

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LÁZARO RIVERA VALIDO**

**BENEFÍCIOS DA PRÁTICA SISTEMÁTICA DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UM  
GRUPO DE IDOSOS DA COMUNIDADE DO AMARO LANARI NO MUNICÍPIO  
CORONEL FABRICIANO**

**IPATINGA / MG  
2016**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

LÁZARO RIVERA VALIDO

BENEFÍCIOS DA PRÁTICA SISTEMÁTICA DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UM  
GRUPO DE IDOSOS DA COMUNIDADE DO AMARO LANARI NO MUNICÍPIO  
CORONEL FABRICIANO

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Anadias Trajano Camargos

IPATINGA / MG  
2016

LÁZARO RIVERA VALIDO

BENEFÍCIOS DA PRÁTICA SISTEMÁTICA DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UM  
GRUPO DE IDOSOS DA COMUNIDADE DO AMARO LANARI NO MUNICÍPIO  
CORONEL FABRICIANO

Banca Examinadora.

Examinador 1:

Profa. Anadias Trajano Camargos – orientadora – EE/UFMG.

Examinador 2:

Professor.

Aprovado em Ipatinga - MG, ----- de Junho de 2016

## **DEDICATÓRIA**

A todos os meus queridos pacientes da terceira idade que são minha fonte de inspiração e me impulsionam diariamente para trabalho. Por acreditarem nas intenções desta proposta de intervenção que foi feito com amor e propósito de ajudar a promover melhoria na qualidade de vida da população idosa da ESF do Bairro Amaro Lanari, Coronel Fabriciano – Minas Gerais.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por conceder-me a oportunidade de fazer parte da história do povo brasileiro;

Aos idosos do bairro Amaro Lanari fonte de inspiração para o trabalho;

Aos usuários da Unidade Amaro Lanari, pelo respeito e carinho dedicado a mim;

À Marcilene Diretora de Atenção à Saúde de Coronel Fabriciano, pelo apoio oferecido ao desenvolvimento desta proposta de intervenção;

A professora Karoline, pela qualidade do ensino voltado aos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil de Coronel Fabriciano;

À Professora Anadías Trajano Camargos, pela sua orientação e atenção para a construção deste trabalho.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo, elaborar uma proposta de intervenção visando promover a melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Amaro Lanari, Coronel Fabriciano, Minas Gerais, através da prática sistemática de atividades físicas supervisionadas. Além disso, elencou três objetivos específicos: sensibilizar os profissionais da ESF quanto a importância de disseminar informações sobre os reflexos positivos na saúde física e mental por meio da prática sistemática das atividades físicas; elaborar um instrumento de avaliação para utilização dos ACS's e demais profissionais durante as visitas domiciliares; construir e implantar um fluxo para a inserção do paciente idoso ao programa de atividade física. O diagnóstico situacional possibilitou identificar os problemas de saúde da população idosa do território e priorizar aqueles de maior importância, sendo: dor, hipertensão arterial, diabetes e sedentarismo. Os nós críticos identificados foram: desinteresse por parte dos idosos em praticar atividade física; hábito de vida inadequado; falta de apoio dos familiares; baixo poder aquisitivo que impede de custear academia; atividades domésticas; necessidade de parceria intersetoriais; necessidade de local para a prática de Atividades Físicas; acompanhamento da equipe de saúde insatisfatório e insuficiente. Este trabalho apontou a possibilidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa através de intervenções no próprio território, por meio de parcerias intersetoriais, capacitação da equipe de saúde, organização do serviço e principalmente a sensibilização da família e do próprio idoso para fomentar mecanismos de autocuidado e desenvolvimento de atividades físicas sistemáticas. Concluindo, afirma-se que o grande destaque neste estudo foi a percepção da importância de sensibilizar família do idoso para que esta atue como agente motivador e apoiador para o mesmo na realização das atividades físicas prescritas.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Saúde do Idoso. Atividade Motora.

## ABSTRACT

This study aimed to, "prepare a proposal for intervention to promote improvement in the quality of life of older people in the area covered by the Family Health Strategy (FHS) Amaro Lanari, Coronel Fabriciano, Minas Gerais, through the systematic practice . supervised physical activity "to this has listed three specific objectives: Raise awareness of the FHS professionals about the importance of disseminating information on the positive impact on physical and mental health through systematic practice of physical activities; Prepare a home assessment tool for use of ACS's and other professionals during home visits; Build and Deploy a flow for the insertion of the elderly patient to physical activity program. The situation analysis enabled us to identify the health problems of the elderly population of the territory and prioritize those most important being: pain, hypertension, diabetes and physical inactivity. The nodes identified critical were: lack of interest of the elderly to practice a physical activity; inappropriate living habits; lack of support from family; purchasing power to pay for the gym; Domestic activities; need for intersectoral partnership; site need to practice Physical Activities; monitoring unsatisfactory and insufficient health team. This work indicates the possibility of improving the quality of elderly life through interventions in their own territory, through intersectoral partnerships, health team training, service organization and especially the family of awareness and of the elderly to promote mechanisms self-care. In conclusion, it is stated that the highlight in this study was the perceived importance of sensitizing elderly family so that it acts as a motivator and supporter for the same in performing the prescribed physical activity.

Keywords: Quality of Life. Health of the Elderly. Motor Activity.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ginástica na praça: *Vivacidade* (projeto para população idosa de Coronel Fabriciano).

Figura 2 – Vista parcial da cidade de Coronel Fabriciano

Quadro 1 – Nós críticos, pontos que dificultam ou desmotivam os idosos do território a praticarem atividade física:

Quadro 2 – Operações necessárias à proposta de intervenção:

Quadro 3 – Identificação dos recursos críticos

Quadro 4 – Análise de viabilidade do plano



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
2 JUSTIFICATIVA .....	13
3 OBJETIVO.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5. REFERENCIAL TEÓRICO .....	17
5.1 O envelhecimento e o aumento da expectativa de vida .....	17
5.2 Qualidade de vida .....	18
5.3 Atividade física e qualidade de vida dos idosos .....	19
5.4. A Estratégia Saúde da Família acolhendo as demandas de saúde das pessoas idosas.....	22
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
6.1. Identificação dos problemas.....	24
6.2. Priorização dos problemas .....	25
6.3. Descrição do problema.....	25
6.4 Explicação do problema .....	28
6.5 Seleção dos “nós críticos” .....	30
6.6. Desenho das operações para os “nós críticos” .....	31
6.7 Identificação dos recursos críticos .....	33
6.8. Análise de viabilidade do plano .....	35
6.9. Elaboração do plano operativo .....	37
6.10. Gestão do plano .....	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	39
REFÊRENCIAS.....	40
APÊNDICES .....	45

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil a política nacional do idoso (PNI), por meio da Lei nº8. 842, de 4 de janeiro de 1994, e o estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, definem que idosos são as pessoas com 60 anos ou mais. Para a Organização Mundial da Saúde (2002) a definição de idoso se dá a partir da idade cronológica, sendo assim, uma pessoa é idosa se tem 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e se tem 65 anos ou mais nos países desenvolvidos (BRASIL, 1994; 2003).

Atualmente o envelhecimento figura entre as maiores preocupações da sociedade em todo o mundo. Sobretudo, no Brasil onde os idosos representam 10,6% da população total, chegando a 20 milhões de pessoas com mais de sessenta anos. É provável que até 2025 um quinto da população brasileira seja composto por idosos.

Figura 1 – Ginástica na praça: *Vivacidade* (projeto para população idosa de Coronel Fabriciano).



Fonte: CORONEL FABRICIANO, Secretaria de Assistência Social. Programa Vivaldade, 2015.

O envelhecimento populacional se dá em consequência do processo de transição demográfica. Este processo no Brasil, assim como na maioria dos países em desenvolvimento, vem ocorrendo de maneira diferenciada da que aconteceu nos países desenvolvidos e, sobretudo, muito mais rapidamente. De acordo com o

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa média de vida ao nascer do brasileiro aumentou de 66 para 68,6 anos na última década. Em trinta anos o Brasil terá dobrado a proporção de idosos de sua população de 7% para 14%. O aumento da proporção do número de idosos ocorre devido a diminuição da mortalidade, aumentando a expectativa de vida e a queda da fecundidade. (COSTA, PORTO, SOARES; 2003).

O município Coronel Fabriciano está situado no interior do Estado de Minas Gerais, há cerca de 200 quilômetros da capital do estado com uma população total de 108.843 mil habitantes estimada para o ano de 2014. Destaca-se como o 28º município mais populoso do Estado de Minas Gerais, e registra o crescimento da população idosa. Avaliando o comportamento da estrutura etária da população do município, percebe-se que no início dos anos 1990, a população menor de 15 anos era de 29.619 habitantes, representando o 33,87% do total. Porém, no ano de 2010, esta mesma faixa etária foi registrada em 24.078 habitantes (23,22%) do total. Em 1991 a população economicamente ativa na faixa de 15 a 64 anos era de 54,828 habitantes, já em 2010, esta população foi registrada em 71.667 representando 69,39% do total da população (IBGE,2010).

