

Educação Física: atenção à saúde do idoso

Daniela Coelho Zazá
Mauro Heleno Chagas



**Universidade
Federal de
Minas Gerais**

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Educação Física: atenção à saúde do idoso

Daniela Coelho Zazá
Mauro Heleno Chagas

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2011

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed – <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitor: Ricardo Santiago Gome

Faculdade de Educação

Diretora: Samira Zaidan

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitor: João Antônio de Paula

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diretor: Emerson Silami Garcia

Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)

Coordenador: Fernando Selmar Rocha Fidalgo

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna

Conselho Regional de Educação Física – CREF6 / MG

Presidente: Claudio Augusto Boschi

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo

Escola de Enfermagem

Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Projeto Gráfico

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Diagramação

Adriana Januário

Z11e Zazá, Daniela Coelho
Educação física : atenção à saúde do idoso / Daniela Coelho Zazá e Mauro
Heleno Chagas. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.
76p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados à
estratégia de Saúde da Família.

1. Saúde do idoso. 2. Atividade física. 3. Promoção da saúde. 4. Atenção
primária à saúde. 5. Qualidade de vida. I. Chagas, Mauro Heleno. II. Núcleo de
Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG
(Nescon). III. Título.

NLM: WA 108

CDU: 615.8

Sumário

Apresentação dos autores	05
Apresentação - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Programa Ágora	06
Apresentação da Unidade Didática II: Tópicos especiais em atenção básica em Saúde da Família	07
Introdução ao módulo	09
Seção 1- Responsabilidades do Profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família	14
Parte 1 A estratégia Saúde da Família: a inserção do profissional de Educação Física	16
Parte 2 Responsabilidades do profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)	19
Seção 2 - Envelhecimento populacional e saúde dos idosos	22
Parte 1 Transição demográfica	24
Parte 2 Transição epidemiológica	30
Seção 3 - Desafios relativos ao envelhecimento	35
Parte 1 Adesão a prática de atividade física	38
Parte 2 Capacidade funcional	41
Parte 3 Quedas	49
Parte 4 Depressão	53

Seção 4 - Profissional de Educação Física e atividade física
Parte 1 | Atuação do Profissional de EF

Parte 2 | Avaliação física

Parte 3 | Trabalho de equipe

Parte 4 | Programas de atividade física

Parte 5 | Profissional de Educação Física: Abordagens Coletivas

Referências

Anexos

Anexo 1 | Formulário de avaliação das atividades de vida diária (Katz)

Anexo 2 | Formulário de avaliação das atividades instrumentais
de vida diária (Lawton)

Anexo 3 | Escala de Depressão Geriátrica versão curta (EDG)

Apresentação dos autores

Daniela Coelho Zazá

Professora do Departamento de Ciências Biológicas, Ambientais e da Saúde do Centro Universitário de Belo Horizonte – UNI-BH. Tutora, autora conteudista e orientadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da UFMG. Mestre em Treinamento Esportivo pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Profissional de Educação Física - Bacharel e Licenciada pela EEFFTO/UFMG.

Mauro Heleno Chagas

Professor Adjunto do Departamento de Esportes da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia ocupacional (EEFFTO) da UFMG. Professor do programa de Pós-Graduação em Ciências do Esporte (Mestrado e Doutorado) da EEFFTO/UFMG. Tutor, autor conteudista e orientador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenador do Curso de Especialização em Treinamento Esportivo/Musculação da EEFFTO/UFMG. Doutor em Ciências do Esporte pela Johann Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt, Alemanha. Mestre em Treinamento Esportivo pela EEFFTO/UFMG. Profissional de Educação Física - Bacharel e Licenciado pela EEFFTO/UFMG.

Apresentação

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Programa Ágora

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade à distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (Nescon), com a participação da Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Educação e Faculdade de Odontologia. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) / Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) –, pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil/ Secretaria de Educação a Distância (UAB/CAPE) e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). A produção desse caderno é apoiada pelo Conselho Regional de Educação Física da 6ª Região de Minas Gerais (CREF-6/ MG).

O curso integra o Programa Ágora, do Nescon, e de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional articula ações de ensino – pesquisa – extensão. O Programa, além do CEABSF, atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

Direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes de equipes de Saúde da Família e com uma turma especial para profissionais de Educação Física integrantes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o CEABSF tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de Educação à Distância. Esse

sistema é composto por um conjunto de Cadernos de Estudo e outras mídias disponibilizadas tanto em DVD – módulos e outros textos, e vídeos –, como na Internet – por meio de ferramentas de consulta e de interatividade, facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e à distância.

Os cadernos de estudo, como este, são resultados do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do Serviço. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como a vivência profissional. Todo o material do sistema instrucional do CEABSF está disponível para acesso público na biblioteca Virtual do Curso.

A perspectiva é de que esse Curso de Especialização cumpra seu importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vistas à consolidação da estratégia Saúde da Família e ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade.

A Coordenação do CEABSF pretende criar oportunidades para que alunos que concluírem o curso possam, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para o seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora:

www.nescon.medicina.ufmg/agora

Biblioteca Virtual:

www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Apresentação da Unidade Didática II

Tópicos especiais em atenção básica em Saúde da Família

A Unidade Didática II do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), da qual faz parte esta publicação, está formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais os profissionais em formação podem escolher um número suficiente para integralizar 210 horas (14 créditos). Com eles completa, com as 150 horas (10 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessárias à integralização da carga horária total do CEABSF.

Nesta Unidade Didática II (UD II), o propósito é possibilitar que o profissional atenda necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Desta forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II, envolvendo tópicos especiais de 60 horas como saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança – aspectos básicos, saúde bucal – aspectos básicos, saúde do adulto, saúde da mulher e saúde mental.

Outros módulos, de 30 horas, são ofertados visando às demandas profissionais específicas, complementando os módulos maiores, como Saúde da criança e do adolescente – doenças respiratórias, Saúde da criança e do adolescente – agravos Nutricionais; Urgências na atenção básica, Saúde do Trabalhador, entre outros. Nesse grupo incluem-se três módulos de Educação Física, referenciados à saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso.

Endemias e epidemias serão abordadas em módulos que deverão desenvolver aspectos da atenção básica para leishmaniose, dengue, doenças sexualmente transmissíveis, hepatites, tuberculose e hanseníase, entre outros.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais, saúde ambiental, acidentes e violência também estão abordadas em módulos específicos. Família como foco da atenção primária compõe um dos módulos da Unidade

Didática II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço de atuação da equipe de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, três módulos são indicados a todos os alunos das demais turmas como disciplinas optativas: Iniciação à metodologia científica; Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço; e Projeto social: educação e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que os profissionais, antes da opção e matrículas nas disciplinas, consultem os conteúdos disponíveis na Biblioteca Virtual.

Esperamos que esta Unidade Didática II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa apenas mais um momento de um processo de desenvolvimento e qualificação constantes.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora: www.nescon.medicina.ufmg/agora

Biblioteca Virtual: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Introdução ao Módulo

Educação Física: atenção à saúde do idoso

Esse módulo faz parte de um conjunto de três cadernos de estudos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), mais direcionados aos profissionais de Educação Física. A partir do entendimento de Educação Física como parte da atenção primária à saúde, serão abordadas as particularidades dos grupos etários: Educação Física: atenção à saúde da criança e do adolescente; Educação Física: atenção à saúde do adulto e Educação Física: atenção à saúde do idoso.

A partir de agora, vamos tratar especificamente da atenção à saúde do idoso, objeto de estudo deste caderno. Para efeito deste módulo, trabalharemos com o conceito do estatuto do idoso (BRASIL, 2003) que considera como idoso as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população ocorreu e foi acompanhado por melhorias nas condições gerais de vida, enquanto nos países em desenvolvimento, o processo do envelhecimento populacional acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes (seguridade social, saúde, etc). No Brasil, é possível observar a busca por avanços no sentido de assegurar aos idosos condições adequadas para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), divulgada na Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006a) define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Em paralelo, foi publicado o Pacto pela Saúde do SUS - Portaria GM/MS 399/2006 (BRASIL, 2006b), sendo que a saúde do idoso é apresentada como uma das 6 (seis) prioridades pactuadas entre as três esferas de governo no SUS. Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a intenção de fortalecer a Estratégia Saúde da Família, e estabeleceu que entre as 9 (nove) áreas estratégicas estivesse a reabilitação/saúde integral da pessoa idosa. Com a implantação dos NASF's foi propiciada a inclusão do Profissional de Educação Física entre os diferentes profissionais das equipes de Saúde.

Para saber mais...

Para conhecer um pouco mais sobre o estatuto do idoso, instituído pela Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003, confira no site:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>.

Partindo desta breve contextualização, entendemos então claramente a necessidade desta unidade didática “Educação Física e a Atenção a Saúde do Idoso” e reconhecemos a importância da capacitação do Profissional de Educação Física para uma atuação interdisciplinar na atenção à saúde do idoso.

Na primeira seção dos três módulos relativos à Educação Física, veremos as abordagens e intervenções da equipe de Saúde da Família na atenção à família e à comunidade, considerando, especialmente, o Profissional de Educação Física inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A partir da segunda seção, nesse módulo, já serão vistos os aspectos relacionados ao envelhecimento populacional, como algumas características da transição demográfica e epidemiológica no Brasil e em Minas Gerais e o impacto dessas informações na atenção à saúde do idoso. Na terceira seção iremos abordar os desafios relativos ao envelhecimento (adesão, capacidade funcional, quedas e depressão) e a relação dos mesmos com a atividade física. Na última seção, você será convidado a contextualizar a relação entre o Profissional de Educação Física e a prescrição de atividade física/práticas corporais para as pessoas idosas.

Para discutir esses temas com os profissionais de saúde, esse módulo foi dividido em quatro seções:

Seção 1 – Responsabilidades do Profissional de Educação Física na estratégia saúde da família.

Seção 2 – Envelhecimento populacional e saúde dos idosos.

Seção 3 – Desafios relativos ao envelhecimento.

Seção 4 – Profissional de Educação Física e atividade física.

Para um bom aproveitamento dos conteúdos apresentados no módulo é importante você realizar todas as atividades propostas no Caderno, encaminhando as solicitadas no cronograma de atividades para discussão das dúvidas com o tutor e aprofundando alguns aspectos por meio da participação no Fórum. Esperamos que você, juntamente com seus colegas, compreenda o contexto e os desafios apresentados no processo de estimular, orientar e prescrever atividades físicas e práticas corporais para as pessoas idosas.

Ao término do estudo deste Módulo, você deverá ser capaz de:

- Compreender a inter-relação entre as transições demográfica e epidemiológica;

- Entender a importância das principais transformações demográficas e epidemiológicas para o Brasil, assim como para sua área de abrangência;
- Reconhecer os desafios relativos ao envelhecimento no contexto da promoção da saúde;
- Contextualizar a importância da prática regular de atividade física/práticas corporais na vida de um idoso;
- Compreender as orientações e recomendações sobre a prescrição de atividades físicas ao grupo de usuários idosos.

Vamos lá pessoal, muito ânimo, disposição e interesse, pois temos que contribuir significativamente na formação de estilos de vida saudáveis nos diferentes ciclos da vida. Pensando especificamente nas pessoas idosas teremos algumas batalhas pela frente: a inclusão da prática regular de atividades físicas entre os hábitos de vida do usuário idoso, a manutenção da independência do idoso, prevenção de quedas e redução da depressão. Ações interdisciplinares de promoção da saúde e prevenção podem ajudar na construção de uma nova sociedade, inclusiva, em que o binômio saúde e educação, abrangida a educação física, tenha papel preponderante.

Para que você possa aprofundar seus conhecimentos estamos sugerindo leituras complementares. Recomendamos que você consulte esses textos, assim que forem citados. Esperamos que este módulo traga contribuições importantes para sua prática profissional.

Para o desenvolvimento adequado deste módulo é importante o entendimento de alguns termos básicos:

Conceito de Saúde: Entende-se que saúde é um meio, um recurso para a vida das pessoas, não o objetivo da vida (FARIA et al., 2009).

Promoção da Saúde: É concebida como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e outros setores sociais e produtivos, voltados para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva. Portanto, promoção da saúde "é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar a sua saúde" (OMS, 1986).

Envelhecimento: A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (BRASIL, 2006c).

Envelhecimento ativo: Envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança com o objetivo de aumentar a qualidade de vida quando as pessoas envelhecem. É um termo utilizado para transmitir uma mensagem mais abrangente do que o “envelhecimento saudável” e reconhecer outros fatores, além de cuidados de saúde, que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (OMS, 2005).

Atividade física (AF): É entendida como qualquer movimento corporal que é produzido pela contração da musculatura esquelética e que aumenta o gasto de energia (ACSM, 2009). São exemplos de atividades físicas: tomar banho, dirigir, pintar, tocar um instrumento, andar, brincar, passear, fazer compras, trabalhar, dançar, jogar, varrer, jardinar e praticar exercícios físicos.

Exercício físico: É uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva para aumentar ou manter um ou mais componentes da aptidão física, que é definida operacionalmente como um estado de bem-estar com um baixo risco de problemas prematuros de saúde e disposição (energy) para participar em uma variedade de atividades físicas (ACSM, 2009).

Práticas Corporais: São práticas que estimulam a interação mente-corpo, proporcionam aos participantes maior consciência da sua integralidade enquanto ser humano, levando à melhoria da qualidade de saúde e de vida, atuando na promoção à saúde, prevenção e auxílio no tratamento de doenças e contribuindo também para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Sedentarismo: É definida como uma maneira de viver ou estilo de vida que requer uma atividade física mínima e que incentiva a inatividade por meio de decisões específicas e barreiras estruturais e/ou financeiras (ACSM, 2009).

Qualidade de vida: Qualidade de vida é um construto psicológico, que tem sido comumente definida como uma decisão/julgamento consciente da satisfação que um indivíduo tem em relação a sua própria vida (ACSM, 2009).

Senescência: Compreende o envelhecimento como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema (BRASIL, 2006c).

Senilidade: É entendida como envelhecimento em condições de sobrecarga, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, que pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência (BRASIL, 2006c).

Autonomia: É a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências (OMS, 2005).

Independência: Significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa. De maneira similar, a organização mundial da saúde, entende como a capacidade de viver independentemente na comunidade sem ou com pouca ajuda de outra pessoa (OMS, 2005).

Dependência: Significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa (BRASIL, 2006c).

Seção 1

Responsabilidades do Profissional
de Educação Física na estratégia
Saúde da Família

Nesta seção vamos abordar a inserção do Profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família, bem como as responsabilidades que lhe são atribuídas, no dia a dia de atuação.

Como essa seção é comum aos três módulos optativos relativos à Educação Física, se você já teve oportunidade de estudá-la em outro módulo, reveja-a, em leitura dinâmica. Leia novamente os quadros.

