas e Relatórios, Brasília, 2010.

BRASIL. Lei nº 9.696, de 1 de setembro de 1998. **Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 set. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9696.htm. Acesso em: 18 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios, reafirmação de seus princípios e diretrizes**. Série B: Textos Básicos de Saúde. 1 edição, Brasília, DF. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2. ed. Textos Básicos de Saúde, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional para o controle integrado das DCNT - promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família: Conheça o DAB**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conheca_dabphp>. Acesso em: 06 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Série B. **Textos Básicos de Saúde**, Cadernos de Atenção Básica, n. 27: p. 160, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Vigitel 2008: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2009.

CABRAL, I.; SOUSA, M.A.A.; RAYDAN, F.P.S. Análise do Conhecimento dos Profissionais de Educação Física em Relação à Atividade Física como Promotora da Saúde. **MOVIMENTUM – Revista Digital de Educação Física**, v. 2. n. 2, 2007.

CAROMANO, F.A.; *et al.* Efeitos da caminhada no sistema músculo-esquelético - estudo da flexibilidade. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 2: p 95-101, 2007.

CHANLER, J.; STUDENSK, S. Exercícios. In: DUTHIE, E.H.; KATZ, P.R. **Geriatría Prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, p.125-139, 2002.

CIOLAC, E.G; GUIMARÃES, G.V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.10, n.4: p.319-324, 2004.

CONFED. **Formação Superior em Educação Física**, 2002.

CORTEZ, E.A.; TOCANTINS, F.R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.6: p. 800-814, 2006.

COSTA, G.D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.1: p.113-118, 2009.

DATASUS. **Dados censitários dos municípios brasileiros**. Uberaba, MG: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2012.

ENRIGHT, P.L. *et al.* The 6-min walk test: a quick measure of functional status in elderly adults. **Chest**, v. 123, n. 2, p: 387-398, 2003.

FORTUNA, C.M. *et al.* O Trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n.2: p.262-268.

GOMES, M.A; DUARTE, M.F.S. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa - Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.13, n.1: p.44-56, 2008.

HASKELL, WL *et al.* Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercised*, Special Reports, 1423-1434, 2007.

HUGHES, J.P. *et al.* Leisure-time physical activity among US adults 60 or more year of age: results from NHANES 1999-2004. **Journal physical activity and health**, v.5, n.3: p.347-358, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um panorama da Saúde no Brasil**. Acesso e Utilização de Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Riscos e proteção à Saúde 2008. Ministério do Planejamento 2010. [acessado 2012 mar 02]. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm

KRUG, R.R *et al.* Contribuições da caminhada como atividade física de lazer para idosos. **Licere**, v.14, n.4, 2011.

LEBRÃO, M.L, DUARTE, Y.A.O. **SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, p. 73-92, 2003.

LUSTOSA, L.P. Efeito de um programa de treinamento funcional no equilíbrio postural de idosas da comunidade. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.17, n.2, p.153-6, 2010.

MACIEL, M.G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, v.16 n.4, p.1024-1032, 2010.

MAZO, G.Z *et al.* Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas da cidade de Florianópolis, Brasil. **Revista Portuguesa de Ciências e Desporto**, v.8, n.3, p.34-43, 2008.

MCARDLE, W.D. *et al.* **Fisiologia do exercício energia, nutrição e desempenho**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

NAHAS, M. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2 ed. Londrina. Midiograf, 2001.

MELLO, D. *et al.* Efeitos de um programa de caminhada sobre parâmetros biofísicos de mulheres com sobrepeso assistidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF). **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 15, n. 4: 224- 228, 2010.

NERI, A.L. **Envelhecimento e qualidade de vida da mulher**. Universidade Federal de Campinas, Departamento de Psicologia Educacional. Programa de Mestrado e Doutorado em Gerontologia, UNICAMP, 2001. Disponível em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>. Acesso em 13 de dezembro 2011.

OKUMA, S.S. **O idoso e a atividade física**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 57ª Assembléia Mundial de Saúde. **“Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”**. 22 de maio de 2004.

PEREIRA, J.C *et al.* O Perfil de Saúde Cardiovascular dos Idosos Brasileiros Precisa Melhorar: Estudo de Base Populacional. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.91, n.1: p.1-10, 2008.

PITANGA F.J.G; LESSA I.; Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3): 870-877, 2005.

POWERS, S.K.; HOWLEY, E.T. **Fisiologia e exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2000.

RODRIGUES, S.L.; MENDES, H.F.; VIEGAS, C.A.A. Teste de caminhada de seis minutos: estudo do efeito do aprendizado em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.30, n. 2, p: 121-125, 2004.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4: p.897-908, 2004.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v.17, n.1: p.29-41, 2007.

SILVA, A.F.A.C.; BARROS, C.L.M. O profissional de Educação Física e a promoção da saúde: enfoque dos programas de saúde da família. **Revista digital EFdeportes**, v.15, n.145, 2010.

SILVA, I.Z.Q.J. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os Profissionais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16: p.25-38, 2005.

SIQUEIRA, F.V *et al.* Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.1: p.39-54, 2008.

SOLWAY, S. *et al.* A qualitative systematic overview of the measurement properties of functional walk tests. **Chest**, v.119, n.1, p: 256-270, 2001.

SOUZA, S.C.; LOCH, M.R. Intervenção do profissional de educação física nos núcleos de apoio à saúde da família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 16, n. 1: p.05-10, 2011.

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

TRIBESS, S; VIRTUOSO Jr, J.S. Prescrição de exercícios físicos para idosos. **Revista de Saúde Coletiva**, v.1, n.2: p.163-172, 2005.

USDHHS: United State Department of Health and Human Services. **Physical Activity Guidelines for Americans**. Washington D.C: Secretary of Health and Human Services, 2008.

VALCARENGHI RV, *et al.* Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.24, n.6: p.828-833, 2011.

ZAITUNE, M.P.A *et al.* Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.6: p.1329-1338, 2007.