Quanto a população do município na sua grande maioria, se concentra na região urbana, em 2010 foram registrados 102.395 mil habitantes. A principal fonte de renda do município é o comércio. No mesmo ano a população rural era de 1.299 habitantes (IBGE, 2010).

De 1991 a 2010 a população de idosos saltou de 2.992 (3,42%) para 7.667, apontando um crescimento de até 7,39 % na região. Este acréscimo está relacionado também ao saldo migratório da zona rural para a urbana, em virtude da busca por cuidados de familiares e proximidade dos serviços de saúde, dentre outros (IBGE, 2010).

Desde o início dos anos 90, registra-se no município um incremento progressivo da população, que saltou de 87.439 no ano 1991 para 103.694 no ano 2010. O IBGE registrou em 1991, 44.881 mulheres, em 2010, 53.659. Já a população masculina, foi registrada em 1991 com 42.558 e em 2010, 50.835. Estes registros demonstram

a predominância do número de mulheres em relação aos homens.

A área urbana de Coronel Fabriciano é constituída por cerca de 60 (sessenta) bairros, destes destaca-se o Bairro Amaro Lanari, que é onde se pretende desenvolver esta proposta de intervenção. É o bairro mais populoso do município, sua população em 2012 era de 6.924 habitantes, cujo valor representava 6,7% do total e estava distribuída em uma área de 1,3 km. Possui superfície plana e ruas bem distribuídas. (IBGE, 2010; CORONEL FABRICIANO, 2015). O bairro conta com escolas de níveis fundamental e médio, igrejas, comércio em geral, clube de lazer, linhas de transporte público, academia da saúde (academia ao ar livre) e Unidade de Saúde mista com uma equipe de ESF. A ESF foi recentemente implantada na Unidade de Saúde Amaro Lanari. A equipe da ESF é composta por 6 (seis) ACS's, 1(um) técnico de enfermagem, 1 (um) enfermeiro e 1 (um) médico.

Figura 2 – Vista parcial da cidade de Coronel Fabriciano



Fonte: PORTAL DIÁRIO DO AÇO. Coronel Fabriciano celebra 66 anos

A velocidade com que as mudanças demográficas vêm ocorrendo no Brasil têm gerado inúmeros desafios para sistema público de saúde e, por conseguinte, grandes dificuldades para atender às demandas da população idosa. O estudo realizado por Baldoni e Pereira (2010) apontou que em 1000 (mil) pacientes idosos, cerca de 84%, dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde.

No bojo da discussão acerca das dificuldades e desafios frente ao crescimento da população idosa, faz-se necessário enfatizar a discussão dos direitos deste grupo. O Estatuto do Idoso “contempla as leis já existentes, organizou-as e discorreu sobre cada um dos direitos, ficando mais prática a sua compreensão e aplicação (...) constata-se que houve uma ampliação dos direitos”. Dentre os direitos reafirmados no estatuto, torna-se oportuno destacar a garantia de prioridade de direito à vida, à saúde, a garantia de acesso à saúde, à alimentação, ao esporte, ao lazer, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003; MARTINS, MASSAROLLO; 2008).

Acredita-se que a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, são objetivos perseguidos pelos princípios da reorganização da saúde no Brasil, defendidos na Constituição Federal de 1988. Entretanto, para Sucupira (2003), o Programa de Saúde da Família é a estratégia estruturante que viabiliza a construção um novo modelo de atenção à saúde, que tem a saúde não como a ausência de doenças, mas como resultado da qualidade de vida.

## 2 JUSTIFICATIVA

Com o aumento da população idosa a demanda nos serviços de saúde voltada a esta população, aumentou em sobremaneira. O idoso tornou-se presença marcante na unidade de saúde, motivado por diversas demandas de assistência, tais como: doenças crônicas (diabetes e hipertensão arterial), dislipidemia, dores em geral, queixas relacionadas ao aspecto emocional (depressão, solidão, angustia) e muitas outras que comprometem a qualidade de vida desta população.

Para Lopes *et al* (2014), a mudança de cenário demográfico tem ocasionado o aumento na procura de idosos aos serviços de saúde: básicos e especializados e reforçam que a recorrência dos idosos aos serviços de saúde se dá devido às doenças crônicas e incapacitantes, comuns nesta fase da vida, se comparados a outros grupos etários.

Os mesmos autores destacam que os serviços de saúde na maioria das vezes focam na doença e deixam de ofertar ações preventivas e promotoras de saúde. Diante disso destacam a importância da equipe de saúde deter conhecimentos acerca das condições de saúde da população em foco, de forma objetiva e subjetiva, para atender a demanda complexa e crescente (ROSA *et al* , 2009; FACCHINI *et al*, 2006).

Dentro da perspectiva da promoção da saúde e prevenção de doenças, destaca-se a prática sistemática de atividade física. É sabido que tais atividades podem retardar as alterações fisiológicas do envelhecimento e, quando associada a outros cuidados, contribui para a prevenção de determinadas doenças, uma vez que as alterações estruturais e funcionais progressivas do organismo comprometem a autonomia do idoso e pioram a sua qualidade de vida.

Por considerar que a promoção da saúde deve ser o objetivo principal da Equipe de Saúde da Família e diante da magnitude da demanda de saúde da população idosa percebeu-se a necessidade de desenvolver esta proposta de intervenção.

### **3 OBJETIVOS:**

#### **Geral**

Elaborar uma proposta de intervenção visando promover a melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Amaro Lanari, Coronel Fabriciano, Minas Gerais, através da prática sistemática de atividades físicas supervisionadas.

#### **Específicos**

- Sensibilizar os profissionais da equipe da ESF quanto a importância de disseminar informações sobre os reflexos positivos na saúde física e mental por meio da prática sistemática das atividades físicas;
- Elaborar um instrumento de avaliação domiciliar para utilização dos ACS's e demais profissionais durante as visitas domiciliares;
- Construir e implantar um fluxo para a inserção do paciente idoso ao programa de atividade física.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de intervenção que propõe melhorar a qualidade de vida da população idosa da área de abrangência da ESF Amaro Lanari a partir da prática sistemática da atividade física.

Para fundamentar a proposta buscou-se caracterizar a população idosa do território a partir dos registros realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) na ocasião da implantação da ESF no Bairro Amaro Lanari e registros em mapas de atendimentos e prontuário dos demais profissionais da equipe. Para caracterização da população valorizou-se a idade, sexo, queixas, uso de medicamentos e sedentarismo.

Buscando o envolvimento de toda a equipe, foi realizada uma reunião com dois objetivos importantes: apresentação da proposta e análise dos dados obtidos. A análise dos dados buscou definir os principais problemas, (objetivos e subjetivos) que atingem a população alvo e as alternativas para sanar os mesmos. Foram levantados os serviços ofertados ou não pela ESF capazes de promover melhorias ou prevenir os problemas encontrados. Dentro dos serviços não ofertados, porém considerados importantes, foi destacado a atividade física sistemática.

Além disso, buscou-se *a priori* a identificação, a priorização e a descrição dos problemas que se pretende trabalhar. Ainda dentro desta perspectiva foram detectados os nós críticos, o desenho das operações para os nós críticos, a análise de viabilidade do plano e a estratégia de gestão do mesmo.

Ressalta-se que para elaborar e implantar o instrumento de avaliação domiciliar para utilização pelos ACS's e demais profissionais durante as visitas domiciliares, além disso, pretende-se construir um fluxo para a inserção do paciente idoso ao programa de atividade física.

Foi realizado levantamento a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, do site eletrônico do Programa Hiperdia, site eletrônico do DATASUS, levantamento realizado pelos ACS's e mapa de atendimento dos



profissionais da equipe. Foi realizada uma busca sistematizada na literatura, como Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde e outros.

Assim, a busca foi norteadada pelos seguintes descritores: atividade física, Estratégia Saúde da Família, qualidade de vida. O período de busca foi de publicações entre 2003 e 2015, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Destaca-se que as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 O envelhecimento e o aumento da expectativa de vida

Todos os indivíduos são afetados pelo envelhecimento, este ocorre de maneira lenta e progressiva, sucedendo a diversas alterações: biológicas, socioambientais e muitas outras. As mudanças inerentes ao processo de senescência variam de pessoa para pessoa e envolve as multidimensões que se inter-relacionam e perpassam entre os “aspectos biológicos, psicológicos, sociais” e conseqüentemente levando o indivíduo à necessidade de se adaptar as situações antes não vivenciadas (VIDMAR *et al*, 2011, p.418).

A maneira pela qual cada indivíduo envelhece está relacionado a vários fatores: constituição genética, tipo de vida, “vitalidade que os indivíduos trazem consigo ao nascer e a sua capacidade de mantê-la durante toda vida” (VIDMAR *et al*, 2011, p.418).

Para Costa, Porto e Soares (2003) o envelhecimento é caracterizado pela queda da capacidade funcional que somada aos anos de exposição a fatores de risco leva o idoso à vulnerabilidade diante das doenças. Isto pode ser facilmente constatado pelo fato do idoso apresentar frequentemente, múltiplas enfermidades crônicas e incapacitantes. Para além dos problemas da morbidade, as patologias causam impacto importante na capacidade funcional e, por conseguinte, na autonomia do idoso. Os reflexos na autonomia do idoso impactam fortemente em sua qualidade de vida.