Parte 1

A estratégia Saúde da Família: a inserção do Profissional de Educação Física

As lutas dos trabalhadores da saúde e dos usuários por um modelo assistencial digno e justo para os brasileiros possibilitaram ao Ministério da Saúde estabelecer a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do atual modelo assistencial e, desta forma, reorientar suas estratégias para o Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia Saúde da Família foi definida como o eixo reorientador do sistema, pelo entendimento que a complexidade do cuidado da saúde humana demanda trabalho em equipe e que o indivíduo não pode ser visto como elemento isolado do contexto familiar e comunitário.

Esta mudança de lógica promove a aproximação entre as equipes dos trabalhadores da saúde e as famílias de uma área geográfica delimitada, o que possibilita uma melhor compreensão das dificuldades e potencialidades humanas e ambientais existentes no território, maior participação e corresponsabilização da comunidade no processo e, conseqüentemente, maior efetividade na solução dos problemas.

Um avanço de tal envergadura na visão política do modelo assistencial brasileiro gerou uma expressiva mudança no processo de trabalho dos profissionais e das equipes, pela possibilidade de reorganização das intervenções e ações. A atenção primária à saúde visa não só a recuperação da saúde do indivíduo, mas também a busca da promoção da saúde, da prevenção dos agravos que são mais frequentes na comunidade e da reabilitação funcional e psicossocial das pessoas, perto de seus familiares e amigos.

Desde a implantação das equipes de saúde da família, as orientações estiveram sempre voltadas para o cadastramento das famílias residentes no território da Unidade Básica de Saúde, na composição de uma equipe mínima, constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico ou um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. É de fundamental importância contar com outros profissionais de saúde atuando junto às equipes de saúde da família para contribuir na solução dos problemas que a população apresenta. Essa

Para saber mais...

Para saber mais sobre NASF consulte a portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, Ministério da Saúde "Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF". (BRASIL, 2008)

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf>.

é uma árdua tarefa para os municípios, principalmente os de pequeno porte e com condições socioeconômicas deficitárias, o que não lhes possibilitam ter atrativos financeiros para agregar no serviço de saúde diferentes profissionais de saúde, mesmo sabendo da contribuição desses para a melhora da qualidade de assistência ofertada à população.

O Ministério da Saúde, em 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a intenção de fortalecer a estratégia Saúde da Família enquanto movimento de reorientação do modelo de atenção, em nosso país possibilitando a agregação de outros profissionais de saúde na atenção primária à saúde (BRASIL, 2008).

A proposta dos NASF's tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica e melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção a saúde. Contudo, "é importante ressaltar que os NASF's não são portas de entrada do sistema" é parte integrante das equipes de saúde da família (BRASIL, 2009, p.7).

Os NASF's são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que desenvolvem suas atividades em parceria com os todos os profissionais de Saúde da Família (SF), atuando diretamente no apoio às equipes para as quais foram cadastrados. Dessa forma, permitem ampliar o número de profissionais vinculados às equipes, como médico (ginecologista, pediatra e psiquiatra), Profissional de educação física, nutricionista, acupunturista, homeopata, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Os núcleos são compostos por, no mínimo, cinco profissionais (modalidade NASF1) ou três profissionais (modalidade NASF2), de formação definida pelos gestores municipais. Devem funcionar em horário coincidente com o das equipes de Saúde da Família. A equipe do NASF1 deve realizar suas atividades vinculadas, no mínimo, a oito e no máximo, a 20 equipes de Saúde da Família, excetuando os estados da Região Norte, onde o mínimo é cinco. Para a equipe NASF2, a vinculação mínima é de uma equipe NASF para três equipes de Saúde da Família. Cabe às secretarias estaduais de saúde assessorar os municípios na definição dos territórios e na vinculação dos NASF's às equipes de Saúde da Família, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF's, assessorar e realizar avaliação, assim como acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos núcleos.

Considerando os objetivos e as características do NASF inúmeras ações podem ser desenvolvidas, na perspectiva de transpor a lógica fragmentada da atenção à saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com as equipes de SF. O Ministério da Saúde, em 2009, in-

dicou nove áreas estratégicas associadas ao NASF: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; práticas corporais/atividade física; práticas integrativas e complementares. Analisando essas áreas estratégicas é fácil entender porque a equipe do NASF necessita apresentar um perfil multiprofissional para que o seu objetivo seja alcançado de maneira satisfatória. A integração do Profissional de Educação Física deve, portanto, fortalecer e ampliar todas as possíveis intervenções da equipe de saúde.

Parte 2

Responsabilidades do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Dentro da perspectiva de que as áreas estratégicas associadas ao NASF não se remetem à atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional, o processo de trabalho será caracterizado fortemente por ações compartilhadas, visando uma intervenção interdisciplinar. Exemplificando: a área de práticas corporais/atividade física (PCAF), embora seja específica para o profissional de Educação Física, demanda ações que podem ser desempenhadas por outros integrantes da equipe do NASF, da mesma maneira que o educador físico deve participar de ações de outros grupos profissionais.

O quadro 1 apresenta as atribuições comuns a todos integrantes da equipe do NASF (BRASIL, 2009, p.23).

Quadro 1. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): atribuições comuns aos diversos membros da equipe*

1. Identificar, em conjunto com as equipes de Saúde da Família (SF) e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas.
2. Identificar, em conjunto com as equipes de SF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações.
3. Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.
4. Acolher os usuários e humanizar a atenção.
5. Desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.
6. Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os conselhos locais e/ou municipais de saúde.
7. Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, pôsteres e outros veículos de informação.
8. Avaliar, em conjunto com as equipes de SF e os conselhos de saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos.
9. Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF.
10. Elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de SF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Para além das atribuições gerais à equipe do NASF, algumas diretrizes específicas ao Profissional de Educação Física foram apresentadas pelo Ministério da Saúde em 2009 e sumarizadas no Caderno de Atenção Básica n. 27: Diretrizes do NASF. Estas diretrizes, relacionadas ao conhecimento nuclear do Profissional de Educação Física, não devem ser interpretadas, entretanto, como únicas e exclusivas deste profissional, mas sim como resultado da interação com todos os outros profissionais. O Quadro 2 mostra, detalhadamente, essas diretrizes para o Profissional de Educação Física (BRASIL, 2009, p.146-147).

Quadro 2 - Práticas Corporais/Atividade Física (PCAF): diretrizes para atuação profissional

1. Fortalecer e promover o direito constitucional ao lazer.
2. Desenvolver ações que promovam a inclusão social e que tenham a intergeracionalidade, a integralidade do sujeito, o cuidado integral e a abrangência dos ciclos da vida como princípios de organização e fomento das práticas corporais/atividade física.
3. Desenvolver junto à equipe de SF ações intersetoriais pautadas nas demandas da comunidade.
4. Favorecer o trabalho interdisciplinar amplo e coletivo como expressão da apropriação conjunta dos instrumentos, espaços e aspectos estruturantes da produção da saúde e como estratégia de solução de problemas, reforçando os pressupostos do apoio matricial.
5. Favorecer no processo de trabalho em equipe a organização das práticas de saúde na APS, na perspectiva da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.
6. Divulgar informações que possam contribuir para adoção de modos de vida saudáveis por parte da comunidade.
7. Desenvolver ações de educação em saúde reconhecendo o protagonismo dos sujeitos na produção e apreensão do conhecimento e da importância desse último como ferramenta para produção da vida.
8. Valorizar a produção cultural local como expressão da identidade comunitária de reafirmação do direito e possibilidade de criação de novas formas de expressão e resistência sociais.
9. Primar por intervenções que favoreçam a coletividade mais que os indivíduos sem excluir a abordagem individual.
10. Conhecer o território na perspectiva de suas nuances sociopolíticas e dos equipamentos que possam ser potencialmente trabalhados para o fomento das práticas corporais/ atividade física.
11. Construir e participar do acompanhamento e avaliação dos resultados das intervenções.
12. Fortalecer o controle social na saúde e a organização comunitária como princípios de participação política nas decisões afetas a comunidade ou população local.

Fonte: BRASIL, 2009, p.146-147. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>.

Para saber mais...

Considerando o contexto atual das políticas públicas de Educação e Saúde, o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) publicou um documento intitulado “Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física na atenção básica à saúde”. Este documento promove a abertura de um diálogo entre os profissionais da área. Veja e acesse esse documento na biblioteca virtual (SILVA et al., 2010) ou acesse o site: <http://www.listasconfef.org.br/arquivos/Livro_Recomendacoes.pdf>.

Para saber mais...

Recomendamos que você leia – especialmente os capítulos iniciais e as páginas 142 a 152 – o Caderno de Atenção Básica n.27, do Ministério da Saúde, sobre as diretrizes do NASF (BRASIL 2009). Verifique sua existência na unidade de saúde: se não estiver disponível, imprima dois volumes, uma para seus colegas do NASF, na unidade, e outro para sua consulta e biblioteca. O documento está disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>

Partindo das atribuições comuns aos integrantes da equipe do NASF e das diretrizes para atuação profissional, o NASF tem como objetivo contribuir para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a equipe de SF. Contudo, sabemos que esta situação, desejável, não acontecerá de forma espontânea e natural. Aqui cabe lembrarmos aquela experiência com macacos, provavelmente hipotética, relatada no módulo “Processo de trabalho em saúde” (FARIA et al., 2009). Naquele módulo, discutimos sobre “inércia” no trabalho. Durante a reflexão sobre esta questão, ficou claro que, muitas vezes, os indivíduos ou grupos não conseguem romper com a força da cultura institucional. Por isso, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades, em regime de cogestão com todos os membros das equipes de Saúde da Família e sob a coordenação do gestor local, para os processos de constante construção do Sistema Único de Saúde.

Seção 2

Envelhecimento populacional
e saúde dos idosos

O conteúdo da seção 2 diz respeito à abordagem do envelhecimento populacional e a saúde dos idosos. Serão apresentadas algumas características da transição demográfica, epidemiológica e da mortalidade da população de idosos no Brasil e em Minas Gerais.

O impacto dessas informações sobre o Profissional de Educação Física irá permitir ao mesmo uma análise com maior contextualização sobre o envelhecimento e a expectativa de vida, sendo esses importantes fenômenos não só para os Profissionais de Educação Física, mas para todos os profissionais integrantes das equipes de saúde. Considerando os dados dos estudos demográficos e epidemiológicos nacionais envolvendo o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, diferentes projeções, conseqüências e desafios são lançados, sobretudo para a população idosa.

Esperamos que ao término desta seção você seja capaz de:

- Entender por que e como o Brasil está envelhecendo.
- Compreender como a mudança no perfil epidemiológico pode interferir no padrão de saúde e doença.
- Contextualizar a contribuição do conhecimento desta seção na organização do processo de trabalho.

Sabendo dos objetivos desta seção, nós poderemos agora caminhar juntos e de maneira proativa para entender aspectos importantes e norteadores sobre o envelhecimento populacional e a saúde dos idosos. Vamos em frente, buscando fortalecer nossa atuação como agentes transformadores dentro do binômio educação – saúde.

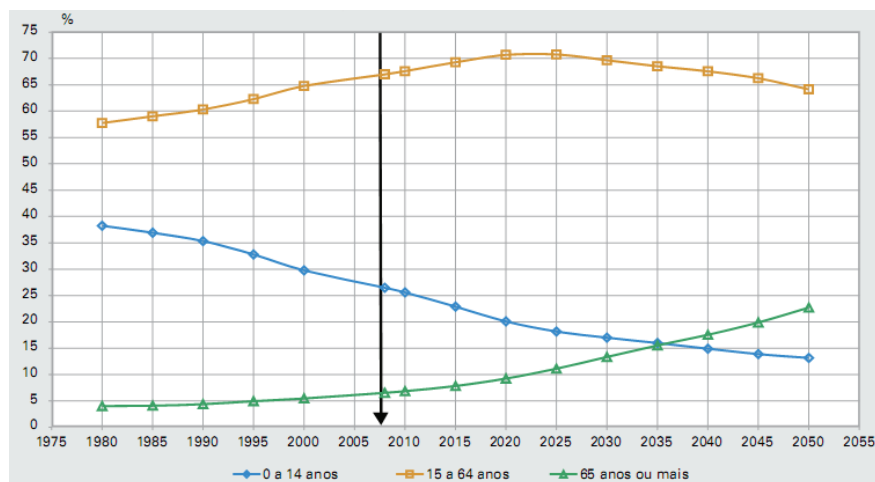
Parte 1

Transição demográfica

No Brasil

Em 2008, enquanto as crianças de 0 a 14 anos de idade correspondiam a 26,47% da população total, o contingente com 65 anos ou mais de idade representava 6,53%. Quando se compara esses valores com uma projeção para o ano de 2050 (Gráfico 1), observa-se que o primeiro grupo mencionado representará 13,15% da população total, ao passo que o segundo grupo (pessoas com 65 anos ou mais) ultrapassará os 22,71% da população total. Com isso é possível ter uma idéia melhor das transformações que estão por acontecer com a população brasileira. A essas transformações dá-se o nome de transição demográfica.

Gráfico 1 - Participação relativa da população dos grandes grupos de idade na população total - Brasil - 1980/2050



Fonte: IBGE, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

Glossário

Taxa de natalidade: número de pessoas que nascem por 1000 habitantes durante 1 ano.

Taxa de fecundidade: número médio de filhos que uma mulher teria ao final de sua idade reprodutiva.

Taxa de mortalidade: número de pessoas que morrem por 1000 habitantes durante 1 ano.

Taxa de migração: número de pessoas que vão de um país para outro ou de um lugar geográfico para outro dentro de um mesmo país, com mudança de residência. No primeiro caso trata-se de migração internacional e no segundo de migração interna.

A transição demográfica pode ser entendida como as mudanças verificadas ao longo do tempo nas taxas de fecundidade, natalidade, migração e mortalidade e da influência da economia, das variações climáticas e das mudanças culturais sobre esses indicadores. Em outras palavras, pode-se dizer que a transição demográfica é o termo que designa o conjunto de modificações em relação à dimensão e estrutura etária da população.

A transição demográfica é um dos fenômenos estruturais mais importantes que tem marcado a economia e a sociedade brasileira desde a segunda metade do século passado.