Outros autores corroborando com a mesma ideia destacam que,

O envelhecimento é biológico e natural por causa de uma série de transformações que ocorrem no corpo do indivíduo, porém só este fator é insuficiente para definir a velhice e o seu cunho histórico, sendo também um fenômeno cultural e social devido ao comportamento psicossocial dos indivíduos ao longo dos tempos, expressado e estudado através dos comportamentos, culturas, atitudes, gestos e pensamentos que ocorreram em diferentes épocas (BARBOSA, ALCÂNTARA, 2007, p.10).

Baldone e Pereira (2011), discorrem sobre um documento que a OMS divulgou em 2006, alertando quanto a diversos reflexos das transformações demográficas que apontam o aumento no número de idosos e, portanto, podem gerar impactos na saúde pública mundial. Para os autores, estes impactos se dão devido ao crescimento no número de pessoas com doenças crônicas. Dentro desta mesma lógica Costa, Porto e Soares (2003), apontam que as doenças crônicas não transmissíveis ocasionam maiores gastos, devido ao seu caráter incapacitante e persistente, o que não ocorre no caso de doenças agudas que evoluem rapidamente para a cura ou para o óbito.

Diante disso, é defendido que os governos precisam definir estratégias de cuidados na comunidade priorizando a prevenção dos problemas crônicos. No Brasil, verifica-se *teoricamente* que o SUS tem buscado atender recomendações da OMS, no que se refere às ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. Entretanto, observa-se que *na prática*, tais ações ainda necessitam serem efetivadas e desenvolvidas em inúmeras partes do país.

## **5.2 Qualidade de vida**

A qualidade de vida é representada socialmente por meio de valores objetivos e subjetivos. Principalmente se levarmos em consideração questões relacionadas à felicidade, amor, bem-estar prazer ou realização pessoal ou então, se considerarmos os bens materiais, culturais, sociais, dentre outros que contribuem para a análise de conceitos sobre qualidade de vida.

Para Minayo *et al.* (2000, p.8) “*tornou-se lugar comum, no âmbito do setor saúde, repetir, com algumas variantes, a seguinte frase: saúde não é a ausência “doença, saúde é qualidade de vida”*”. A mesma autora destaca que saúde está relacionada à qualidade de vida, mas não pode ser definida apenas como qualidade de vida ou vice e versa. Corroborando com a ideia anterior, os autores Almeida, Gutierrez e Marques (2012, p. 40 e 41), afirmam que a qualidade de vida está “*intimamente ligada à área da saúde*”. Entretanto é necessário estender a percepção de qualidade de vida aos aspectos socioeconômicos de uma determinada população, pois estes podem definir as condições de vida dos sujeitos, que, por conseguinte, estão

relacionados diretamente com as condições de saúde.

Baseando-se em vários olhares, os mesmos autores apresentam definições e conceitos sobre a qualidade de vida, onde alguns merecem destaques. Em uma abordagem simples, qualidade de vida *“é a forma como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito”*. Sendo assim, pode estar atribuída às condições objetivas e/ou subjetivas. Tal significado dependerá da vivência de cada indivíduo. Ou seja, a percepção das condições de vida de cada pessoa. A qualidade de vida é, portanto, o resultado de uma infinidade de elementos individuais e socioambientais, podendo ser modificados ou não (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012).

Destarte, para analisar os níveis de qualidade de vida de grupos ou sujeitos é necessário, impreterivelmente, levar em conta as variáveis de condição, modo e estilo de vida que o cercam. O quadro gerado por essas perspectivas irá estabelecer a forma de vida do sujeito (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012).

Por fim, qualidade de vida, descrita pela Organização Mundial da Saúde (1995), é *“a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*.

### **5.3 Atividade física e qualidade de vida dos idosos**

É importante destacar que a,

Atividade física é um comportamento ou mais apropriadamente uma série de comportamentos corporais produzidos pela musculatura esquelética. O movimento é o substrato da atividade. As atividades físicas envolvem uma série de comportamentos que podem ser abordados através de diversas perspectivas. Na atualidade a área de saúde pública e a biomedicina tendem a conceber a atividade física em termos de gasto energético (MALINA e LITTLE, 2008 *apud* SANTOS, 2012, p.49).

Reforçando a ideia dos autores acima, o Conselho Federal de Educação Física (2002) enfatiza que,

Atividade física é todo movimento corporal voluntário humano, que resulta num gasto energético acima dos níveis de repouso, caracterizado pela atividade do cotidiano e pelos exercícios físicos. Trata-se de comportamento inerente ao ser humano com características biológicas e sócio-culturais. No âmbito da Intervenção do Profissional de Educação Física, a atividade física compreende a totalidade de movimentos corporais, executados no contexto de diversas práticas: ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais.

Vidmar *et al* (2011, p.418) destacam que, para se ter um estilo de vida saudável é necessário incluir à atividade física e certamente essa poderá repercutir na qualidade de vida das pessoas. Entretanto, outros hábitos saudáveis precisam ser desenvolvidos, tais como alimentação saudável, sono adequado, controle de peso, entre outros. O mesmo autor destaca ainda, um modelo de qualidade de vida para os idosos, que engloba “quatro dimensões conceituais: *a competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo*”.

Santos (2012) defende que o estilo de vida sedentário adotado pelo ser humano nos últimos tempos, causa impacto negativo em sua saúde cardiovascular e do metabolismo, podendo levar o indivíduo a predisposição à osteoporose, a redução da capacidade cardiovascular, de força e resistência, obesidade e sobrepeso. Tais impactos comprometem significativamente a qualidade de vida das pessoas, uma vez que aumenta o risco de doenças.

O estudo realizado por Piccini *et al* (2006), demonstra que a prevalência de doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial, mostrou-se elevada a cerca de 40% da população estudada. A revisão de Medina *et al* (2010), demonstraram que indivíduos com baixa aptidão para a atividades físicas possuem risco relativo de 1,5 de incidência da hipertensão arterial (HA) em relação aos com elevada aptidão. Outros estudos apontaram que pessoas com níveis elevados de prática de atividades físicas têm risco de desenvolver a HA reduzido em de 30%.

Os estudos de Souza e Carvalho (2003) corroboram com esta afirmação, demonstrando que pacientes hipertensos e diabéticos monitorados e acompanhados por uma ESF, apresentaram índices de pressão arterial e glicemia reduzidos, em virtude da prática de atividades físicas, aliada ao uso de medicamentos e dieta adequada.

De acordo com Barbosa e Alcântara (2007) uma pessoa que não exercita os músculos de maneira adequada, tem o prejuízo de 2,3 a 3,1 Kg de tecido muscular a cada dez anos de vida adulta. Tal prejuízo, acarreta a redução da capacidade muscular. A perda muscular ocasiona inúmeros problemas físicos, tais como: capacidade de ação e reação reduzida e o uso reduzido de calorias. Este último consiste na lentidão do metabolismo e, portanto, culminará na acumulação gradual de gordura.

Por outro lado, o treinamento voltado ao ganho de força muscular, reduz a gordura corporal e conseqüentemente a redução do peso, resultando em uma constituição física mais saudável. Promovem a estabilidade das articulações, melhoram os níveis de flexibilidade e a estabilidade de massa muscular. Estes dois segmentos são extremamente importantes, uma vez que refletem positivamente na qualidade da deambulação do idoso, diminuindo as dificuldades para a realização das atividades da vida diária. Os autores ainda destacam que a manutenção de “bons níveis de força é fundamental para a qualidade de vida, principalmente para o bem estar psicológico do idoso, fazendo o mesmo sentir-se ativo e independente” (BARBOSA, ALCÂNTARA, 2007, p.57).

Ainda nesta perspectiva Barbosa e Alcântara (2007, p. 21) e Vidmar *et al* (2011) destacaram que a prática da atividade física pode influenciar a vida das pessoas idosas no aspecto psicossocial, pois promove o alívio da depressão, o aumento da autoconfiança e a melhora da autoestima. A convivência entre os idosos nos grupos levam a um resgate na dignidade de seus participantes, uma vez que promovem a “*integração, socialização e o lazer entre eles*”. Os autores ressaltam que nestes espaços ocorrem trocas de informações e abordagens de valores tais como sexualidade e cidadania. Esta convivência suscita “momentos de prazer, de satisfação e de aprendizado”.

#### **5.4. A Estratégia Saúde da Família acolhendo as demandas de saúde das pessoas idosas**

Em 1994 o Programa de Saúde da Família surgiu no Brasil, carregando consigo a missão de ser uma estratégia para “*reorientar/reorganizar/reformular*” o modelo de assistência em saúde, que ao longo do tempo foi focado na doença e centrado na pessoa do profissional médico. A partir de 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF, que inicialmente foi formulado como programa, passa a ser ESF, estratégia saúde da família. A ESF constitui-se como processo de reforma incremental do Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo a missão de ser o “*eixo estruturante da organização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde no Brasil*”. Buscando promover o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e assim expressando a qualidade de vida (RIBEIRO, 2004; BRASIL, 1994; BRASIL, 1997).

As diretrizes operacionais da ESF explicitam que a equipe deverá ser multiprofissional. É oportuno destacar que esta deverá ser preparada e habilitada a desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível primário. Está destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas e se constitui como porta de entrada para os demais níveis de atenção à saúde, assegurando a referência e contrareferência. Contribuindo para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997).

A ESF tem o potencial para estimular a organização comunitária e a autonomia das famílias. O modelo tecnoassistencial proposto favorece o estabelecimento de vínculo através da promoção da saúde, baseando-se no encorajamento e apoio para que os grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde (Oliveira e Tavares, 2009 p. 778).

O estudo de Souza e Carvalho (2003, p. 520) descreve que a importância dos

grupos operativos da ESF. Para os autores a ESF promove a interlocução entre as atividades de atenção à saúde e com as ações educativas e psicossociais através de atividade coletivas e de lazer. Tais atividades objetivam promover a convivência entre os idosos e incentivar o envelhecimento saudável. Os autores ainda destacam que as reuniões semanais se tornaram parte da rotina dos idosos e fortaleceu os encontros interpessoais nos quais as pessoas se reconheciam e se identificavam como parte do grupo.

Para Oliveira e Tavares (2009) a proximidade da ESF com a comunidade resulta em espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de saúde voltadas aos idosos e criar vínculos. Isto se dá em virtude da capacidade de se atuar de maneira próxima da realidade dos idosos através do conhecimento de sua realidade. Outro fator que aproxima o idoso da ESF é a possibilidade de realizar visitas domiciliares.

Estudiosos argumentam que a velhice como todas as situações humanas, tem uma dimensão existencial:

[...] modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade a qual pertence (BEAUVOIR, 1990 apud PAPALÉO NETTO, 2002, p. 74).

Brasil (2003, p.12) corroborando com as colocações dos autores acima ressalta que,

[...] é assegurada à atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos [...].

Na visão do autor é importante que os profissionais de saúde tenham esse entendimento e que não fique somente no papel, mas, que na nossa prática possamos externar essa garantia a pessoa idosa, visto que vive num mundo de discriminação e desrespeito, confuso talvez por não entender que já trabalhou tanto, já ajudou o Brasil crescer e que hoje mendiga uma consulta médica como se favor lhe tivessem fazendo. Espera-se que com a proposta de intervenção concluída se



possa melhorar o nível de atendimento e oferecer melhor qualidade de vida aos nossos idosos.

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para desenvolver uma proposta de intervenção é necessário descrever as etapas trabalhadas no diagnóstico situacional, conforme o módulo estudado no curso, o que será descrito a seguir.

### 6.1. Identificação dos problemas

Campos, Faria e Santos (2010) definem problema como a diferença entre a realidade e a situação ideal. Todavia, para problematizar uma situação é indispensável avaliar se a realidade é suscetível à transformação para uma condição desejada. Destarte, para desenvolver esta proposta de intervenção buscou-se identificar os problemas através do diagnóstico situacional que se deu através da caracterização da população idosa do território. Esta foi realizada a partir da coleta de dados nos registros realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) na ocasião da implantação da ESF, no Bairro Amaro Lanari e registros em mapas de atendimentos dos demais profissionais da equipe.

Após avaliação dos dados chegou-se aos seguintes resultados: a ESF do Amaro Lanari dá cobertura a 3.500 moradores, deste total 15,3% (535) são idosos. A população idosa é composta por 63% (337) de mulheres e 37% (198) de homens.

O diagnóstico situacional permitiu conhecer o perfil de saúde dos idosos da área de abrangência. Destes 6,4 % (34) são acamados, esta condição foi ocasionada por vários fatores, em 47% (16) sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), 35,3% (12) pós-fratura e 17,4% (seis) por demência. Os hipertensos somam 53% (284), diabéticos 24,7% (132). Os casos de hipertensão associada à diabetes é 5,2% (28) em relação ao total de idosos. Os casos de dislipidemia chegam a 12,2% (65), fibromialgia 2,3% (12), mialgias 2,3% (12), problemas relacionados à coluna 5,8% (31), problemas respiratórios (asma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica) 3%.

Registrou-se também problemas relacionados à saúde mental, 6% (30) dos idosos fazem uso de psicotrópicos, 5% (26) sofrem de depressão, 3,4% (18) relatam

insônia e 2% (10) queixam solidão. Foi evidenciado que dos 535 idosos do território 65% (346) não praticam atividade física sistemática. Dos 198 homens, apenas 4% (nove) praticam atividades físicas. Já a população feminina praticante é de 53% (180).

## **6.2. Priorização dos problemas**

A priorização dos problemas de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), deve ser realizada através da identificação dos principais problemas de saúde da população. Pode-se conhecer problemas prioritários a partir do conhecimento de suas “causas e consequências”. Ou seja, o que levou o usuário a desenvolver uma doença e a se manter em tal condição?

Buscou se com essa proposta de intervenção priorizar os problemas de saúde que podem ser evitados, amenizados e reabilitados a partir da prática de alguma atividade física. Destaca se ainda, que foram valorizados os problemas objetivos e subjetivos dos indivíduos uma vez que, de acordo com Vidmar (2011), a atividade física é capaz de trazer benefícios do ponto de vista físico e psicossocial dos idosos.

Sendo assim, dos problemas encontrados, aqueles que se apresentaram de maior relevância e impacto na qualidade de vida da população em questão foram: a dor, hipertensão arterial, diabetes e sedentarismo. Faz-se importante destacar que a prática da atividade física produz grande impacto positivo no controle e prevenção da dor, controle da hipertensão arterial e diabetes.

## **6.3. Descrição do problema**

Campos, Faria e Santos (2010, p. 61), destacam a “descrição do problema” como ponto “muito importante” pois é a partir dela que se pode ter a verdadeira percepção da realidade, de maneira mais detalhada e precisa. Os autores salientam duas razões para se realizar esta etapa: “[...] afastar qualquer ambiguidade diante do problema que se quer enfrentar e [...] obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano”.

Leandro *et al* (2012) ressaltam que a descrição do problema torna-se essencial para se identificar os “nós críticos”. A descrição do problema irá suscitar suas prováveis causas, aquelas sobre as quais a intervenção surtirá efeito, ou seja, promoverá mudança positiva.

Diante disso, torna-se importante discorrer sobre o impacto da dor na vida das pessoas, sobretudo dos idosos. Lacerda *et al* (2005) apontam que a dor crônica é um dos problemas mais comuns na população de idosos, é caracterizada pela sua duração, pode persistir por meses, anos e até a vida inteira, podendo se apresentar de forma intermitente ou não. Pode ser constante ou se agravar mesmo com tratamentos. Celich e Galon (2009, p. 346) citam a dor, de acordo com a Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) como:

[...] uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada ou não ao dano real ou potencial de lesões dos tecidos e relacionada com a memória individual com as expectativas e as emoções de cada pessoa, podendo ser aguda ou crônica. Trata-se de uma manifestação subjetiva, que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais.

Entende-se que “a dor crônica é considerada um evento complexo, de natureza biopsicossocial e que se apresenta como um problema de ordem da saúde coletiva”, criando a necessidade de uma condução multidisciplinar. A dor aguda persiste por cerca de 6 (seis) meses. Tanto a dor crônica, como a aguda, podem ser caracterizadas como “nociceptiva, neuropática, mista e psicogênica” (LACERDA *et al*, 2005, p. 30).

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis com alta prevalência e fatores de risco e complicações que figuram atualmente, como a maior carga de doenças em todo o mundo. Conseqüentemente, são responsáveis por altas taxas de mortalidade da população brasileira. Acarretam impactos negativos na família, além de gerar alto “custo financeiro e social”. Neste contexto destacam-se doenças cardiovasculares tais como: o Acidente Vascular Cerebral (AVE) e a Doença Coronariana Aguda (DCA). Responsáveis por aposentadorias precoces e altas taxas de internação (BRASIL, 2005, p. 54).

De acordo com Brasil (2010, p.7):

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

O mesmo autor afirma que nas últimas duas décadas a prevalência da HAS nas cidades brasileiras se apresentou acima de 30%, considerando-se valores de PA  $\geq$  140/90 mmHg, a prevalência se manteve em média de 32%, sendo que 50% destes compreendem entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (BRASIL, 2010).

Brasil (2013, p. 19) discorre sobre o termo “diabetes mellitus” (DM): trata-se de um transtorno metabólico de “etiologias heterogêneas”, marcado por quadros de hiperglicemia e distúrbios no “metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina”. Devido sua crescente prevalência, atualmente o DM apresenta-se como um grande problema de saúde pública. Está quase sempre associado à “dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial”.

O sedentarismo foi evidenciado no diagnóstico de maneira bastante significativa, dos 535 idosos do território 65% (346) não praticam atividade física sistemática. Dos 198 homens, apenas 4% (nove) praticam atividades físicas. Já a população feminina praticante é de 53% (180).