A transição demográfica pode ser sintetizada em 3 fases:

- Primeira fase: caracterizada por elevadas taxas de fecundidade, mas com taxas de mortalidade ainda mais altas, originando baixo crescimento populacional. A grande ruptura com esse período começa a se dar nos países desenvolvidos com a Revolução industrial, já nos países em desenvolvimento isso ocorre apenas em meados do século XX.
- Segunda fase: caracterizada por elevadas taxas de fecundidade e declínio das taxas de mortalidade, gerando elevado crescimento populacional. Esse elevado crescimento populacional foi chamado de explosão demográfica. Nos países desenvolvidos esse fato ocorreu logo após a Revolução Industrial. Já nos países em desenvolvimento isso ocorreu na segunda metade do século XX.
- Terceira fase: caracterizada por baixas taxas de fecundidade e de mortalidade, ocasionando o envelhecimento populacional. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009 - mostram que há uma queda acelerada das taxas de fecundidade e mortalidade no Brasil. Desta forma, o Brasil já teria ingressado na terceira fase da transição demográfica. Segundo os dados da PNAD 2009, a população brasileira contava com cerca de 191,8 milhões de habitantes. Destas, aproximadamente 21 milhões eram pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2009).

Para refletir...

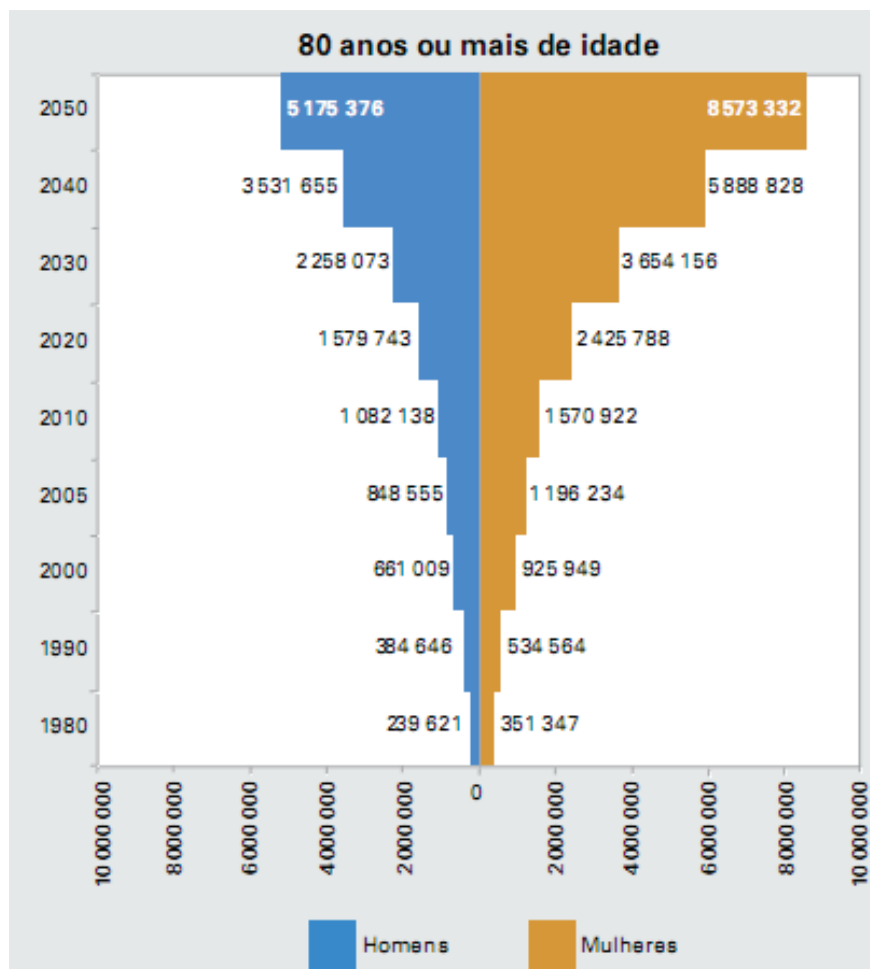
Você conseguiria identificar em qual fase da transição demográfica as pessoas da sua área de abrangência estariam?

Os idosos já representam uma parcela significativa desta população?

Octogenários

Uma análise mais detalhada das pessoas com 60 anos ou mais indica um aspecto interessante. É possível verificar um considerável incremento da população de 80 anos ou mais de idade. Em 2000 eram 1,6 milhão de pessoas com 80 anos ou mais de idade e, em 2050, poderão ser 13,8 milhões de pessoas nessa mesma faixa etária (Gráfico 2). Este fato é preocupante, pois este grupo de idosos se destaca por apresentar maior prevalência de doenças e um declínio funcional acentuado, o que pode torná-los dependentes.

Gráfico 2 - População com 80 anos ou mais, por sexo - Brasil - 1980/2050



Fonte: IBGE, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

Para saber mais...

Se puder confira os artigos sobre o tema, disponíveis na [biblioteca virtual](#):

- “Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil” (BRITO, 2008).
- “Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico” (NOGUEIRA et al., 2008).

Vamos pensar...

Na sua área de abrangência já é possível perceber o aumento do número de idosos com 80 anos ou mais?

Feminização do envelhecimento

Um fenômeno que acompanha o envelhecimento da população é a feminização da velhice, ou seja, as mulheres vivem mais do que os homens. Nos países desenvolvidos é possível observar uma maior proporção de mulheres entre os idosos. Nos países em desenvolvimento, esse fenômeno também já pode ser observado. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009, entre as pessoas com 60 anos ou mais de idade, as mulheres são a maioria (55,8%) (IBGE, 2009). A principal razão disso é explicada pelo diferencial de mortalidade que determina uma vida média mais elevada para as mulheres.

Em Minas Gerais

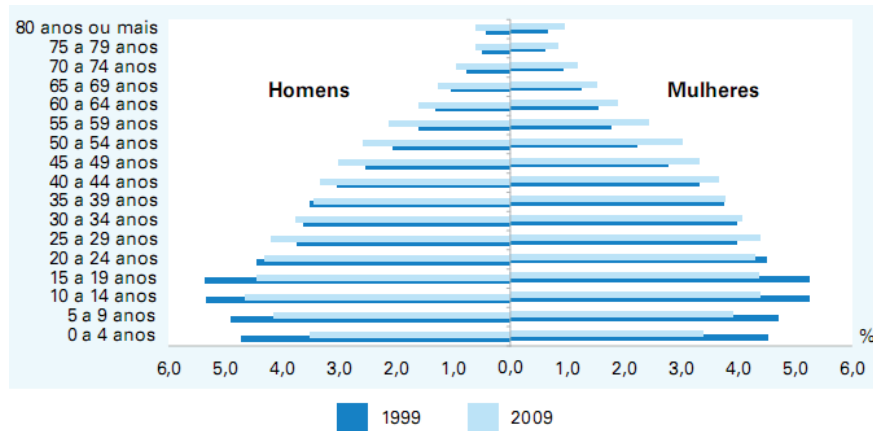
Minas Gerais apresenta uma transição demográfica semelhante a do Brasil, ou seja, um ritmo cada vez mais lento de crescimento populacional e o envelhecimento da estrutura etária. Em 2000 Minas Gerais tinha 17.891.494 milhões de habitantes. A faixa até 15 anos de idade, que em 1970 representava 43,3% da população total de Minas Gerais, passou a representar 28,4% da população em 2000. Em contrapartida, na faixa acima dos 60 anos há um aumento proporcional de 4,8% para 9,1% no período. Já em 2009, de acordo com dados do IBGE, havia cerca de 20.033.665 milhões de pessoas residentes em Minas Gerais. Destas, aproximadamente 12,2% (2.444.107) eram pessoas de 60 anos ou mais e 1,7% (340.572) de 80 anos ou mais. Esses dados mostram o envelhecimento da população em Minas Gerais, assim como no Brasil.

Outro aspecto relativo à transição demográfica brasileira, assim como a de Minas Gerais é a maior proporção de mulheres com o avanço da faixa etária, que resulta na diminuição quantitativa de homens em relação a cada grupo de 100 mulheres.

De acordo com a pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (IBGE), Minas Gerais tinha 468.948 homens e 579.971 mulheres na faixa etária de 65 a 74 anos e 251.644 homens e 325.795 mulheres na faixa etária de 75 anos ou mais, que confirma a superioridade feminina em Minas Gerais.

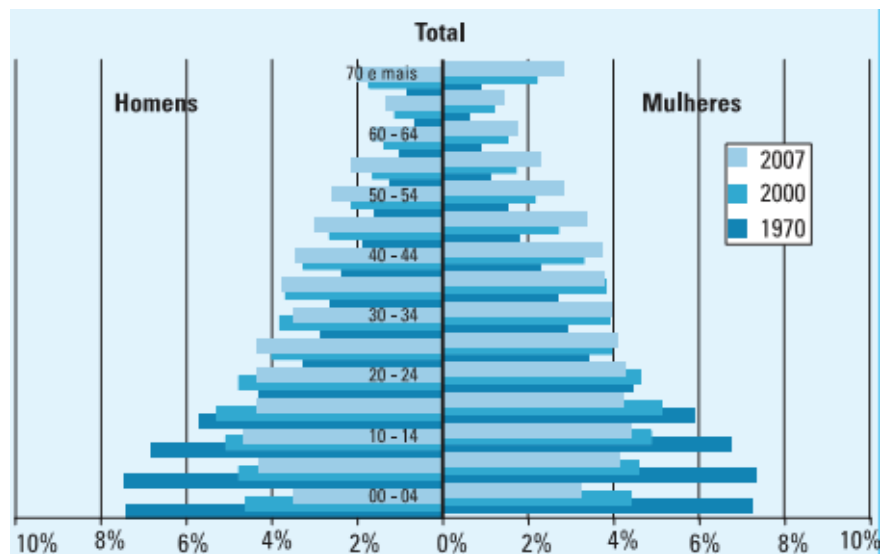
Essas transformações podem ser mais bem visualizadas quando comparamos a composição etária da população brasileira com a de Minas Gerais (Gráficos 3 e 4). É possível observar em ambos os gráficos (Brasil e Minas Gerais) que a pirâmide antes com base larga e ápice pontiagudo está caminhando para um estreitamento na base da pirâmide, o que indica uma redução no número de crianças e adolescentes e um alargamento superior que indica o crescimento da população de idosos, com superioridade feminina.

Gráfico 3 - Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade Brasil - 1999/2009



Fonte: IBGE - Síntese de Indicadores Sociais, 2010.

Gráfico 4 - Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade Minas Gerais - 1970/2007



Fonte: Censo demográfico, Minas Gerais, 1970, 2000 In: Fundação João Pinheiro, 2008.

Esses números reforçam o que já vem sendo divulgado há alguns anos por especialistas em demografia: a necessidade de maior atenção aos idosos por parte dos vários setores da sociedade, uma vez que a tendência é de que essa parte da população continue a ter participação crescente nas próximas décadas.

Parte 2

Transição epidemiológica

Concomitantemente a essas transições demográficas ocorrem outras mudanças no comportamento da mortalidade e morbidade da população. Essas mudanças deram origem ao conceito de transição epidemiológica. A teoria da transição epidemiológica está focalizada na complexa mudança dos padrões de saúde e doença e nas interações entre esses padrões e seus determinantes e conseqüências.

Além das modificações populacionais, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. O padrão caracterizado por doenças e óbitos por causas infecciosas e transmissíveis vem sendo progressivamente substituído pelo de doenças crônicas, degenerativas e causas externas ligadas a acidentes e violência. Contudo, há que se atentar para a permanência e reincidência de algumas doenças transmissíveis, por seu potencial de impactar a vida, social e economicamente, e os sistemas de saúde.

Essas mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto novos desafios, pois as doenças crônicas custam caro ao Sistema Único de Saúde (SUS). Se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica.

A transição demográfica indica o envelhecimento da população, sendo assim, conhecer mais detalhadamente a evolução das doenças e causas de morte da população idosa (população com 60 anos ou mais de idade) torna-se fundamental para o planejamento de ações na área da saúde.

À medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2008 - somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças (Gráfico 5) (IBGE, 2008). Para aqueles de 75 anos ou mais de idade, esta proporção cai para 19,7%. A pesquisa mostrou ainda que

Glossário

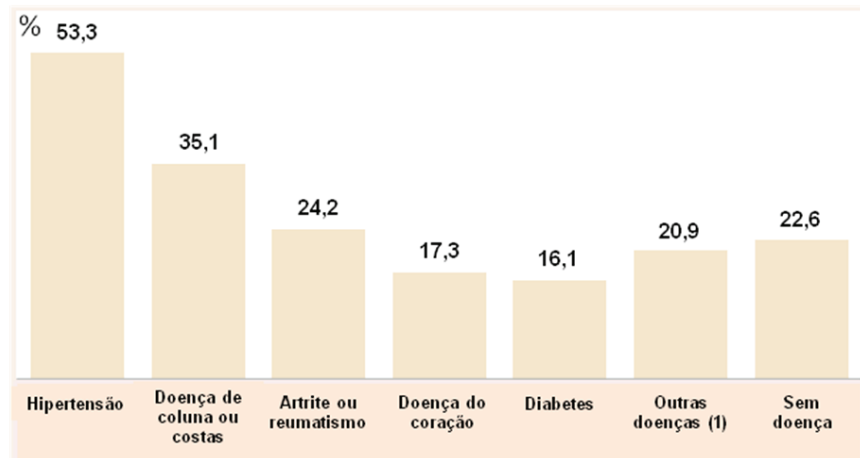
Morbidade: Termo usado para designar o conjunto de casos de uma dada doença ou a soma de agravos a saúde que atingem um grupo de indivíduos, em um dado intervalo de tempo e lugar específico.

Para saber mais...

- “O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica” (LEBRÃO, 2007), disponível na sua [biblioteca virtual](#).

quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica e, no subgrupo de 75 anos de idade ou mais a proporção atingia mais da metade (54,0%). Entre as doenças crônicas, a hipertensão é a que mais se destaca em todos os subgrupos de idosos.

Gráfico 5 - Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade que declararam sofrer algum tipo de doença crônica, segundo os principais tipos - Brasil - 2008



Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais, 2010.

(1) Inclui depressão (9,2%), asma ou bronquite (5,9%), tendinite ou tenossinovite (5,0%), insuficiência renal crônica (3,3%) e câncer (2,5%).

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua.

Qualquer que seja o indicador de saúde analisado haverá uma proporção maior de agravos e procedimentos médicos entre aqueles de mais de 60 anos, em comparação aos demais grupos etários, implicando maior utilização dos serviços de saúde e custos mais elevados.

Uma forma bastante comum de se analisar a evolução do perfil de saúde de uma população é a comparação de situações de mortalidade (óbito) em diferentes momentos.

Mortalidade em idosos

Os óbitos são classificados por 20 tipos de causas. As principais causas de morte são:

- Neoplasias: óbito em consequência de algum tipo de câncer;
- Doenças endócrinas: óbito causado por doença relacionada ao sistema endócrino (hormônios). Uma doença característica desse grupo é o Diabetes Mellitus (deficiência no hormônio insulina);
- Doenças respiratórias: doenças do pulmão, como, por exemplo, bronquite, enfisema e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
- Doenças circulatórias: problemas no coração ou no sistema circulatório, como, por exemplo, o infarto cardíaco.
- Causas externas: óbitos em decorrência da violência e acidentes de trânsito;
- Demais causas: correspondem a doenças infecciosas, doenças da gravidez, parto e puerpério, entre outras.

Nos anos mais recentes, a estrutura da mortalidade no Brasil vem passando por profundas mudanças, principalmente no que se refere à incidência de determinadas causas de óbitos sobre as distintas faixas etárias.

Causas evitáveis como as relacionadas às enfermidades infecciosas e parasitárias, à má nutrição e aos problemas relacionados à saúde reprodutiva, que historicamente afetavam a mortalidade infantil (menores de 1 ano de idade) e de menores de 5 anos, vêm, cada vez mais, perdendo sua predominância anterior. Por outro lado, vêm aparecendo com mais frequência causas de morte relacionadas a enfermidades não transmissíveis e causas externas (violentas).

Na estrutura da mortalidade, o peso das causas relacionadas a problemas circulatórios, respiratórios e neoplasias, torna-se importante, pois vêm incidindo nas faixas etárias mais idosas. Este é um grupo (60 anos ou mais de idade) que vem aumentando sua representação na composição da estrutura geral da população, tanto em termos absolutos como relativos, estabelecendo um novo padrão demográfico brasileiro, associado à elevação da expectativa de vida. As enfermidades relacionadas a problemas do aparelho circulatório atingem mais fortemente as pessoas na faixa de 60 anos ou mais. O perfil para os idosos reproduz, em parte, os principais grupos de causas de mortes da população como um todo, sendo as doenças do aparelho circulatório, com 37,5% das mortes, a causa majoritária. Os óbitos por neoplasias representaram 16,9% do total de mortes de idosos e, em seguida, a maior proporção foram daqueles relacionados às doenças do aparelho respiratório (IBGE - SIS, 2010).

Para saber mais...

Para mais informações sobre este tópico, consulte também...

- Chamowicz et al. (2009), caderno Saúde do Idoso, parte 3 nas páginas 34 á 41, disponível na [biblioteca virtual](#).

Em Minas Gerais

Em Minas Gerais, assim como no Brasil, ao mesmo tempo em que a estrutura etária da população passa por importantes mudanças, o perfil de mortalidade também vem se transformando.

As doenças crônicas não transmissíveis nos últimos anos passaram a predominar nas estatísticas de morbimortalidade em Minas Gerais. No ano de 2007 foram responsáveis por 64% do total de óbitos por todas as idades. As principais causas de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório com 32,2%, as neoplasias com 16,5%, as causas externas com 12,6% e as doenças do aparelho respiratório com 11,3%.

Durante o ano de 2008 as DCNT representaram mais de 35% de internações pelo SUS, por todas as idades. A primeira causa foi decorrente das doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas do aparelho respiratório, do digestivo e das causas externas, respectivamente.

Importante:

Como você certamente percebeu durante a leitura sobre as transições demográfica e epidemiológica, o maior impacto do envelhecimento populacional ainda está por vir. Esse impacto irá demandar do sistema de saúde, das políticas públicas de saúde e dos profissionais envolvidos na estratégia Saúde da Família (ESF) um grande esforço para que o serviço prestado à população seja satisfatório. Embora vocês já tenham sido sensibilizados com a necessidade e a importância da atenção à saúde dos jovens/adolescentes e adultos, não temos dúvida de que o grupo de usuários relacionado com a população idosa irá representar também um grande desafio. Vamos nos preparar para absorver esta demanda com qualidade?

Na parte 1 e 2 você estudou as características do envelhecimento populacional e as transformações no perfil de mortalidade e morbidade. Para reforçar o seu aprendizado nesta seção, sugerimos que reflita sobre as seguintes questões:

- Como o envelhecimento da população está refletindo na área de abrangência da sua equipe de saúde?
- Qual o significado da redução da mortalidade por doenças infecto-contagiosas e do aumento do número de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT)?
- É possível verificar o fenômeno da feminização da população idosa na sua área de abrangência?
- Que contribuição este conhecimento terá na organização do processo de trabalho da sua equipe de saúde?

Atividade 1

Faça a leitura do trabalho “Núcleos de apoio à saúde da família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos” (FLORINDO, 2009), disponível na biblioteca virtual.

Identifique os problemas levantados pelo autor no que diz respeito ao NASF e sua contribuição com as equipes de ESF e também as sugestões para enfrentá-los. Registre-os por escrito.

Após a identificação dos problemas e das sugestões para enfrentá-los na leitura sugerida, faça uma comparação com os problemas e as ações desenvolvidas para solução dos mesmos vivenciados por você dentro do NASF ou no projeto social no qual você atua.

Registre, por escrito, sua opinião. Consulte, no cronograma da disciplina, outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



Seção 3

Desafios relativos ao envelhecimento



Fonte: dreamstime.com - Tatyana Chernyak

Na segunda seção deste módulo - “Envelhecimento populacional e saúde dos Idosos” - você constatou que no Brasil, a população idosa cresce mais que as outras faixas etárias e que ainda pode ser considerada uma população de idosos jovem; sendo que a maioria tem menos de 70 anos. Paralelo a essa informação, é importante ficar atento para outros estudos, os quais indicam que a dependência para desempenhar as atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os idosos com 90 anos ou mais. Então, se associarmos estas informações é muito fácil deduzir que ainda está por vir uma grande demanda sobre todo o sistema de atenção à saúde da pessoa idosa. Essa demanda para ser absorvida adequadamente irá requerer uma antecipação de políticas públicas específicas e sustentáveis em uma ponta e equipes de saúde bem preparadas na outra. Contudo, já é possível identificar hoje diferentes desafios relacionados ao processo de envelhecimento, como a capacidade funcional, quedas, depressão, o baixo nível de inclusão da prática regular de atividade física entre os hábitos de vida do idoso, entre outros. Um auxílio importante no enfrentamento desses desafios na atenção à saúde da pessoa idosa está relacionado com a prática regular de atividades físicas.

Considerando a crescente evidência da relevância da atividade física para a saúde do indivíduo, aliado a conscientização da importância deste instrumento como uma estratégia de prevenção e promoção da saúde, a terceira seção

deste módulo irá abordar os desafios relativos ao envelhecimento e a relação dos mesmos com a atividade física. Esta seção foi dividida nas seguintes partes:

- Parte 1 – Adesão a prática de atividade física
- Parte 2 - Capacidade funcional
- Parte 3 - Quedas
- Parte 4 - Depressão

Como objetivo geral, esperamos que esta seção contribua para que você seja capaz de argumentar sobre cada um dos desafios mencionados de maneira isolada, mas que tenha a capacidade também de fazer análises e inferências sobre as condições de saúde dos idosos, considerando a interação complexa entre os diferentes aspectos envolvidos.

Ao término desta seção pretendemos que você desenvolva sua competência para:

- Fundamentar a importância da prática regular de atividade física para o idoso.
- Compreender as relações entre capacidade funcional, autonomia e independência.
- Entender por que a queda é uma das mais importantes preocupações.
- Perceber a contribuição da atividade física na prevenção da depressão.

Parte 1

Adesão a prática de atividade

Se a independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa, o envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Desta forma, a redução da prevalência da inatividade física em idosos deverá mobilizar a criatividade dos profissionais da saúde para estabelecerem programas e ações que asseguram um avanço nesta direção. Na realidade, a inclusão da prática regular de atividade física deve se entendida como uma questão essencial nos hábitos da vida sociocultural do idoso e que irá garantir realmente um envelhecimento ativo.

Em um estudo de Marin et al. (2008) foi investigada a percepção de profissionais que atuam na estratégia Saúde da Família (ESF) quanto à saúde do idoso. Os resultados desse estudo indicaram que a falta de adesão ao cuidado e de apoio dos familiares é uma das principais temáticas neste contexto. Por este motivo e pela relevância do mesmo para as futuras perspectivas visando à promoção, à prevenção, à cura e à reabilitação das condições de saúde dessa parcela da população, na parte 1 desta seção vamos confrontar com esta temática.

É interessante destacar que, disseminar simplesmente a informação sobre os benefícios da atividade física à saúde não parece ser suficiente para uma adesão aumentada entre os idosos. Mudanças de comportamento são necessárias e devem ser pensadas em longo prazo para que os idosos jovens de hoje sejam os idosos “muito idosos” com um perfil de envelhecimento ativo no futuro. A busca pela inclusão da prática regular de atividade nos hábitos da vida do idoso é primordial para a promoção da saúde. Contudo, isso não exime a necessidade dos profissionais das equipes de saúde de pensarem construtivamente em ações e estratégias agudas de intervenção frente à prevalência de inatividade na população idosa.

O sedentarismo no Brasil apresenta alta prevalência, causando custos elevados, tanto diretos quanto indiretos, para o sistema de saúde.

Dados apresentados pela vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL - VIGITEL, 2009) mostram que a frequência de adultos que praticam atividade física no tempo livre foi baixa em todas as cidades estudadas, variando entre 10,3% em São Paulo e 21,2% em

Vitória. No conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência da atividade física realizada no tempo livre foi de 14,7%, sendo maior no sexo masculino (18,8%) do que no sexo feminino (11,3%). Em Belo Horizonte, o percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividade física no tempo livre foi de 21,2% para o sexo masculino e 11,2% para o sexo feminino. Em Minas Gerais a situação parece ser ainda pior. Dados da Pesquisa por Amostras de Domicílios de Minas Gerais - PAD-MG, 2009 mostram que o sedentarismo atinge 78,5% dos mineiros. Quase oito em cada 10 pessoas em Minas Gerais admitem não fazer exercícios físicos (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2009).

No Brasil, a atividade física no lazer é mais freqüente para o sexo masculino (18,1%) do que para o sexo feminino (10,8%). Entre homens, a freqüência alcança 20,5% entre os idosos. Já entre as mulheres, a situação é mais desfavorável, apenas 11,2% das idosas informam atividade física suficiente no lazer (BRASIL, 2009). Contudo, Dumith (2009) em um estudo de revisão sistemática sobre atividade física no Brasil verificou que existem poucas pesquisas realizadas exclusivamente com idosos e que há necessidade de uma padronização de critérios, nomenclaturas e instrumentos nos estudos epidemiológicos envolvendo a prevalência de atividade física.

Diminuir o sedentarismo e promover estilos de vida mais saudáveis com a participação da atenção básica à saúde e seus profissionais pode representar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde populacional e nos custos relacionados à gestão dos serviços. Além disso, um estilo de vida ativo demonstra efeito positivo na prevenção e minimização das perdas decorrentes do processo de envelhecimento. Sendo, assim, torna-se importante que a atividade física seja parte fundamental dos programas de promoção da saúde. O reconhecimento científico da importância da prática regular da atividade física na saúde do indivíduo, a conscientização do grande valor da atividade física como estratégia de promoção da saúde são temas que a cada dia vêm ganhando mais espaços.

Promoção da saúde

A promoção da saúde é definida na Carta de Ottawa (OMS, 1986) como um processo que consiste em proporcionar às pessoas os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Neste contexto, é importante destacar que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de

Para aprofundar...

Confira os artigos, disponíveis na biblioteca virtual, sobre o tema:

- “Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática” (HALLAL et al., 2007).
- “Atitudes de idosos frente à prática de atividades físicas” (OKUMA; MIRANDA; VELARDI, 2007).

saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. A promoção da saúde é concebida, cada vez mais, como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e outros setores sociais e produtivos, voltados para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva. Dessa forma, a promoção da saúde sai dos centros de saúde e se estende para as comunidades, os ambientes, as escolas; acrescentando como campo de atuação, o reforço comunitário, que contém um componente educativo, que é o desenvolvimento de habilidades sociais.

Apesar das evidências relacionadas aos benefícios advindos da prática de atividade física, um número elevado de idosos não pratica atividade física suficiente para obter tais benefícios. Neste contexto deve-se ressaltar que diversos fatores podem ser determinantes para dificultar ou impedir a prática regular de atividade física, como por exemplo, problemas de saúde, ambiente físico, falta de conhecimento, fatores psicológicos, cognitivos, emocionais, além dos fatores culturais e sociais.

As iniciativas não devem se restringir apenas à transmissão de informações, mas incentivar a criação de diferentes estratégias que aumentem o nível de conhecimento e que melhorem as condições para que os idosos escolham modos de vida saudáveis. Assim, há necessidade de intervenções educativas com abordagem ao indivíduo, família e comunidade, que promovam novas aprendizagens, que levem os idosos a refletirem sobre si e sobre a importância da prática regular de atividade física, valorizando a sua prática. Deve-se atribuir significados ao novo conhecimento para que ele seja incorporado e aplicado na vida diária. Para reforçar esse entendimento, você certamente irá se lembrar das discussões desenvolvidas no módulo 4 da unidade didática I, práticas educativas em atenção básica à saúde (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Atividade 2

Para provocar mudanças no comportamento e possibilitar que os idosos possam fazer uma transição de um perfil sedentário para fisicamente ativo, o que é necessário na sua opinião?

Vamos discutir no Fórum!



Parte 2

Capacidade funcional

Considerando o novo paradigma social do envelhecimento e seus reflexos na dimensão da saúde, tem-se utilizado o conceito de capacidade funcional para definir, instrumentalizar e operacionalizar saúde no idoso.

Neste sentido, a capacidade funcional diz respeito à habilidade que um indivíduo tem de realizar de forma autônoma aquelas atividades consideradas fundamentais a sua sobrevivência, bem como a manutenção das suas relações sociais.

Estudos apontam a limitação funcional como um importante preditor de morbimortalidade, tanto isoladamente, como associada a comportamentos relacionados ao estilo de vida, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), disfunções neuropsíquicas e fatores sociodemográficos.