Este fato é corroborado por Merquiades *et al* (2009), que fazendo menção a dados epidemiológicos da população brasileira, relata que cerca de 60 a 65% pode ser classificada como sedentária e afirma:

O sedentarismo é definido como a falta ou a grande diminuição da atividade física. Na realidade, o conceito não é associado necessariamente à falta de uma atividade esportiva. [...] o sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades ocupacionais. [...] caracteriza-se por uma ausência de sobrecargas para todo o sistema neuro-músculo-esquelético e metabólico, levando ao enfraquecimento progressivo de estruturas com funções biomecânicas, e a alterações funcionais e estatisticamente se

correlacionam com maior incidência ou gravidade de doenças (MERQUIADES *et al*, 2009, p. 599 e 602).

#### 6.4 Explicação do problema

A ocorrência da dor aguda ou crônica altera em sobremaneira a vida dos idosos. Além disso, pode alterar a rotina do idoso pode acarretar outros prejuízos na realização das atividades diárias e até mesmo quedas e afastamento.

Para Lacerda *et al* (2005) apesar de possuírem respostas de menores intensidades em virtude da redução da acuidade e tato, bem como menor processamento de dados sensoriais e alterações nas vias neurais, muitas vezes os idosos são rotulados de poliqueixosos e hipocondríacos devido às queixas frequentes de dor.

Há profissionais de saúde que desconhecem os fatores que desencadeiam ou intensificam a dor de seus pacientes idosos. Tais fatores podem ser tipos de atividades realizadas, posições, horários, humor e muitos outros. Muitas são as condições que acarretam quadros álgicos em idosos e as manifestações dolorosas quase sempre são atípicas e mal localizadas. Os autores ainda salientam a importância da comunicação, que nos idosos quase sempre fica prejudicada, devido a forma com que o idoso verbaliza a dor para os familiares e cuidadores. Este fato pode ser desencadeado por várias razões:

[...] disfunções cognitivas, concomitância de outras doenças, extrema fragilidade física, depressão, alterações na audição e na fala, conceito pessoal e dos que o cercam de que a dor é "normal" na velhice, de que seja inalienável à doença, de que não é possível ou é muito difícil controlá-la e pelo desejo de não incomodar o cuidador (LACERDA *et al*, 2005, p. 31).

Os estudos de Cruz *et al* (2011) demonstram que a alta prevalência de quedas em idosos, em alguns casos, está relacionado com dor (a mais de um ano), e sua intensidade. O estudo investigou 213 idosos, acima de 60 anos, com queixa de dor a mais de um ano e que relataram a ocorrência de queda no último ano. A prevalência atingiu mais de 55%, os achados apontaram que aqueles que tiveram dores intensas ou moderadas sofreram mais quedas em relação aos de dores leves.

Celich e Galon (2009, p. 346) destacam:

A dor, quando presente na vida do idoso, instiga, consome, enfraquece o que ele tem de mais precioso – a vida. A dor confronta o idoso com sua fragilidade e ameaça sua segurança, autonomia e independência, impedindo muitas vezes sua capacidade de realizar as atividades da vida diária, bem como limitando sua capacidade de interação e convívio social – situações que diminuem consideravelmente sua qualidade de vida.

Os fatores de risco para HAS são: Idade (relação direta e linear da PA com a idade), com prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética e outros fatores de risco cardiovascular agregados aos fatores de risco cardiovascular a predisposição genética e fatores ambientais aliados ao estilo de vida pouco saudável.

Acerca do Diabetes Mellitus, Brasil (2013, p. 19) apresenta dados da vigilância demonstrando que a prevalência vem aumentando, e isto acentua-se ainda mais com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença. Este índice bem superior em relação às pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos. Os fatores de risco se relacionam com os hábitos alimentares e estilo de vida da população. O impacto na taxa de mortalidade, e dos problemas de saúde que comprometem a qualidade de vida denotam a importância do DM no cenário da saúde pública. Entretanto é também considerado como uma “Condição Sensível à Atenção Primária”. É evidenciado que o acompanhamento e tratamento por parte da Atenção Básica pode evitar internações, óbitos e complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

É defendido por Brasil (2012, p.24) que a atenção à saúde precisa desenvolver junto aos serviços a estratégia do autocuidado do paciente diabético, tal estratégia é fator de grande importância reduzir as morbidades, bem como a mortalidade causadas por esta patologia. Essa abordagem visa “estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de Atitude”. O autocuidado apoiado consiste em uma,

[...] uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários, os quais trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo. Para

aplicação dessa estratégia, é importante: treinar os profissionais de saúde para que colaborem com os usuários no estabelecimento de metas para o autocuidado, já que implica mudança de prática; instrumentos de autocuidado baseados em evidências clínicas; utilizar estratégias grupais; procurar apoio por meio de ações educacionais, informações e meios físicos; e buscar recursos da comunidade para que as metas de autogerenciamento sejam obtidas.

Diante disso, a atividade física vem sendo defendida dentro das práticas de autocuidado. Tais atividades podem ser realizadas com amigos e familiares e em várias modalidades, tais como: andar de bicicleta, dançar, praticar hidroginástica, natação, caminhadas e outras. É recomendada a realização de cerca de 150 minutos de atividade aeróbica moderada, semanalmente (CURITIBA, 2012).

O sedentarismo se mostrou como um problema de grandes proporções na população idosa do território. Dos 535 idosos do território 65% (346) não praticam atividade física sistemática, tal fato torna-se alarmante se compararmos o número de mulheres praticantes com o número de homens. A predominância no número de mulheres praticantes de atividades é também encontrada em outros estudos. Rigo e Teixeira (2005) sugerem que o número de mulheres é consideravelmente superior ao de homens, nos grupos de convivência e de atividades físicas em virtude das mulheres idosas, buscarem mais suporte social por vivenciarem mais perdas do que os homens.

### **6.5 Seleção dos “nós críticos”**

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o nó crítico é uma determinada situação de um problema (subproblema) que quando atacada pode causar impacto no sentido de mudá-lo. Toda e qualquer mudança deve ocorrer dentro do princípio da governabilidade de quem a realiza.

Sendo assim, buscou-se levantar os pontos que dificultam ou desmotivam os idosos do território a praticarem atividade física, como pode ser visto no Quadro 1. Várias são as causas que impedem os idosos de praticarem alguma atividade física: alguns idosos demonstraram total falta de interesse, outros são apegados a hábitos de vida inadequados. Muitas idosas demonstraram interesse, mas apontam dificuldades e



falta de apoio da família. Foi muito evidenciado a falta de priorização da atividade física em detrimento de outras atividades tais como: afazeres domésticos, cuidar dos netos, arrumar a casa e preparar almoço para os filhos que trabalham. Algumas idosas relataram que por morarem sozinhas se sentem inseguras para sair de casa.

Um número significativo de idosos não praticam atividade física em virtude de alguns problemas de saúde, tais como: obesidade, fraturas de fêmur, desgaste em cabeça de fêmur, cirurgias com próteses, insegurança de entrar na piscina por não saberem nadar, cirurgia de catarata recente, idade avançada (acima de 80 anos), uso de bengalas e dificuldade de andar até o clube.

Alguns idosos relataram que ainda não praticam atividade física no clube, pois tem pouca informação do funcionamento da atividade bem como o que fazer para se matricular. Afirmaram também tem tido dificuldade unidade de saúde para serem avaliados pelo “médico” e receberem o laudo de aptidão física para as atividades e posteriormente serem acompanhados.

Quadro 1: Nós críticos, pontos que dificultam ou desmotivam os idosos do território a praticarem atividade física:

Falta de interesse por parte dos idosos em praticar uma atividade física
Hábito de vida inadequado
Falta de apoio dos familiares
Dão prioridade aos afazeres domésticos
Insegurança para sair de casa
Acompanhamento da equipe de saúde insatisfatório e insuficiente, gerando insegurança nos idosos para começar as atividades.

Fonte: CORONEL FABRICIANO, Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico situacional de saúde, 2015.

## 6.6. Desenho das operações para os “nós críticos”

Desenhar as operações dos nós críticos consiste em definir soluções para se enfrentar o problema a partir de uma iniciação do plano de ação. Este é um composto de procedimentos que visa desfazer os nós, ou seja, retirar ou contornar os obstáculos encontrados. Para tal são indispensáveis alguns recursos tais como: econômicos, organizacionais, cognitivos, e de poder (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Por se tratar de uma intervenção nova no território, acredita-se ser necessário um trabalho de conscientização voltado aos idosos e familiares. Para que haja adesão à proposta, esta conscientização precisa abarcar também os profissionais de saúde. Percebeu-se também a necessidade de buscar informações sobre o funcionamento do programa da melhor idade e articular com estes setores a fim de firmar parcerias junto à Secretaria de Assistência Social (SEMAS) e Secretaria de Juventude Esporte Lazer.

A Construção e implantação de um fluxo para a inserção do paciente idoso ao programa de atividade física se mostraram indispensáveis, juntamente com a estruturação e sistematização do acompanhamento dos idosos através um instrumento de avaliação. Tal instrumento será utilizado na unidade de saúde, bem como nas visitas domiciliares pelos ACS's e demais profissionais.