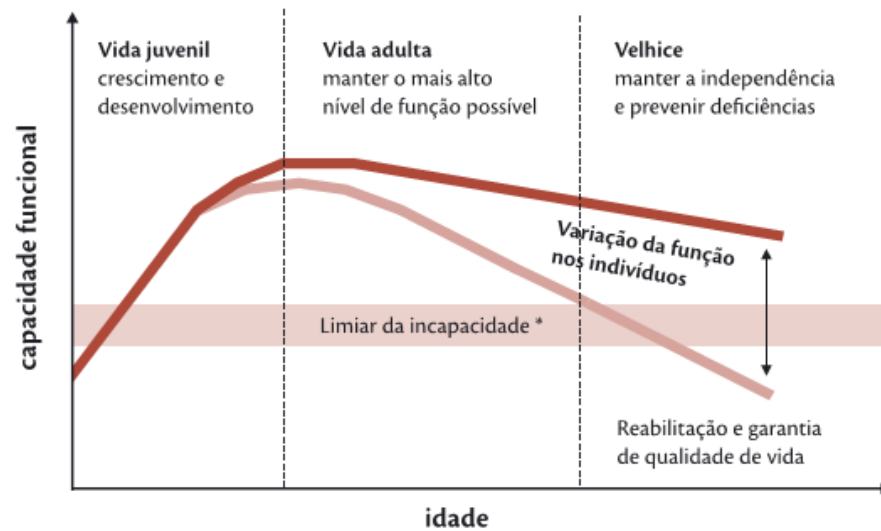
Muitos idosos têm várias doenças simultaneamente, que variam em severidade e provocam diferentes impactos na vida cotidiana, refletindo diretamente sobre o autocuidado e fazendo com que, a médio e longo prazo, surja a necessidade de cuidados de longa permanência, geralmente com altos custos. Sendo assim, a avaliação da capacidade funcional vem se tornando um instrumento particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos. Sua prevalência geralmente é mensurada através da incapacidade de realizar as atividades da vida diária (AVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). As atividades da vida diária (AVDs) são aquelas relacionadas ao autocuidado, já as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) são aquelas relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. Exemplos dessas atividades podem ser visualizados no quadro abaixo.

Atividades da vida diária	Atividades instrumentais da vida diária
<ul style="list-style-type: none"> • alimentar-se; • banhar-se; • vestir-se; • mobilizar-se; • deambular; • ir ao banheiro e; • manter controle sobre suas • necessidades fisiológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • utilizar meios de transporte; • manipular medicamentos; • realizar compras; • realizar tarefas domésticas leves e pesadas; • utilizar o telefone; • preparar refeições e; • cuidar das próprias finanças.

Lembrete

Envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança com o objetivo de aumentar a qualidade de vida quando as pessoas envelhecem. É um termo utilizado para transmitir uma mensagem mais abrangente do que o “envelhecimento saudável” e reconhecer outros fatores, além de cuidados de saúde, que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (OMS, 2005).

A perspectiva de curso de vida para o envelhecimento ativo reconhece que os mais velhos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade. As intervenções que criam ambientes de apoio e promovem opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida (figura 1). A capacidade funcional atinge seu máximo nos primeiros anos da vida adulta, entrando em declínio em seguida. A velocidade do declínio, no entanto, é fortemente determinada por fatores relacionados ao estilo de vida na vida adulta, como por exemplo, tabagismo, consumo de álcool, prática regular ou não de atividade física e dieta alimentar, assim como por fatores externos e ambientais. O declínio pode ser tão acentuado que resulte em uma deficiência prematura. Contudo, a aceleração no declínio pode sofrer influências e ser reversível em qualquer idade através de medidas individuais e públicas (OMS, 2005).

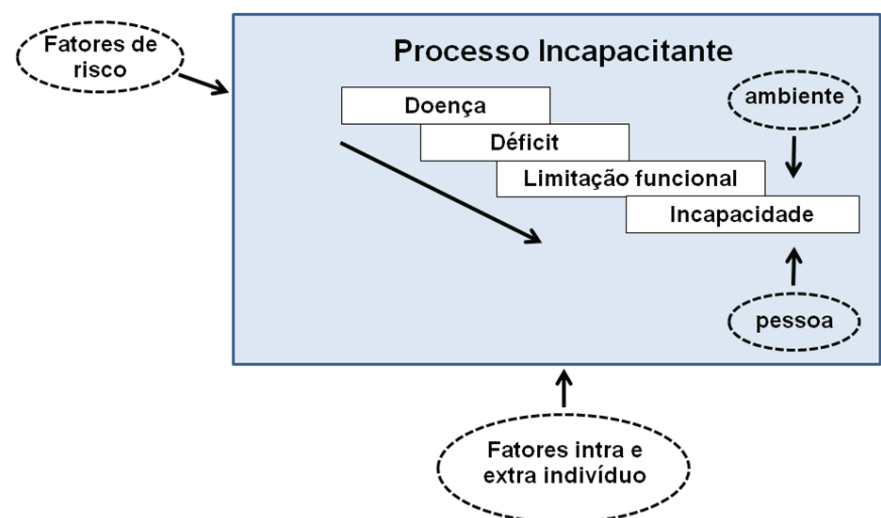


Fonte: Kalache; Kickbusch, 1997 In: OMS, 2005.

Figura 1: Manutenção da capacidade funcional durante o curso da vida

* Mudanças no ambiente podem diminuir o limiar da deficiência e, assim, reduzir o número de pessoas com incapacidades em uma comunidade.

O processo incapacitante corresponde à evolução de uma condição crônica que envolve fatores de risco, como por exemplo, demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos (figura 2).



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006.

Figura 2: Estruturação do processo incapacitante

Dentre as conseqüências do processo incapacitante destacam-se a hospitalização e a institucionalização, que influenciam diretamente a qualidade de vida das pessoas idosas.

Quando se discute o processo incapacitante, três conceitos apresentam-se interligados e interdependentes, são eles: autonomia, independência e dependência.

Muitas pessoas mantêm sua autonomia (capacidade de decisão), embora sejam dependentes (incapacidade física para executar uma determinada ação). É muito freqüente observar que, na vigência de situações de dependência, a autonomia da pessoa idosa tende a não ser considerada. Por isso, a condição de dependência é a que mais amedronta os idosos. Não significa que se o idoso não consegue executar uma ação de forma total ou parcial, que ele também não seja capaz de decidir sobre a mesma.

Neste contexto, a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde e passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões, se comprometida, pode afetar a capacidade funcional do idoso.

Na medida em que a idade cronológica é aumentada o indivíduo, naturalmente, tende a se tornar menos ativo, suas capacidades físicas são reduzidas e com isso alterações psicológicas (sentimento de velhice, estresse e depressão), a convivência e as limitações sociais se evidenciam. As doenças crônicas e a redução do nível de atividade física tendem a acelerar este processo, fazendo com que os idosos constituam o grupo mais suscetível à incapacidade funcional.

Foi inserido no levantamento suplementar de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2008 um bloco de perguntas buscando mensurar, com base em uma escala progressiva, o grau de dificuldade com que uma pessoa exerce, normalmente, determinada tarefa, possibilitando conhecer e analisar o estágio de limitação física de saúde em que se encontra. Responderam este conjunto de perguntas pessoas de 14 anos ou mais de idade.

Segundo os dados da PNAD 2008 (IBGE, 2008), a proporção da população com 60 anos ou mais de idade que tinha alguma dificuldade na realização de tarefas como alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro sem ajuda chegou a 15,2%. Em tarefas como empurrar uma mesa ou realizar consertos domésticos o percentual aumentou para 46,9%. Foram consideradas também as atividades de abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se, onde 53,9% dos idosos afirmaram apresentar dificuldade e andar 100 metros, onde 27,0% dos idosos afirmaram ter dificuldade.

Glossário

Autonomia: é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.

Independência: significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa. De maneira similar, a OMS, entende como a capacidade de viver independentemente na comunidade sem ou com pouca ajuda de outra pessoa.

Dependência: significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa.

A atenção à saúde dos idosos é primordial para preservar a sua autonomia e independência pelo maior tempo possível. A avaliação funcional determinará o grau de dependência da pessoa idosa e os tipos de cuidados que vão ser necessários, além de como e por quem os mesmos poderão ser mais apropriadamente realizados.

Vamos conhecer agora duas escalas para avaliação das atividades da vida diária (AVD) e das atividades instrumentais da vida diária (AIVD)

A primeira escala desenvolvida para avaliação das Atividades da Vida Diária (AVD) e que nos dias de hoje ainda é muito utilizada é a Escala de Katz (Anexo 1). Esta escala avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes.

Posteriormente, Lawton e Brody (1969) propuseram outro instrumento para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Anexo 2), consideradas mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária independente. Esta escala avalia a independência no desempenho de nove funções (usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum transporte, fazer compras, preparar suas próprias refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar e passar sua roupa, tomar remédios na dose e horários corretos e cuidar de suas finanças) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes.

Além dos questionários propostos por Katz et. al (1963) e Lawton e Brody (1969), os testes físicos também são utilizados como ferramentas importantes para determinação do perfil funcional do idoso, tendo em vista que o desempenho nas atividades do cotidiano é determinado pela integração de diversas capacidades e habilidades físicas. Os testes físicos permitem a predição de possíveis alterações longitudinais da capacidade funcional, além de serem utilizados para a avaliação do efeito de intervenções baseadas em programas de exercícios.

Para saber mais...

Veja o artigo sobre o tema, disponível na [biblioteca virtual](#):

- “Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências” (CAMARA et al., 2008).

Você terá contato agora com alguns testes para mensurar a capacidade funcional

Diante das diversas possibilidades de testes que podem compor a avaliação da capacidade funcional, serão apresentados a seguir alguns dos testes mais

utilizados e citados na literatura nacional e internacional.

Os testes de caminhada são vistos como uma alternativa rápida e de baixo custo para avaliar o comprometimento da capacidade funcional, já que podem refletir o potencial de realização das atividades da vida diária. Dentre as alternativas dos testes de caminhada, pode-se destacar o teste de caminhada de 6 minutos (Six-Minute Walk Test – 6MWT). Ele consiste em percorrer a maior distância possível no intervalo de 6 minutos. O teste deve ser executado em terreno plano de aproximadamente 30 metros e com marcações, de preferência, de metro em metro. O indivíduo é orientado a caminhar tão rápido quanto possível sem correr ou trotar. Se houver necessidade, o indivíduo poderá descansar, porém o tempo continuará sendo cronometrado.

A mobilidade também se estabelece como ponto fundamental da avaliação funcional, pois se relaciona intimamente com a probabilidade de quedas, o que representa impacto negativo sobre a capacidade funcional. Um teste de mobilidade que tem sido amplamente utilizado para avaliação da capacidade funcional do idoso é Timed Up and Go (TUG). Esse teste baseia-se em avaliar a velocidade de execução em levantar de uma cadeira com braços, caminhar três metros à frente, virar, caminhar de volta e sentar na cadeira, caracterizando, assim, um conjunto de ações tipicamente rotineiras, fundamentais para mobilidade independente (figura 3).

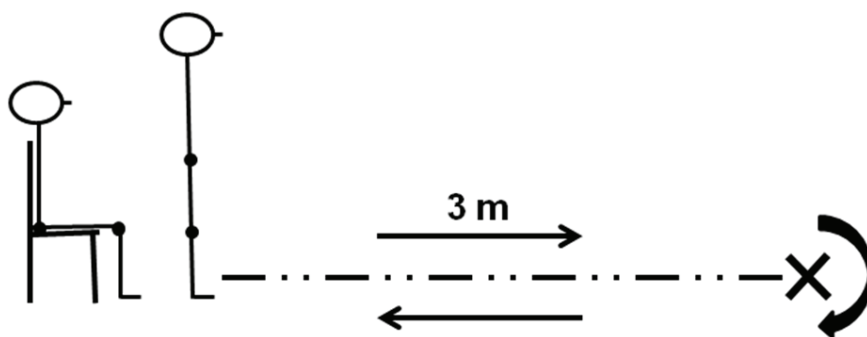


Figura 3: Desenho esquemático do *Timed Up and Go* (TUG)

A capacidade de manutenção do equilíbrio estático e dinâmico é um ponto crucial para a manutenção da independência funcional, para reduzir o risco de quedas, morbidade e mortalidade na velhice. Mensurações do equilíbrio em posição ortostática, portanto, tornam-se preeminentes, pois essa ação está presente em atividades funcionais comuns, reflete a estabilidade postural do indivíduo, podendo assim identificar aqueles que apresentam maiores riscos

de queda. Um teste de equilíbrio estático muito utilizado na literatura é o teste de apoio unipodal. Esse teste consiste em mensurar o tempo que o avaliado consegue sustentar-se em pé, com apoio de apenas um dos membros inferiores, enquanto mantém o outro pé a aproximadamente a 10 centímetros do solo (figura 4).

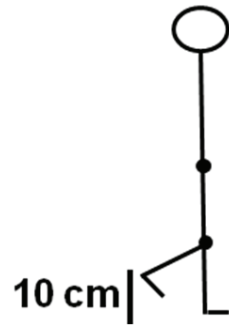


Figura 4: Desenho esquemático do teste de apoio unipodal

Além do equilíbrio estático, a avaliação do equilíbrio dinâmico é extremamente importante, pois decresce muito antes do equilíbrio estático e é capacidade fundamental, por exemplo, para a marcha e para levantar-se de uma cadeira. Um teste simples para a determinação do equilíbrio dinâmico muito utilizado é o teste de alcance funcional. Esse teste consiste em mensurar a máxima distância que um indivíduo consegue alcançar, projetando o tronco à frente com o braço estendido, sem mover os calcanhares do chão (figura 5). A distância é medida a partir de uma escala colocada numa parede, na altura no ombro do avaliado, considerando-se a melhor de três tentativas.

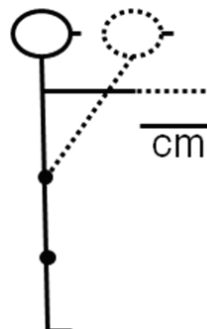


Figura 5: Desenho esquemático do teste de alcance funcional

A força muscular é uma capacidade física muito presente nas atividades rotineiras, pois se relaciona, por exemplo, com a velocidade da marcha, habilidade de subir degraus, levantar-se da cadeira, vestir-se e alimentar-se. Um teste que exige da força e potência muscular dos membros inferiores e tem sido utilizado em diversas abordagens é o teste de levantar-se de uma cadeira.

O teste consiste em realizar o movimento de levantar-se da cadeira até ficar na postura ereta e voltar à posição sentada (figura 6). É mensurada a quantidade de repetições realizadas em 30 segundos. Os braços devem estar cruzados junto ao tórax.

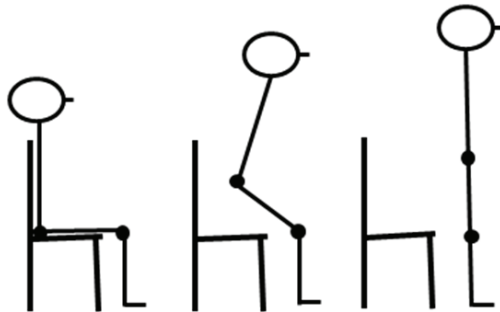


Figura 6: Desenho esquemático do teste de levantar-se de uma cadeira

Embora a avaliação dos membros inferiores pareça ser mais importante por relacionar-se com ações funcionais mais globais e com outras variáveis como equilíbrio (dinâmico e estático), velocidade da marcha e caminhada, também é proposta a avaliação da força dos membros superiores. Para tanto, o teste de flexão de cotovelo é frequentemente utilizado. O teste consiste em realizar o maior número de repetições de flexão unilateral de cotovelo com halteres, na posição sentada, por 30 segundos (figura 7).