Quadro 2 - Operações necessárias à proposta de intervenção:

“Nó crítico”	Operações para os “nós críticos”
Falta de interesse por parte dos idosos em praticar uma atividade física	Trabalho de Conscientização na comunidade com ênfase no público idoso
Hábito de vida inadequado	Trabalho de Conscientização na comunidade
Falta de apoio dos familiares	Trabalho de Conscientização voltado às famílias
Dão prioridade aos afazeres domésticos	Trabalho de Conscientização com idoso, apontando a importância da atividade física para a qualidade de vida do mesmo.
Insegurança para sair de casa	Trabalho de Conscientização com idoso, apontando a importância da atividade física para a qualidade de vida do mesmo.
Falta de informação sobre o funcionamento do programa da melhor idade do território	Buscar junto à Secretaria de Assistência Social (SEMAS) e Secretaria de Juventude Esporte Lazer informações sobre o funcionamento do programa da melhor idade e articular com estes setores.
Acompanhamento da equipe de saúde insatisfatório e insuficiente, gerando insegurança nos idosos para começar as atividades	Estruturação e sistematização do acompanhamento dos idosos através um instrumento de avaliação para ser utilizado na unidade de saúde, bem como nas visitas domiciliares pelos ACS's e demais profissionais. Construção e implantação de um fluxo para a inserção do paciente idoso ao programa de atividade física

Fonte: CORONEL FABRICIANO, Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico situacional de saúde, 2015.

## 6.7 Identificação dos recursos críticos

Após conhecer os recursos indispensáveis à realização da proposta de intervenção torna-se possível elencar aqueles que embora sejam indispensáveis, não estão disponíveis. Estes recursos são chamados de *recursos críticos*. É importante conhecer estes recursos, para que sejam criadas estratégias que possibilitem a execução da proposta sem prejuízo, mesmo sem o determinado recurso. Após o desenho das estratégias será possível avaliar a viabilidade da proposta (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

O Quadro 3, demonstra os recursos críticos identificados, estes foram relacionados a dois aspectos: *financeiro e político*. No que tange o aspecto financeiro os recursos críticos foram: confeccionar e distribuir material educativo; divulgação e abordagem do assunto no rádio e a inclusão. Já no aspecto político foi à busca de parcerias com outros setores. Verificou-se a necessidade de firmar parceria com a Secretaria de Assistência Social de Coronel Fabriciano (SEMAS) e Secretaria de Juventude, Esporte e Lazer (SMJEL), para desenvolver a proposta de intervenção junto às ações já existentes.

Foram identificadas duas ações existentes no território: 1- oferta de hidroginástica, ginástica e dança terapêutica gratuitamente para as pessoas acima de 55 anos por meio da Secretaria de Assistência Social de Coronel Fabriciano (SEMAS) e 2 - academia da saúde que está situada na praça próxima à unidade de saúde conta com o acompanhamento de dois Educadores Físicos três vezes por semana. Estes horários foram divulgados à população, por meio da Secretaria de Juventude, Esporte e Lazer (SMJEL).

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos

“Nó crítico”	Operações para os “nós críticos”	Recursos	Recursos críticos
Falta de interesse por parte dos idosos em praticar uma atividade física	Trabalho de Conscientização na comunidade com ênfase no público idoso	Elaborar uma campanha de conscientização junto à comunidade (confeccionar e distribuir material gráfico) abordando o tema. Aquisição de recursos	Confeccionar e distribuir material gráfico abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material

		financeiros para a confecção do material educativo.	educativo, informação por meio do rádio
Hábito de vida inadequado	Trabalho de Conscientização na comunidade	Elaborar uma campanha de conscientização junto à comunidade (confeccionar e distribuir material gráfico) abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo. Envolver outros profissionais tais como nutricionistas e psicólogo	Confeccionar e distribuir material gráfico abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo, informação por meio do rádio
Falta de apoio dos familiares	Trabalho de Conscientização voltado às famílias	Realizar campanhas educativas na comunidade abordando o tema, divulgar no rádio a importância da atividade física para os idosos. Elaborar, confeccionar e distribuir material gráfico abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo.	Confeccionar e distribuir material gráfico abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo, informação por meio do rádio
Dão prioridade aos afazeres domésticos	Trabalho de Conscientização com idoso, apontando a importância da atividade física para a qualidade de vida do mesmo.	Elaborar uma campanha de conscientização junto à comunidade (confeccionar e distribuir material gráfico) abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo. Envolver outros profissionais tais como nutricionistas e psicólogo	Confeccionar e distribuir material gráfico abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo, informação por meio do rádio.
Insegurança para sair de casa	Trabalho de Conscientização com idoso, apontando a importância da atividade física para a qualidade de vida do mesmo.	Elaborar uma campanha de conscientização junto à comunidade (confeccionar e distribuir material gráfico) abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo. Envolver outros profissionais tais como nutricionistas e	Confeccionar e distribuir material gráfico abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo, informação por meio do rádio

		psicólogo	
Falta de informação sobre o funcionamento do programa da melhor idade do território	Buscar junto à Secretaria de Assistência Social (SEMAS) e Secretaria de Juventude Esporte Lazer informações sobre o funcionamento do programa da melhor idade e articular com estes setores.	Confeccionar cartazes e material informativo para distribuir no território; envolver todos os profissionais da equipe em abordagens informativas na comunidade, enviar comunicados para as residências por meio dos ACS's Firmar parceria	Firmar parceria
Acompanhamento da equipe de saúde insatisfatório e insuficiente, gerando insegurança nos idosos para começar as atividades	Estruturação e sistematização do acompanhamento dos idosos através um instrumento de avaliação para ser utilizado na unidade de saúde, bem como nas visitas domiciliares pelos ACS's e demais profissionais. Construção e implantação de um fluxo para a inserção do paciente idoso ao programa de atividade física	Envolver ativamente a equipe de saúde; Capacitar a equipe para a abordagem junto ao idoso, com ênfase na prática da atividade física como estratégia de melhoria de sua qualidade de vida; Organizar o serviço da unidade a fim de otimizar o atendimento e acompanhamento dos idosos.	

Fonte: CORONEL FABRICIANO, Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico situacional de saúde, 2015.

## 6.8. Análise de viabilidade do plano

Campos, Faria e Santos (2010) destacam que o ator do plano operativo não controla os recursos críticos, sendo assim é necessário conhecer os atores que detém o controle para dar seguimento à proposta. Eles destacam ainda que a análise da viabilidade agrega três objetivos:

- 1- Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação;
- 2- Fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano;

- 3- Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação).

Dentro desta perspectiva buscou-se contato com a SMS, a fim de pleitear a confecção de material educativo e apoio para a realização das ações de mobilização, inclusive campanha no rádio. Em contato com a SEMAS e SMJEL foi possível perceber a motivação para firmar parceria. Buscou-se também verificar a possibilidade da SMS confeccionar os instrumentos de avaliação (formulários) para utilização dos ACS's e demais profissionais durante as visitas domiciliares e ficha de acompanhamento dos idosos que aderirem a proposta bem como material educativo (Quadro 4).

Quadro 4 - Análise de viabilidade do plano

Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Confeccionar e distribuir material gráfico abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo, informação por meio do rádio	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária
Confeccionar e distribuir material gráfico abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo, informação por meio do rádio	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária
Confeccionar e distribuir material gráfico abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo, informação por meio do rádio	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária
Confeccionar e distribuir material gráfico abordando o tema. Aquisição de recursos	Secretaria de Assistência Social	Favorável	Não é necessária

financeiros para a confecção do material educativo, informação por meio do rádio.			
Confeccionar e distribuir material gráfico abordando o tema. Aquisição de recursos financeiros para a confecção do material educativo, informação por meio do rádio	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária
Firmar parceria	SEMAS e SMJEL	Favorável	Não é necessária

Fonte: CORONEL FABRICIANO, Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico situacional de saúde, 2015.

### 6.9. Elaboração do plano operativo

A elaboração do plano operativo (Quadro 4), objetiva definir “os responsáveis por cada operação” ou seja, o ator que irá se responsabilizar pelo acompanhamento da execução das ações, este pode contar com a colaboração de outros atores. Neste momento deve-se também definir os prazos para a execução das operações (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Quadro 4 – Elaboração do plano operativo:

Plano Operativo	Responsáveis	Prazo
Implantar um fluxo para a inserção do paciente idoso ao programa de atividade física. O objetivo da definição do fluxo é detectar os usuários de risco para a prática de atividade física, buscar administrar os riscos e priorizar aqueles com risco relacionado ao sedentarismo. Além de propiciar o monitoramento dos usuários praticantes de atividades físicas <i>a posteriori</i> .	Equipe de ESF	Início em dois meses
Realizar um evento intersetorial para apresentar a proposta aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Assistência Social (educadores físicos) e Conselho Municipal de saúde. No evento será descrito o fluxo de atendimento ao idosos na pela ESF que é recém implantada no Bairro Amaro Lanari e o fluxo para a inserção do paciente idoso ao programa de atividade física;	Equipe de ESF	Início em um mês

Realizar um evento na comunidade para apresentar a proposta de intervenção e destacando a importância da prática da atividade física para a melhoria da qualidade de vida da população idosa;	Equipe de ESF	Início em dois meses
Construir e implantar um instrumento de avaliação domiciliar para utilização dos ACS's e demais profissionais durante as visitas domiciliares, a fim de conhecer a prevalência da doença crônica e fatores de riscos que podem comprometer a qualidade de vida da população idosa do território. Este instrumento passará a ser utilizado em todas as visitas, para que os novos idosos no território sejam detectados e inseridos ao projeto.	Equipe de ESF	Início em um mês

Fonte: CORONEL FABRICIANO, Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico situacional de saúde, 2015.