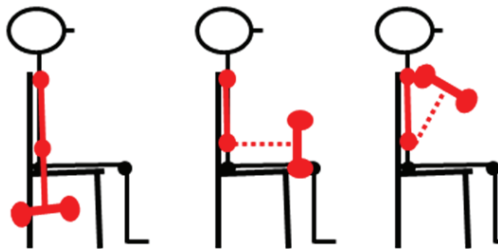


Figura 7: Desenho esquemático do teste de flexão de cotovelo

Por se tratar de um aspecto relevante no contexto da prescrição de atividade física, uma abordagem crítica sobre a importância da avaliação física será apresentada na seção 4, parte 2.

Para refletir...

Os testes funcionais têm como objetivo identificar disfunções e problemas da capacidade física, que podem indicar as necessidades a serem contempladas no programa de atividades físicas/práticas corporais com o idoso. Além disso, por meio dos testes, você pode ser capaz de fazer inferências sobre as condições de saúde dos idosos e utilizá-los para o controle e acompanhamento dos diferentes tipos de programas de saúde. Considerando essa argumentação, o Profissional de Educação Física deve estar apto a avaliar as habilidades funcionais, uma vez que, as mesmas são consideradas fortes preditoras de declínio funcional.

Parte 3

Quedas



Fonte: <http://recursostic.educacion.es/bancoimagenes/web/> - Banco de imágenes y sonidos

O envelhecimento populacional e o aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis provocam a necessidade da preparação e adequação dos serviços de saúde, incluindo a formação e capacitação de profissionais para o atendimento desta nova demanda. Neste contexto, emerge a discussão acerca de eventos incapacitantes que atingem essa faixa etária, dentre os quais se destacam a ocorrência de quedas e suas conseqüências. Esta temática é de grande relevância, pois afeta o indivíduo física e psicologicamente. Além de possíveis fraturas, do risco de morte, do medo de cair, da restrição de atividades, as quedas repercutem também no aumento do risco de institucionalização.

Nesta perspectiva, as quedas de idosos são atualmente uma das mais importantes preocupações, pois constituem um dos principais problemas clínicos e de saúde pública devido a sua alta incidência, às conseqüentes complicações para a saúde e aos custos assistenciais.

As pessoas com 60 anos ou mais de idade podem ter sua autonomia e sua independência alteradas e tornarem-se dependentes em razão das quedas.

Tratando-se, portanto, de pessoas idosas, os fatores inerentes à manutenção da autonomia e independência funcional são fundamentais para o dia-a-dia das mesmas.

Dimensão epidêmica

No Brasil, as quedas e suas conseqüências para as pessoas idosas têm assumido dimensão epidêmica. A cada ano, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem gastos crescentes com tratamentos de fraturas em pessoas idosas. A quantidade de internações aumenta a cada ano e as mulheres são as mais atingidas. Entre as mulheres foram 20.778 internações em 2009. As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as freqüências se igualam.

Considerando todo o país, somente em 2005, foram 1.304 óbitos por fraturas de fêmur. E em 2009 esse número subiu para 1.478.

Quando se trata de causas de morte entre os idosos, há um aspecto que muitas vezes é negligenciado como fator de óbitos evitáveis, o qual se constitui das chamadas “causas externas”. As fraturas constam na 10ª revisão da classificação internacional de doenças (CID10) como causa externa de mortalidade. Para a população idosa as quedas são o principal motivo de eventos acidentais. O reconhecimento dos fatores associados à queda, principalmente os que permitem intervenção, pode contribuir para a prevenção de sua ocorrência e redução de suas conseqüências, fomentando a manutenção da autonomia e independência dos idosos.

As quedas e suas conseqüências são observadas em todas as épocas da vida, porém são encaradas explicitamente como um problema da idade avançada. Os indivíduos idosos caem mais e correm mais riscos de lesões. O impacto psicológico das quedas é significativo entre os indivíduos mais velhos (LOPES; DIAS, 2010).

Queda é um fenômeno de origem multifatorial que pode ter uma relação com a falta de equilíbrio e baixo desempenho físico. Como conseqüência das quedas na funcionalidade do idoso podemos destacar: a limitação da realização de atividades fora de casa e na mobilidade, o abandono de certas atividades, as modificações no estilo de vida, a dependência parcial ou total para atividades da vida diária.

Importante

Um terço das quedas de idosos está associado a fatores ambientais, segundo os resultados de um estudo de revisão realizado por Rubenstein e Josephson, em 2002.

Chaimowicz et al. (2009), no Caderno Saúde do Idoso, apresentam alguns desses inúmeros fatores ambientais:

Iluminação inadequada: pouca luminosidade ou luz ofuscante.

Superfícies escorregadias: piso do banheiro molhado, piso encerado, tapete solto.

Piso irregular: tacos soltos, tapetes altos ou com dobras.

Obstáculos no chão: animais, brinquedos, fio de telefone e TV, roupas, calçados.

Móveis baixos soltos: mesinha de centro, mesa de cabeceira.

Móveis inadequados: cadeiras e poltronas muito baixas e sem braços, cama muito baixa.

Vaso sanitário: muito baixo.

Rampas: íngremes e sem corrimão dos dois lados.

Escadas: com degraus altos ou estreitos, sem corrimão dos dois lados.

Corredores e banheiro: ausência de corrimão, pontos de apoio seguros e barras de apoio.

A maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro.

As quedas não estão relacionadas unicamente a fatores considerados de risco relacionados ao indivíduo. Os fatores relacionados às quedas do idoso são múltiplos e complexos e se devem aos fatores intrínsecos e extrínsecos. No quadro abaixo estão apresentados os fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados às quedas:

Fatores intrínsecos	Fatores extrínsecos
<p>Decorrem das alterações fisiológicas relacionadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ao avançar da idade; • a presença de doenças; • a fatores psicológicos e; • a reações adversas de medicações em uso. 	<p>Estão relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aos comportamentos e atividades das pessoas idosas e; • ao meio ambiente

As atividades físicas/práticas corporais constituem uma ferramenta importante para prevenir e/ou minimizar déficits de equilíbrio e para desenvolver o nível de desempenho físico em idosos. Além disso, podem ajudar pessoas idosas a ficarem independentes pelo período de tempo mais longo possível e reduzir o risco de quedas. Portanto, há importantes benefícios econômicos quando os idosos são fisicamente ativos.

Visto a complexidade dos acontecimentos que circundam a queda, é importante conhecer e identificar as situações e as conseqüências que envolvem este evento a fim de estabelecer medidas adequadas para preveni-las. Portanto, é de extrema relevância conhecer os idosos da comunidade, monitorar aqueles que já sofreram quedas, identificar as situações nas quais elas ocorrem. Caracterizar esta realidade possibilitará às equipes da ESF avaliar modos de intervenção para a prevenção, apoio e recuperação dos idosos, vítimas de quedas. Um planejamento baseado nessa realidade permitirá benefícios para os idosos, a família e comunidade (SILVA et al., 2007).

Para refletir...

Se você fosse sugerir uma ação para enfrentar os fatores ambientais associados às quedas na população idosa no seu território de abrangência, um aspecto importante seria realizar um levantamento desses fatores ambientais, você concorda? Esta ação já foi realizada na sua área de abrangência?

Para saber mais...

Confira o artigo sobre o tema, disponível na biblioteca virtual:

- “Prevalência de quedas em idosos e fatores associados” (SIQUEIRA et al., 2007).

Atividade 3

Relembre os inúmeros fatores ambientais associados com as quedas em idosos. Analise um dos locais em que os serviços são prestados a população idosa na área de abrangência do seu trabalho ou no projeto social que você atua e monte um quadro contendo o máximo de fatores ambientais de risco e as possíveis soluções para resolver os problemas identificados.

Registre, por escrito, sua resposta. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



Parte 4

Depressão



Fonte: www.morguefile.com

Assim como as quedas, os problemas neuropsiquiátricos, como a depressão, são muito comuns em idosos e necessitam ser avaliados. As mudanças que questionam os valores existenciais, freqüentemente experimentados pelo idoso, como a perda do cônjuge, a doença, a dependência física, a institucionalização, entre tantas outras, podem ser o ponto de partida para a desestruturação psíquica. É nesse cenário que a depressão surge como um dos mais importantes agravos à saúde da terceira-idade, sendo o transtorno mental mais prevalente e a causa mais freqüente de sofrimento emocional nos idosos.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008), 9,2% das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos apresentam depressão (IBGE, 2008).

A depressão é considerada um transtorno do humor, tendo como características predominantes o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades cotidianas.

Importante

Cabe ressaltar que a depressão no idoso freqüentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves.

A capacidade funcional constitui indicador de saúde dos idosos e a dependência como de falência da mobilidade física, psicológica ou social; seja por doença, por uso de medicamentos, por trauma ou pelo próprio processo contínuo do envelhecimento. O índice de depressão é três vezes mais elevado em pessoas incapacitadas do que em capacitadas. As mulheres sofrem mais freqüentemente de depressão e sintomas depressivos que os homens, e tendem a apresentar mais sintomas somáticos associados a distúrbios depressivos.

A depressão associa-se com maior risco de morbimortalidade e de suicídio, de aumento da utilização de serviço de saúde, de negligência no auto cuidado e de adesão reduzida aos regimes terapêuticos.

A Organização Mundial da Saúde considerou a depressão como a quarta causa específica de incapacidade social comparativamente com outras doenças durante os anos 90; a previsão para 2020 é de que ela se torne a segunda causa de incapacidade em países desenvolvidos, e a primeira nos países em desenvolvimento.

Atenção

A depressão pode estar mascarada por múltiplas queixas clínicas, comuns na população idosa, que podem dificultar o diagnóstico. Os índices de reconhecimento dos sinais e sintomas de depressão e conseqüente aplicação de uma terapêutica adequada são baixos, especialmente, na Atenção Básica.

A Escala de Depressão Geriátrica versão curta (EDG) (Anexo 3) é um dos instrumentos mais freqüentemente utilizado para o rastreamento de depressão em idosos. A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) pode ser utilizada por qualquer profissional da Atenção Básica. A incorporação da aplicação dessa avaliação pode melhorar a detecção da depressão nesse nível de atenção. Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A Escala de Depressão Geriátrica é uma ferramenta útil e de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento.

Considerando a depressão um transtorno mental comum na população idosa, as políticas que deverão ser desenvolvidas nessa área devem ser consideradas como prioridade de saúde pública no país. Se pensarmos nas informações

apresentadas sobre a transição demográfica, sabemos que um grande impacto neste contexto está ainda para acontecer. Com isso, precisamos entender que o modelo assistencial deve estar em consonância com uma concepção de saúde como processo, na perspectiva de produção de qualidade de vida, com ênfase primordial em ações integrais e promocionais de saúde.

Precisamos questionar se o Profissional de Educação Física, assim como os demais membros da equipe multiprofissional dos NASF's estão adequadamente preparados para o acolhimento, identificação, diagnóstico e tratamento nos respectivos territórios. Pois o estabelecimento de linhas de cuidado aos usuários com depressão, permitirá o fortalecimento, principalmente, das ações promotoras de vida e saúde do usuário.

O tratamento da depressão visa à promoção da saúde e a reabilitação psicossocial, a prevenção de recorrências, a piora de outras doenças presentes e do suicídio, a melhora cognitiva e funcional e ajuda para que a pessoa idosa possa lidar com suas dificuldades.

Existem alguns recursos terapêuticos como o atendimento individual (orientação e acompanhamento, psicoterapia e farmacoterapia), o atendimento em grupo, as atividades comunitárias e o atendimento à família. Existem várias técnicas de atendimento em grupo que servem como recurso terapêutico e que podem ser utilizados na Atenção Básica, tais como: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades físicas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate etc.

Atividade física como recurso terapêutico

Do ponto de vista mental, a atividade física, sobretudo quando praticada em grupo, eleva a auto-estima do idoso, contribui para a implementação das relações psicossociais e para o reequilíbrio emocional. A Atividade Física regular deve ser considerada como uma alternativa não farmacológica no auxílio à prevenção e tratamento do transtorno depressivo. A atividade física apresenta, em relação ao tratamento medicamentoso, a vantagem de não apresentar efeitos colaterais indesejáveis, além de sua prática demandar um maior comprometimento ativo, por parte do indivíduo que pode resultar na melhoria da auto-estima. Além disso, a prática regular de atividade física colabora para a formação de redes sociais além é claro, dos benefícios corporais e fisiológicos.

A redução da atividade física habitual na velhice é apontada como aspecto contribuinte ou predisponente para a sintomatologia depressiva. Essa associação parece ser mediada pelo maior risco de incapacidade, ao qual os idosos que diminuem suas atividades habituais estão sujeitos.

Estudos transversais apontam maior prevalência de depressão entre sujeitos com níveis mais baixos de atividade física e menor frequência de sintomas depressivos entre os mais ativos (GAZALLE et al., 2004; DE MOOR et al., 2006). Estudos longitudinais apontam que reduzir o nível da atividade física contribui para depressão (FUKUKAWA et al., 2004; STRAWBRIDGE et al., 2002) e estudos de intervenção demonstram que ocorre redução dos sintomas depressivos após a realização de um programa supervisionado de exercícios (CHEIK et al., 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da seção 3 discutimos alguns desafios relacionados com o envelhecimento e saúde do idoso, entre eles, a inclusão da prática regular de atividade física nos hábitos da vida do idoso, a capacidade funcional, quedas e depressão. Embora, esses aspectos tenham sido discutidos de maneira isolada por motivos didáticos, eles representam dimensões inter-relacionadas importantes dentro do processo de envelhecimento. Vejam este exemplo: se um idoso sofreu uma queda; esta queda pode ter sido desencadeada por diferentes motivos, entre eles, uma baixa capacidade funcional. A queda por sua vez, pode induzir a uma redução da participação deste idoso em atividades externas à sua residência por causa de uma possível reincidência (síndrome do medo pós-queda). Assim, este comportamento pode provocar um maior isolamento, que com o passar do tempo, pode conduzir para um quadro depressivo. Partindo este raciocínio anterior, queremos chamar a sua atenção para a importância de fazer análises e inferências sobre as condições de saúde dos idosos, considerando a interação complexa entre os diferentes aspectos envolvidos. Entendemos que esta atitude irá fortalecer a qualidade da atenção à saúde do idoso. Isto é, permitirá uma melhor compreensão das dificuldades e potencialidades humanas e ambientais existentes no território e, conseqüentemente, maior efetividade na solução dos problemas.

Como você deve ter percebido algumas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo. Neste sentido, a prática regular de atividade física oferece uma das maiores oportunidades para as pessoas idosas estenderem os anos de vida com independência ativa e para reduzir limitações funcionais.

Para saber mais...

- “Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física” (STELLA et al., 2002), disponível na [biblioteca virtual](#).

Seção 4

Profissional de Educação Física
e atividade física

Considerando que o Profissional de Educação Física vai lidar com a prescrição de atividades físicas/práticas corporais, visando a promoção da saúde dos usuários da estratégia Saúde da Família e que a proposta de trabalho dentro do NASF se contrapõe aos modelos convencionais de prestação de cuidados, centrados na assistência curativa, fragmentada e individual, alguns aspectos precisam ser levados em consideração para se concretizar uma abordagem integral para as pessoas em seu processo de envelhecer.

Desta forma, a seção 4 envolve a relação entre o Profissional de Educação Física e a prescrição de atividade física para as pessoas idosas. Devido à grande diversidade de possibilidades e temáticas relativas à prescrição de atividade física envolvendo esta população específica, nós optamos inicialmente por abordar alguns aspectos que consideramos relevantes para este momento. A abordagem nesta seção 4 chama a atenção do Profissional de Educação Física que um dos grandes desafios do trabalho em equipe multiprofissional passa pelo estabelecimento do campo “comum” de atuação dos diversos profissionais e, simultaneamente, das especificidades de atuação de cada profissão.

Considerando a característica multiprofissional da atenção básica à saúde, foram apresentadas algumas recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física na atenção básica à saúde do idoso e a prescrição de atividade física. Para abordar esta temática, esta seção foi dividida nas seguintes partes:

- Parte 1 – Atuação do Profissional de Educação Física
- Parte 2 – Avaliação física
- Parte 3 – Trabalho de equipe
- Parte 4 – Programas de atividade física
- Parte 5 – Profissional de Educação Física: Abordagens coletivas

Ao término desta seção pretendemos que você desenvolva sua competência para:

- Entender a prescrição de atividade física no contexto multiprofissional no NASF.
- Compreender a inserção da avaliação física no cuidado ao idoso.
- Distinguir a especificidade da sua atuação na construção de objetivos comuns.
- Entender as diferentes alternativas para o desenvolvimento das intervenções envolvendo os programas de atividade física.
- Perceber seu potencial para promover por meio de estratégias coletivas ações de promoção de saúde e melhora da qualidade de vida.

Parte 1

Atuação do Profissional de EF

Deveria ser lembrado sempre que, enquanto recomendação básica, todos os idosos deveriam evitar a inatividade (sedentarismo), pois algum exercício físico é melhor do que nenhum; e aqueles que participam em algum nível de programas de exercício físico mostram ganhos relativos à saúde (ACSM, 2009).

Certamente, a decisão por intervenções que desenvolvam ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo. Pensar que um idoso que se torna ativo hoje será o idoso “muito idoso” ativo de amanhã, é uma perspectiva que está associada de maneira significativa há mudanças de comportamento. Lembrando da premissa básica, que a mudança de comportamento é um processo e não um evento. Sendo assim, essas intervenções devem ser pensadas considerando a organização dos processos de trabalho dos NASF's, ou seja, sempre como foco o território sob sua responsabilidade, ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais.

Embora as diretrizes do NASF sobre a atividade física/práticas corporais determinam a oportunidade do Profissional de Educação Física intervir como um ator importante na promoção da saúde do idoso, devido ao conhecimento específico deste profissional, é fundamental lembrar que a atuação do mesmo ocorrerá sempre dentro de um “campo de saberes e práticas interdisciplinares”. Neste sentido, a atuação do Profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família deve ser considerada incipiente e com sua dinâmica em franca construção.

É necessário ir além das especificidades...

Ao indicar uma determinada atividade física/prática corporal para uma pessoa idosa, sobressai rapidamente aos olhos do Profissional de Educação Física, a necessidade de considerar vários aspectos, como: prazer em estar realizando esta ou aquela atividade, suas necessidades físicas, suas características sociais, psicológicas e físicas. Este é um conhecimento técnico específico importante adquirido na formação básica, mas certamente vocês já perceberam que uma atuação profissional objetivando uma maior aproximação com a promoção da saúde e qualidade de vida do idoso, irá demandar algo além. No trabalho dentro da estratégia SF, o Profissional de Educação Física, assim como os outros integrantes de uma equipe de saúde, necessitará conhecimento sobre as políticas públicas de saúde, território, perfil epidemiológico da população e rede de cuidados. Este entendimento auxilia na descrição das competências básicas necessárias ao Profissional de Educação Física, que trabalha com a prescrição de atividades físicas e pessoas idosas.

Isso não significa que a atividade física/prática corporal realizada será “algo muito diferente”, mas que o profissional consciente sobre a inserção das intervenções no contexto da educação e da sociedade, irá produzir benefícios maiores à saúde em longo prazo, assim como para a autonomia e cidadania das pessoas idosas. Esta perspectiva permite ao Profissional de EF entender que a atividade física/prática corporal não representa um fim em si, mas um meio para a promoção da saúde do idoso. Pois, a atividade física/prática corporal deve ter como proposta o desenvolvimento do indivíduo idoso para além das questões da aptidão física, isto é, deve fortalecer as tomadas de decisão e ações na busca de um estilo de vida saudável.

Parte 2

Avaliação física

Embora a questão sobre a obtenção de informações das diversas dimensões relativas à saúde do idoso por meio de avaliações prévias possa ser considerada fundamental para o desenvolvimento e controle de diferentes intervenções, é um processo que precisa ser analisado com certo nível de ponderação.

Atenção

Podemos iniciar uma reflexão sobre este tema, considerando a seguinte colocação: “Enquanto existem alguns riscos associados com a participação regular em programas de atividade física, os mesmos são superados pelos riscos relacionados com o estilo de vida sedentário” (CRESS et al., 2004).

Analisando esta argumentação, é possível pensar que, se existem alguns riscos associados com a prática regular de exercícios físicos / práticas corporais, então o mais adequado seria encaminhar o usuário para uma avaliação médica específica para verificar os níveis destes riscos. Usuários idosos assintomáticos poderiam então ser submetidos a uma ficha com anamnese, seguida da aplicação de uma bateria de testes físicos/funcionais. Essas ações teriam como objetivo identificar disfunções e problemas da função física, que podem indicar as necessidades a serem trabalhadas com aquele idoso. Além disso, você seria capaz de fazer inferências sobre as condições de saúde dos idosos e poderia vislumbrar que tipos de programas de saúde contribuiriam para melhorar esse quadro. Somente após esses procedimentos, o(a) idoso(a) estando apto(a) poderia iniciar suas atividades.

De acordo com o caderno de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Ministério da Saúde em 2006, “recomenda-se que haja sempre uma avaliação de saúde antes de iniciar qualquer prática corporal/atividade física. No caso de exercícios leves (caminhar, dançar, executar atividades domésticas como varrer, cuidar do jardim etc.), pode-se iniciar a prática da atividade física antes da avaliação, para que essa não se transforme em uma barreira para o engajamento da pessoa idosa na sua realização”.

Desta forma, se a exigência de um ou mais protocolos de avaliação representa uma barreira, que reduz o número de pessoas que vão iniciar a participação em programas de atividade física, então esta é uma questão importante no que diz respeito ao processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família.

Para saber mais sobre a avaliação global da pessoa idosa...

Consulte o capítulo 6 do Caderno de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde em 2006, na sua biblioteca virtual.

Embora não seja uma decisão simples, representa um desafio, pois coloca em debate a interdisciplinaridade das ações em saúde, exigindo um posicionamento sobre a integralidade da atenção da pessoa idosa, visando à consolidação da Estratégia Saúde da Família. Tudo isso deverá acontecer sem desconsiderar que a inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as DCNT, associadas a dieta inadequada e uso do fumo. Como vimos na seção 2 é bastante prevalente a inatividade física entre os idosos.

A sistematização das informações é imprescindível para os diferentes níveis de ação na ABS (por exemplo: desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde, elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde, etc). Seguindo esta mesma lógica da importância da obtenção de informações, uma avaliação ampla da saúde da população idosa pode se tornar uma ferramenta essencial para a operacionalização e resolubilidade no cuidado ao idoso no NASF. Desta forma, acreditamos que a incorporação de tal ferramenta na rotina do processo de trabalho dos profissionais do NASF poderá constituir um produto de bastante relevância no planejamento de indicadores e programação das ações desenvolvidas, assim como no acompanhamento do plano de ação das diversas categorias que compõem o NASF.

Parte 3

Trabalho de equipe

Concluindo os relatos sobre envelhecimento populacional e saúde dos idosos, Chaimowicz et al., em 2009, destacam pontos importantes para reflexão:

- Nas próximas quatro décadas, com a “explosão demográfica”, surgirá uma população de idosos mais dependentes, com menos recursos próprios e que receberá, mantidas as atuais tendências, precário suporte formal do governo e informal de suas famílias.
- No futuro próximo, as medidas direcionadas à manutenção e recuperação da independência funcional terão que revolucionar os modelos de cuidado.

Estas previsões mostram claramente que o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde ainda nem começou no Brasil e que deve influenciar significativamente as tomadas de decisões referentes às políticas públicas de saúde, assim como, pressionar as diferentes estruturas envolvidas na Atenção Primária a Saúde (APS) para reflexões sobre a estabilidade e abrangência das propostas vigentes.

Desta forma, é possível imaginar que no futuro próximo a equipe de SF na estratégia Saúde da Família, que é considerada uma equipe de referência na APS, deverá se confrontar com esta perspectiva anteriormente mencionada. Isto é, pensando não só na quantidade dos serviços de Atenção Básica com a pessoa idosa, como também na grande variabilidade de problemas complexos, onde o conceito de “doença única” não se aplica às pessoas idosas, o pressuposto da necessidade de uma equipe multiprofissional atuando de maneira interdependente faz muito sentido.

Importante

Neste contexto, é importante que o Profissional de Educação Física reconheça o valor do seu saber técnico específico, mas priorize a construção de objetivos comuns em um trabalho de equipe com uma clientela adscrita bem definida. Certamente, o alcance de uma interação positiva entre os profissionais em busca de metas comuns, sem eliminar as diferenças entre os mesmos, implica na necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião, planejamento e discussão de casos para definição de projetos terapêuticos compartilhados por toda a equipe.

Viver o trabalho em equipe é...

Buscar permanentemente a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações em saúde, visando à consolidação da estratégia Saúde da Família.

Não podemos nos iludir e pensar que este processo irá se desenvolver do dia para a noite e por si. A atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se amplie efetivamente sua autonomia).

Guarde isso...

"O profissional de saúde precisa atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro, as relações causais determinantes dos processos por ele vivenciados, o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico. A partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação, que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos. É preciso, também, compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade, assim como fazer-se compreender, compartilhando e possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos. É nessa dinâmica que se constrói um outro e novo conhecimento, que é fruto dos saberes dos polos dessa relação" (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p.17).

Parte 4

Programas de atividade física

É possível dizer, portanto, que do ponto de vista epidemiológico e da saúde pública, já existe consenso no reconhecimento dos benefícios advindos da prática regular de atividades físicas pelos idosos, tanto nos aspectos fisiológicos como psicossociais, proporcionando melhorias significativas na auto-estima e na qualidade de vida destas pessoas. Esta afirmação é reforçada por diversos resultados de pesquisas (DE MOOR et al., 2006; MAZO et al., 2007; PEREIRA et al., 2009; FIGLIOLINO et al., 2009) e relatos de sociedades científicas e instituições governamentais. Por exemplo, para a OMS, a principal intervenção para reduzir a incidência de quedas em uma população é estimular os idosos a adquirirem um estilo de vida ativo. Isto significa manter atividades profissionais, domésticas, voluntárias, sociais e de lazer e praticar atividade física regularmente.

Mais recentemente, o Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM, 2009) apresentou sua posição em relação ao exercício físico e atividade física para adultos idosos. O foco central deste documento foi relatar sobre a extensão da influência do exercício físico no processo de envelhecimento por meio do seu impacto na função fisiológica e no desenvolvimento e progressão de doenças crônicas e condições incapacitantes. Além disso, os benefícios do exercício físico para a saúde e bem-estar psicológico também foram abordados. Neste estudo, o exercício aeróbico e o treinamento de força foram o foco da abordagem, sendo que, as informações sobre os benefícios dos exercícios de equilíbrio e flexibilidade só foram relatados quando existiam dados suficientes. Baseando-se nestas informações anteriores é possível destacar 4 componentes que são comumente inseridos nos programas de exercício físico/atividade física para a população idosa: atividades de resistência aeróbia, treinamento da força muscular, exercícios de flexibilidade e equilíbrio.

Em estudo realizado por Benedetti et al. (2007), sobre políticas públicas em atividade física para idosos foram investigados oito programas de atividade física para idosos realizados nas seguintes cidades: Florianópolis - Brasil (dois

programas), Porto e Coimbra - Portugal, Oleiros e região da Galícia - Espanha, Terranuova Bracciolini - Itália e Maisach - Alemanha. Analisando o conteúdo de atividades físicas desenvolvidas em cada um desses programas foi verificado que pelo menos dois dos 4 componentes mencionados anteriormente foram contemplados.

Atenção

O mais importante aqui neste contexto para o Profissional de Educação Física é entender que existem diferentes alternativas para o desenvolvimento das intervenções envolvendo os programas de atividade física; e que a seleção de um ou mais destes componentes como conteúdo a ser desenvolvido nas intervenções da equipe de saúde é apenas um dos aspectos a serem levados em consideração neste processo.

Além disso, entendemos que é fundamental garantir que as atividades propostas pela equipe de saúde se desenvolvam a partir de um contexto cultural, histórico, político, econômico e social da população adscrita, de forma articulada ao espaço-território. Assim, após esta leitura do contexto, cabe ao Profissional de Educação Física e os demais profissionais da equipe de saúde valorizar o prazer da pessoa idosa em realizar esta ou aquela atividade, suas necessidades físicas, suas características sociais, psicológicas e físicas.

Desta forma, um ou mais componentes da dimensão física (força muscular, flexibilidade, resistência aeróbia e equilíbrio) podem ser contemplados considerando outras dimensões associadas à atividade física (social, cultural, etc), resultando no entendimento de que atividades como: dança de salão, quadri-lha, caminhadas, práticas corporais, entre outras, podem ser muito bem fundamentadas.

Para o desenvolvimento efetivo de uma intervenção baseada nesta perspectiva, demandará uma atuação dos profissionais envolvidos em um formato participativo e de horizontalidade do saber, aumentando assim as possibilidades de que atividades definidas e pactuadas expressem realmente as necessidades e desejos da comunidade em relação aos programas de atividade física/práticas corporais. Com essa conduta procurar-se evitar assim a imposição de ações por parte dos profissionais da equipe de saúde e a falta de identificação por parte dos sujeitos e comunidade com as atividades propostas.