### 6.10. Gestão do plano

O sucesso de um plano, bem como a possibilidade para que o mesmo tenha êxito, depende da sua gestão. Esta deve contemplar dois aspectos: 1- desenho do “modelo de gestão do plano de ação; 2- discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos”. Este passo do plano de ação é de grande importância para o sucesso do processo de planejamento, uma vez que busca criar um sistema de gestão que tenha capacidade de coordenar, e acompanhar a execução do plano. Podendo inclusive nomear correções, gerir os recursos, manter e aprimorar fluxo de comunicação entre planejadores e executores.

Diante do supracitado, foi definido que a gestão do plano será realizada por meio de um instrumento de acompanhamento e avaliação das atividades. Este foi construído juntamente com os profissionais envolvidos (APÊNDICE III). O instrumento será utilizado para monitorar prazos de execução da programação definida e utilização e seguimento do fluxo para a inserção do paciente idoso ao programa de atividade física. Serão realizadas reuniões mensais com a equipe.

A gestão será feita também a partir da avaliação dos instrumentos de avaliação para ser utilizado na unidade de saúde, bem como nas visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde e demais profissionais.



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância deste estudo procurou-se embasá-lo com um referencial teórico, para afirmar que a prática de atividades físicas, de maneira contínua e regular, pode propiciar ao idoso uma maior autonomia para o desempenho das suas atividades cotidianas e com isso procurar ter uma melhor qualidade de vida. O trabalho aponta também que o sedentarismo é fator desencadeante de vários problemas de saúde, e isto, torna-se ainda mais complexo durante o processo de envelhecimento, podendo causar grandes prejuízos ao idoso, acelerando o decréscimo da sua capacidade funcional e tornando-o mais dependente.

No que tange a proposta de intervenção, o estudo aponta que é possível desenvolver ações de saúde para melhorar a qualidade de vida dos idosos através de recursos existentes no próprio território. Estes recursos podem ser inseridos no plano terapêutico dos idosos através da formalização de parcerias incluindo profissionais de diversos setores da saúde. Por outro lado, torna claro a necessidade de organizar o serviço para realizar tal proposta de maneira sistemática, tendo como compromisso a capacitação dos profissionais da equipe para melhorar o acolhimento das demandas dos idosos bem como realizar o fluxo para a inserção dos mesmos ao programa das atividades físicas, previstas.

Entretanto, um ponto de grande destaque neste estudo foi a percepção da importância de sensibilizar família do idoso para que esta atue como agente motivador e apoiador para o mesmo na realização das atividades físicas prescritas.

Ao concluir o estudo pode-se afirmar da necessidade de conscientizar as pessoas idosas quanto à importância de sua participação nas atividades físicas, visando melhorar sua qualidade de vida, seu grau de independência e autonomia e, por conseguinte a sua cidadania. Tal conscientização refletirá e atuará como fomento de mecanismo de autocuidado.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcos Antônio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luís; MARQUES, Renato. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa.** São Paulo: EACH/USP, 2012. Disponível em : < [http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf)>. Acesso em 29 fev. 2016.

BALDONI, A.O.; PEREIRA, L.R.L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 32, n. 3, mar. 2011. Disponível em : < [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/view/1505/1173](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/1505/1173)>. Acesso em: 29 fev. 2016.

BALDONI, A.O.; PEREIRA, L.R.L. **Estudos de utilização de medicamentos em idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2010. Disponível em : < [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60137/tde-09082010.../1.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60137/tde-09082010.../1.pdf)>. Acesso em: 29 fev. 2016.

BARBOSA, Aglauvanir Soares; ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Os benefícios do treinamento de força muscular para pessoas idosas.** 2007. Monografia (Especialização). Disponível em: <[https://www.google.com.br/?gws\\_rd=ssl#q=+BARBOSA%3B+Aglauvanir+Soares%2C+ALC%3%82NTARA%3B++Adriana+de+Oliveira.+Os+benef%3%ADcios+do+treinamento+de+for%3%A7a+muscular+para+pe-soas+idosas.++Monografia%3B+Especializa%3%A7%C3%A3o+em+Gerontologia+-+Escola+de +Sa% C3%BAde+P%C3%BAblica+%E2%80%93+CE%2C+2007](https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=+BARBOSA%3B+Aglauvanir+Soares%2C+ALC%3%82NTARA%3B++Adriana+de+Oliveira.+Os+benef%3%ADcios+do+treinamento+de+for%3%A7a+muscular+para+pe-soas+idosas.++Monografia%3B+Especializa%3%A7%C3%A3o+em+Gerontologia+-+Escola+de +Sa% C3%BAde+P%C3%BAblica+%E2%80%93+CE%2C+2007)>. Acesso em: 27 fev. 2016.

BRASIL. Lei n°. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em : < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 10 maio 2016.

BRASIL. Lei n°. 8842, de 4 de janeiro 1994. Institui, regulamentada pelo Decreto n°.1948 de 04 de janeiro de 1996. Estabelece a Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da União**, 04 jan. 1996. Disponível em : < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, DF, 1997. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf) >. Acesso em: 12 de jan. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo demográfico 2010.** Características da população e dos domicílios. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicasda\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicasda_populacao/resultados_do_universo.pdf)>. Acesso em: 16 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas** nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: 2013. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidados\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidados_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 02 de Jun. 2016.

CAMANHO, Gilberto Luis; IMAMURA, Martha; ARENDT-NIELSEN, Lars. Gênese da dor na artrose. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.46, n. 1, 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-36162011000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162011000100002)>. Acesso em: 16 maio 2015.

CARVALHO, Y. M. O “mito” da atividade física e saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez; GALON, Cátia. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 3, 2009. Disponível em: < [http://www.crde-unati.uerj.br/img\\_tse/v12n3/pdf/art\\_3.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n3/pdf/art_3.pdf)>. Acesso em: 16 maio 2016.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Resolução CONFED nº 046/2002** – Intervenção do Profissional de Educação Física. Rio de Janeiro: CONFED, 2002

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: < [http://www.confed.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd\\_resol=82](http://www.confed.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=82)>. Acesso em: 29 fev. 2016.

CRUZ, Heloísa Mussato Fernandes da. *et al.* Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a06>>. Acesso em: 08 de mar. 2016

CURITIBA, Autocuidado apoiado: caderno de exercícios / Organização Ana Maria Cavalcanti: Secretaria Municipal da Saúde, Curitiba 2012. Disponível em: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Caderno-De-Exercicios-Para-Us%C3%A1rios/73529050.html>>. Acesso em: 02 de jun. 2016.

CORONEL FABRICIANO, Secretaria de Assistência Social. Fabriciano abre inscrições para Programa Vivaldade. 2015. Disponível em: <[http://www.fabriciano.mg.gov.br/Materia\\_especifica/18698/Fabriciano-abre-inscricoes-para-Programa-Vivaldade](http://www.fabriciano.mg.gov.br/Materia_especifica/18698/Fabriciano-abre-inscricoes-para-Programa-Vivaldade)>. Acesso em 22 de maio, 2016

PORTAL DIÁRIO DO AÇO. Coronel Fabriciano celebra 66 anos, **Jornal Diário do Aço**. Ipatinga, 20 de jan. 2015. Disponível em: [www.diariodoaco.com.br/noticia/89416-6/cidades/fabriciano-celebra-66-anos](http://www.diariodoaco.com.br/noticia/89416-6/cidades/fabriciano-celebra-66-anos)>. Acesso em: 22 de maio 2016.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em : <

<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30982.pdf> >. Acesso em: 15 fev. 2016.

FLECK, M.P.A. *et al* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n.2, 1999. Disponível em : < <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html#1>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

GHAMOUM, Ali Kalil. Incidência de sedentarismo no tempo livre em professores de Educação Física da Grande Goiânia em 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível em: < <http://repositorio.unb.br/handle/10482/3878>>. Acesso em: 03 de jun. 2016.

LACERDA, Patrícia Ferreira. *et al*. Estudo da ocorrência de dor crônica em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. *Revista Eletronica de Enfermagem*, v.7, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 28 maio 2016.

LOPES, Fabiana Augusta Moreira. *et al*. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: < <http://dcb.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/933> >. Acesso em: 09 fev. 2016.

MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100004) > . Acesso em: 09 de fev. 2016.