Parte 5

Profissional de Educação Física: Abordagens Coletivas

É importante entender que as abordagens dos profissionais de uma equipe de saúde na APS devem repercutir diretamente na atenção integral ao sujeito, de sua família e comunidade. Sendo que, a atenção domiciliar, o atendimento individual e as atividades coletivas representam eixos importantes no processo de trabalho de um Profissional de Educação Física em uma equipe do NASF.

Independente do eixo norteador da intervenção recomenda-se a construção de atividades e possibilidades a partir das necessidades e contribuição coletivas referentes aos que serão beneficiados, em detrimento da imposição de modelos. Isto é, no trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. Para que isso possa ser efetivamente alcançado, é necessário que uma relação mais estreita seja construída e ajustada entre as equipes do NASF e as equipes de Saúde da Família. As ações para este estreitamento devem fazer parte de uma agenda predeterminada, bem como podem ser construídas em reuniões, oficinas ou nas visitas de rotina às equipes de Saúde da Família do território de atuação. O resultado desejado com este processo é a constituição de uma rede de cuidados sólida e ampla.

Considerando os eixos anteriormente mencionados (atenção domiciliar, atendimento individual e atividades coletivas), diferentes abordagens e práticas educativas no processo de trabalho de uma equipe de SF e do NASF podem ser incorporadas, tais como: consultas agendadas, por demanda espontânea, trabalhos de grupos, visitas domiciliares, reuniões informativas, oficinas educativas, atendimento a pacientes que requerem cuidados especiais, atendimento em comunidades rurais, criação de redes de solidariedade, desenvolvimento de atividades integradas com as escolas, construção de outras parcerias inter-setoriais, etc.

Atenção

O mais importante aqui neste contexto para o Profissional de Educação Física é entender que existem diferentes alternativas para o desenvolvimento das intervenções envolvendo os programas de atividade física; e que a seleção de um ou mais destes componentes como conteúdo a ser desenvolvido nas intervenções da equipe de saúde é apenas um dos aspectos a serem levados em consideração neste processo.

Potencial do Profissional de EF para abordagens coletivas

Neste contexto, gostaríamos de chamar a atenção para uma particularidade do Profissional de Educação Física. Segundo Lucena et al. (2004), o Profissional de EF possui um grande potencial de promover por meio de estratégias coletivas ações de promoção de saúde e melhora da qualidade de vida. Esta característica em particular poderá representar a possibilidade de construção de um repertório diferenciado de ações coletivas por parte das duas equipes no enfrentamento das necessidades do grupo populacional de uma área adscrita às equipes. Por este motivo, esperamos que nossa opção em priorizar a abordagem do trabalho em grupo no processo de trabalho neste momento possa maximizar este potencial do Profissional de EF.

Podemos entender grupo como um espaço específico de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia. Neste sentido, o trabalho em grupo potencializa o estreitamento entre a equipe e a pessoa idosa, tornando-se um momento importante de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde. O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família.

Uma crítica interessante realizada no caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, foi que grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupos considera que os idosos estão incluídos nos grupos de hipertensão e diabetes. Este fato reforça uma abordagem natural do envelhecimento “como doença”, o que não é adequado.

Independente da natureza do trabalho em grupo, que será desenvolvida com os idosos, algumas considerações estratégicas devem ser ponderadas: (Para maior detalhamento destes itens leiam: Caderno de Saúde: Envelhecimento e a Saúde do Idoso, 2006)

a) Mobilização das pessoas idosas para participarem do grupo.

Na divulgação do grupo é essencial o envolvimento dos agentes comunitários de saúde (ACS), uma vez que os mesmos por meio das visitas domiciliares podem incentivar a participação do público alvo.

b) Temas a serem abordados ou implantação de Projeto de Saúde no Ter-

ritório - (PST)

As temáticas e as atividades a serem propostas devem ser discutidas com os participantes de forma a estarem mais adequadas às demandas e às realidades locais. Em se tratando de um PST, a equipe da SF deverá organizar suas ofertas levando-se em conta as especificidades da clientela adscrita, que inclui o contexto local.

c) Local para a realização das atividades grupais

Na dependência da natureza do trabalho em grupo, a escolha deve buscar locais próximos às moradias, como escolas, associações comunitárias, igrejas, e a própria unidade de saúde, entre outros. Em caso de atividades físicas/práticas corporais propostas pela equipe de saúde a solução, muitas vezes, é a utilização dos recursos disponíveis: uma avenida adequada para caminhar, uma praça ou ginásio onde grupos de idosos possam se reunir ou mesmo o Salão Paroquial. Contudo, a equipe pode procurar parcerias (intersectorialidade) para alcançar condições mais adequadas.

d) Coordenação do grupo

O papel de uma pessoa responsável pelo grupo, que organize as ações é fundamental para o sucesso da intervenção. Isso partindo da condição de que o grupo poderá ser coordenado por qualquer membro da equipe. Neste sentido, estabelecer um relacionamento entre coordenador e participantes do grupo "sem hierarquia", na medida em que todos têm um conhecimento próprio, eliminando-se a relação de autoridade, representará o maior desafio nesta função.

e) Participação da equipe

Dentro da lógica de trabalho de um NASF, assim como nas equipes de SF, a implantação de uma atividade de grupo representa a criação de espaço de discussão interno, essencialmente para o aprendizado coletivo. Obviamente, o número de profissionais que irão participar, a forma e o cronograma de participação deverá ser objeto de debate dentro das equipes.

f) Metodologia de grupo

Na dependência da categorização do grupo em questão (grupo de atividade física; grupo de atividades socioculturais), talvez partir da concepção de que "o importante não é só transmitir conteúdos específicos, sendo um fim em si mesmo, mas, procurar o despertar de uma nova forma de relação com as próprias experiências". Fundamental entender que qualquer metodologia re-

presenta um processo e que estará sempre em construção.

g) Forma de comunicação a ser utilizada

Importante considerar que estamos lidando com pessoas capazes de aprender e que estão muito receptivas no processo ensino-aprendizagem. Contudo, é importante recorrer aos diferentes recursos de linguagem (metáforas, por exemplo), uma vez que, podem ajudar a pessoa idosa na compreensão mais clara de um problema ou facilitar a comunicação. Contudo, pensando na pessoa idosa deveria ser evitada:

- A infantilização da linguagem;
- A intimidação para a obtenção da adesão ao tratamento, conhecimento das doenças e suas complicações;
- Falas com cunho autoritário;
- Interrupção da fala de alguém do grupo;
- Não considerar, ignorar ou desvalorizar a participação de algum membro do grupo;
- Utilizar termos técnicos sem esclarecer o significado.

Atividade 4

Após a leitura da Parte 4 Profissional de EF: Abordagens coletivas, como você avalia os serviços prestados a população idosa na área de uma UBS de abrangência de seu trabalho ou no projeto social no qual você atua, considerando as intervenções coletivas da equipe de SF?

Registre, por escrito, sua opinião. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



Finalizando...

Você lembra os objetivos estabelecidos para esta unidade didática? Para uma última reflexão, retorne às páginas iniciais, no item Introdução ao módulo, e analise os objetivos apresentados. Enquanto você lê cada objetivo, responda para você mesmo, se a abordagem do conteúdo deste módulo e sua interação com este módulo possibilitaram uma fundamentação teórica e uma aprendizagem suficientes para responder com mais propriedade a esta pergunta.

Referências

ACSM (American College of Sports Medicine) (Position Stand). Exercise and physical activity for older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 47, n. 7, p.1510-1530, 2009.

AMERICAN THORACIC SOCIETY STATEMENT: Guideline for the six-minute walk test. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v.166, p.111-117, 2002.

BENEDETTI, T. R. B.; GONÇALVES, L. H. T.; MOTA, J. A. P. S. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, p.287-398, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção a Saúde do Idoso – Instabilidade e queda**. Caderno 4. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Quedas em idosos**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1>. Acesso em: 19 nov. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Política de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.63, Seção 1, 31 mar, 2006.

BRASIL. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006a. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>

BRASIL. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006b – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/pacto_portaria_399_06.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, 2006c. 192 p. (Cadernos de Atenção Básica, 19)

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>> Acesso em: 20 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: MS, 2009. (Cadernos de Atenção Básica).

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista brasileira de Estudos da População**, v.25, n.1, p.5-26, 2008.

CAMARA, F.M. et al. **Capacidade funcional do idoso**: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiátrica*. v.15, n.4, p.249-256, 2008.

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

CHEIK, N. C. et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.11, n.3, p.45-52, 2003.

CRESS, M. E. et al. Physical activity programs and behavior counseling in older adult populations. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v.36, n.11, p.1997-2003, 2004.

DE MOOR, M. H. et al. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. **Preventive Medicine**. v.42, n.4, p.273-279, 2006.

DUMITH, S. C. Physical activity in Brazil: a systematic review. **Caderno de Saúde Pública**. v.25, Sup 3: p.S415-S426, 2009.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª Edição, Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FIGLIOLINO, J. A. M. et al. Análise da influência do exercício físico em idosos com relação a equilíbrio, marcha e atividade de vida diária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.12, n.2, p.227-238, 2009.

FLORINDO, A. A. Núcleos de apoio à saúde da família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.14, n.1, p.72-73, 2009.

FUKUKAWA, Y. et al. Age differences in the effect of physical activity on depressive symptoms. **Psychology and Aging**, v19, n.2, p.346-51, 2004.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Perfil de Minas Gerais, 2008. A Guide to the Economy of Minas Gerais/ Companhia Brasileira de Metalurgia e Mineração, 12.ed. Belo Horizonte, 2008.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Pesquisa por Amostras de Domicílios de Minas Gerais - PAD-MG, 2009. Disponível em: <<http://www.fjp.gov.br/index.php/pesquisa-de-amostra-por-domicilios>>. Acesso em: 22 fev. 2011

GARCIA, E. S. S.; SAINTRAIN, M. V. L. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo programa saúde da família. **Revista de enfermagem**, v.17, n.1, p.18-23, 2009.

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.365-71, 2004.

HALLAL, P. C. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.3, p. 453-460, 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)- Síntese de Indicadores 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default.shtm>>. Acesso em: 19 nov. 2010

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. Revisão 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm>. Acesso em: 19 nov. 2010

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/default.shtm>>. Acesso em: 22 fe. 2011

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, Minas Gerais, 1970, 2000; Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2007. In: FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Perfil de Minas Gerais, 2008. A Guide to the Economy of Minas Gerais/ Companhia Brasileira de Metalurgia e Mineração, 12.ed. Belo Horizonte, 2008.

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing. 1997. In: Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.21, p. 914-9, 1963.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.35-46, 2005.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, p. 179-86, 1969.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v.4, n.17, p.135-140, 2007.

LOPES, R. A.; DIAS, R. C. O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos. **ConScientiae Saúde**, v.9, n.3, p.504-509, 2010.

LUCENA, D. et al. A inserção da educação física na estratégia saúde da família em SOBRAL/CE. **Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE**, Ano.V, n.1, p.87-91, 2004.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R.O. Limitação funcional e sobrevivência em idosos de comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.54, n.4, p.347-352, 2008.

MARIN, M. J. S. et al. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.11, n.2, p.245-258, 2008.

MAZO, G. Z. et al. Health Conditions, incidence of falls and physical activity levels among the elderly. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.11, n.6, p.437-442, 2007.

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, v.349, n. 9063, p. 1436-42, 1997.

NOGUEIRA, S. L. et al. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. **Revista brasileira de Estudos da População**, v.25, n.1, p.195-198, 2008.

OKUMA, S. S.; MIRANDA, M. L. J.; VELARDI, M. Atitudes de idosos frente à prática de atividades físicas. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.15, n.62, p.47-54, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The Ottawa charter for health promotion first international conference on health promotion.** Ottawa: OMS, 1986

PEREIRA, F. D. et al. Comparação da força funcional de membros inferiores e superiores entre idosas fisicamente ativas e sedentárias. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.12, n.3, p.417-427, 2009.

RUBENSTEIN, L. Z.; JOSEPHSON, K. R. The epidemiology of falls and syncope. **Clinics in Geriatric Medicine**, v.18, n. 2, p. 141-58, 2002.

SCHNEIDER, R. H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R. R. Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica**, v.18, n.1, p.4-9, 2008.

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.

SILVA, T. M. et al. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.1, p.64-78, 2007.

SILVA, F. M. et al. **Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física**, Rio de Janeiro: CONFEEF, 2010.

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.5, p. 749-56, 2007.

STELLA, F. et al. Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, v.8, n.3, p.91-98, 2002.

STRAWBRIDGE, W. J. et al. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. **American Journal of Epidemiology**, v.156, n.4, p.328-34, 2002.

Anexo 1

Anexo 1 - Formulário de avaliação das atividades de vida diária (Katz)		
Nome:		Data da avaliação: ___/___/___
<p>Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.</p>		
Banho – banho de leito, banheira ou chuveiro		
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir – pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Ir ao banheiro - dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência		
<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	<input type="checkbox"/> Não sai da cama

Continência		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	<input type="checkbox"/> Tem "acidentes" * ocasionais *acidentes = perdas urinárias ou fecais	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Índice de independência nas atividades de vida diária (Katz)	
Índice de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E, e F

Anexo 2

Anexo 2 - Formulário de avaliação das atividades instrumentais de vida diária (Lawton)			
Nome:		Data da avaliação: ____/____/____	
Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1

8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
Total		_____ pontos	

Avaliação dos resultados: Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Anexo 3

Anexo 3 - Escala de Depressão Geriátrica versão curta (EDG)		
Nome:	Data da avaliação: ____/____/____	
1 Você está basicamente satisfeito com sua vida?	sim	não
2 Você deixou muito de seus interesses e atividades?	sim	não
3 Você sente que sua vida está vazia?	sim	não
4 Você se aborrece com freqüência?	sim	não
5 Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	sim	não
6 Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	sim	não
7 Você se sente feliz a maior parte do tempo?	sim	não
8 Você sente que sua situação não tem saída?	sim	não
9 Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	sim	não
10 Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	sim	não
11 Você acha maravilhoso estar vivo?	sim	não
12 Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?	sim	não
13 Você se sente cheio de energia?	sim	não
14 Você acha que sua situação é sem esperança?	sim	não
15 Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	sim	não
Pontuação total: ____ / 15		

Contar 1 ponto para cada resposta com conotação depressiva (coluna da direita), 0 para as outras.

Interpretação:

De 0 a 5 pontos: exame normal

De 5 a 10 pontos: indícios de quadro depressivo leve

Acima de 11 pontos: provável depressão severa.

Apoio



Ministério
da Educação



Ministério do
Desenvolvimento, Indústria
e Comércio Exterior

Secretaria de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

Ministério
da Saúde



Realização



UFMG