MEDINA, Fabio Leandro *et al*. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 17, n. 2, 2010. Disponível em : < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/10-atividade.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

MERQUIADES, Jucicleide Herculano. *et al*. A importância do exercício físico para a qualidade de vida dos idosos. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 3, n. 18, nov./dez. 2009. Disponível em: < [file:///C:/Users/MarcileneJander/Downloads/Dialnet-Alimportancia do Exercício Físico ParaAQualidadeDeVidaD-4923323.pdf](file:///C:/Users/MarcileneJander/Downloads/Dialnet-Alimportancia%20do%20Exerc%C3%ADcio%20F%C3%ADsico%20Para%20a%20Qualidade%20de%20VidaD-4923323.pdf) >

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, 2000. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf> >. Acesso em: 19 fev. 2016

NETO, Turíbio Leite Barros. Sedentarismo. **Emedix: Revista Digital**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: < [http://emedix.com.br/doe/mes001\\_1f\\_sedentarismo.php#texto1](http://emedix.com.br/doe/mes001_1f_sedentarismo.php#texto1)>. Acesso em: 10 de maio 2016.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, 2010. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/32.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

PICCINI, Roberto Xavier. *et al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30981.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa estratégia de saúde da família. **Rev. Latino Americana Enfermagem**, v. 12, n. 4, 2004. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a12>. >. Acesso em: 15 fev. 2016

RIGO, Maria de Lourdes Neto Ravedutti; TEIXEIRA, Denílson de Castro. Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. **UNOPAR Científica**, v. 7, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/biologicas/article/view/1601>> . Acesso em: 02 de jun. 2016

ROCHA, Karina Lellis Moura. Abordagem sobre gravidez na adolescência na estratégia de Saúde da Família/Araxá/MG. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Uberaba, 2009. 40f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0294.pdf>> . Acesso em: 10 de maio 2016.

ROSA, Joanna Darc Lima Ventura . Plano de intervenção: proposta de organização do processo de trabalho no atendimento à demanda espontânea do Centro de Saúde Goiânia. 2013. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais . Belo Horizonte, 2013. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4271.pdf>>. Acesso em: 20 de maio 2016.

ROSA, Mary Rosane Quirino Polli. *et al.* Motivos que levaram idosos a buscar atenção em uma unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 5, 2009. Disponível em : < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/4055/4857>. >. Acesso em: 15 fev. 2016.

SANTOS, Ana Lúcia Padrão dos; SIMOES, Antônio Carlos. Educação Física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, Mar. 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 jun. 2016.

SUCUPIRA, Ana Cecília. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **Revista de Políticas Públicas**, v. 4, n. 1, 2013. Disponível em :

< <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/108> >. Acesso em: 29 fev. 2016

VIDMAR, M. F. *et al.* Atividade física e qualidade de vida em idosos. **Ver. Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, 2011. Disponível em : <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/1714/1394> >. Acesso em: 15 fev. 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a12>. >. Acesso em: 15 fev. 2016

APÊNDICE I

**Instrumento de avaliação domiciliar**

**1 – Dados Gerais**

Nome:.....  
Data de Nasc..... Idade..... Sexo: M( ) F ( )  
Endereço:.....

**2 – Doenças Crônicas Associadas**

.....  
.....  
.....  
.....

**3 – Medicamentos de Uso Habitual**

a.....  
b.....  
c.....  
d.....

**4 – Doenças Articulares**

( ) Artrose Degenerativa ( ) Artrite Reumática ( ) Artrite Gotosa ( ) Osteoporose  
( ) Outros. Quais:.....

**5 – Fraturas Ósseas**

Sim ( ) Não ( )  
Qual/quais?.....

**6 – Alterações funcionais:**

( ) Visuais ( ) Auditivas ( ) Marcha ( ) Equilíbrio ( ) Incontinências  
Outras:.....

**7 – Tais alterações causam limitação para andar dentro e/ou fora de casa, subir e descer escadas. Alguma outra limitação?**

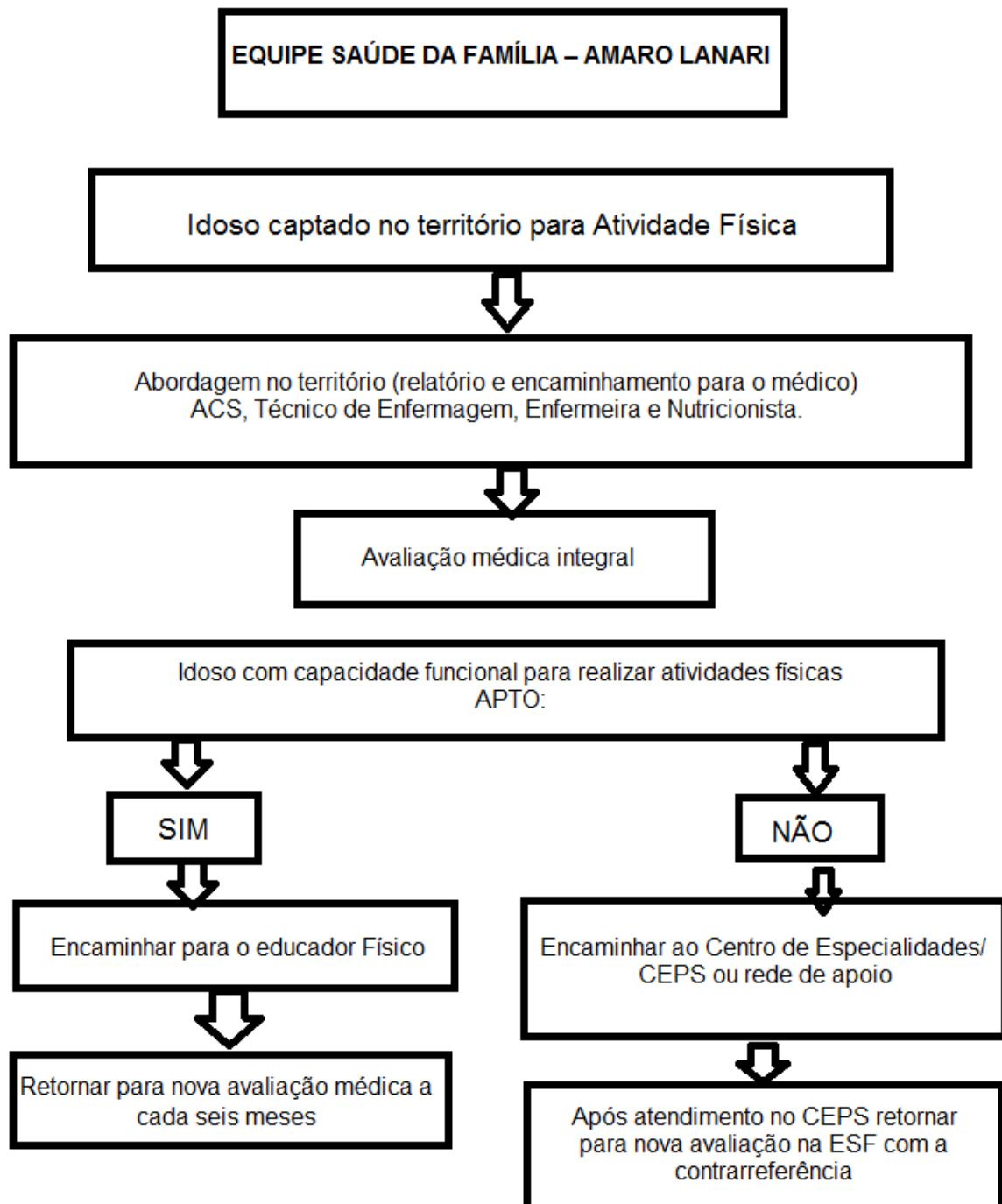
Sim ( ) Não ( )  
Qual/ quais?.....

**8 – Aspectos sociofamiliares que podem impedir a participação do idoso nas atividades físicas:**

a.....  
b.....  
c.....  
d.....  
e.....

## APÊNDICE II

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CORONEL FABRICIANO  
Fluxograma de inserção do idoso nas atividades físicas





## APÊNDICE III

<b>Formulário para Gestão do Plano</b>	
Idade:	Sexo M ( ) F ( )
Você tem experiência anterior na prática de atividade física? Sim ( ) Não ( )	
Há quanto tempo Iniciou as atividades físicas: Poucos dias ( ) 1 mês ( ) 2 meses ( ) 3 meses ou mais ( )	
Qual das modalidades acha que melhorou sua saúde ou em qual delas fica mais confortável?  Hidroginástica ( ) Ginástica ( ) Dança terapêutica ( ) Caminhada ( ) Mistura delas ( )	
Quantos dias na semana você participa do acompanhamento das atividades físicas? 01 dia ( ) 02 dias ( ) 03 dias ( )	
Você acha suficiente a frequência de dias na semana que o Educador Físico programou pra você? Sim ( ) Não ( )	
Curva de Peso: PI:.....PA:.....	
Níveis pressóricos: ( ) 1 mês ( ) 2 meses ( ) 3 meses ou mais ( )	
Glicemia capilar: ( ) 1 mês ( ) 2 meses ( ) 3 meses ou mais ( )	
Medicamentos utilizados: ..... ..... ..... .....	
Comportamento da dor: ( ) Melhor ( ) Igual ( ) Pior	
Estado Mental: ( ) Melhor ( ) Igual ( ) Pior	

**Elaborado pela equipe ESF do Amaro Lanari – Coronel Fabriciano**