

CRISTINA BRUST

**CENTROS DE SAÚDE:
IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE GINÁSTICA
PARA IDOSOS**

FLORIANÓPOLIS – SC

2008

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ESPORTES
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO SCRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO**

CRISTINA BRUST

**CENTROS DE SAÚDE:
IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE GINÁSTICA
PARA IDOSOS**

Dissertação apresentada à Coordenação do curso de Pós-Graduação em Ciência do Movimento Humano, como requisito para a obtenção do título de Mestre em identificação do curso.

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Giovana Zarpellon Mazo

FLORIANÓPOLIS – SC

2008

CRISTINA BRUST

**CENTROS DE SAÚDE:
IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE GINÁSTICA
PARA IDOSOS**

Dissertação aprovada como requisito final para obtenção do grau de Mestre no curso de Pós-Graduação em Ciência do Movimento Humano.

Banca Examinadora:

Orientadora

Prof^ª Dr^ª Giovana Zarpellon Mazo – CEFID/UDESC

Co-orientadora

Prof^ª Dr^ª Tânia Rosane Bertoldo Benedetti – CDS/UFSC

1º Membro

Prof. Dr José Francisco Silva Dias – CEFID/UFSC

2º Membro

Prof. Dr Magnus Benetti – CEFID/UDESC

3º Membro

Prof Dr Francisco Rosa Neto – CEFID/UDESC

Florianópolis, SC, 14 de Março de 2008.

Dedico este trabalho à minha família, e em especial ao meu irmão Leandro, por sempre me incentivar e acreditar em mim!

AGRADECIMENTOS

Obrigada ...

...à Deus.

...à professora orientadora Prof^a Dr^a Giovana, agradeço a oportunidade que me deste, o incentivo, a compreensão e amizade adquirida.

...ao meu Pai, por nunca ter negado subsídios para a concretização dos meus estudos, por ser um exemplo de pessoa pra mim; batalhador, carinhoso e amigo.

... à minha Mãe, pelas horas de risos e choros ao meu lado, por acreditar nos meus sonhos, não deixando que eu desistisse nos momentos difíceis; por ser essa pessoa tão maravilhosa querendo sempre o melhor pra mim e, acima de tudo, não sendo somente minha mãe, mas sim, a minha melhor amiga.

...ao meu irmão Leandro, te agradeço pelas conversas, por me entender e acreditar em mim; pelo apoio financeiro e psicológico sempre. Se hoje estou terminando mais uma etapa, você foi um dos maiores responsáveis.

...ao meu irmão Mateus, por estar sempre presente, pela amizade e carinho.

...às minhas cachorrinhas Tuty e Luna, por me fazerem tão feliz!

...à minha Vó Clarita por sempre torcer por mim.

...à minha amiga Aline, pela amizade, cumplicidade e por estar sempre disposta a me ajudar.

...às minhas amigas e colegas de apt Josi e Maria, agradeço pelo carinho, pelas horas de conversas e amizade sincera.

... aos colegas e idosos do Grupo de Estudos da Terceira Idade – GETI / UDESC.

... aos colegas do Laboratório de Gerontologia – LAGER.

...a Prefeitura Municipal de Florianópolis, a Secretaria de Saúde e aos idosos dos Centros de Saúde de Florianópolis.

...a UDESC que me proporcionou o curso de mestrado gratuitamente.

... a minha bolsista de pesquisa e amiga Daniela.

... a Prof^a Dr^a Tânia Benedetti e aos meus colegas de mestrado Ana Paula, Lucélia e Adílson.

...ao amigo e Prof Juca, pelo profissional incontestável e exemplo de professor a ser seguido.

...ao Jonathan, meu amigo do coração!

...as amigas que o mestrado me apresentou: Crisinha e Samantha.

...enfim, a todos que de uma forma ou de outra contribuíram para que eu alcançasse mais essa vitória!!!

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é descrever a implementação do programa de ginástica Idoso Ativo nos Centros de Saúde (CS) e sua influência nas aptidões funcionais das idosas participantes. A pesquisa foi realizada em quatro CS de Florianópolis (Córrego Grande, Rio Tavares, Saco Grande e Policlínica do Estreito), participantes do programa Saúde do Idoso, o qual desenvolve o programa de ginástica Idoso Ativo. Este estudo é caracterizado do tipo descritivo e foi dividido em duas etapas. Na primeira foi investigada a implementação do programa. A coleta desta etapa foi realizada por meio de entrevistas e questionários onde fizeram parte da amostra o médico responsável pelo CS, enfermeiro e algum outro funcionário (recepcionista, auxiliar administrativo,...) de cada CS participante, as professoras/estagiárias e as idosas que participam do programa de ginástica desde o seu início, no mês de julho de 2006. Utilizou-se o método qualitativo de análise de conteúdo para a análise dos dados. Na segunda etapa foi avaliada a aptidão funcional das idosas através da Bateria de Testes da *American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance* – AAHPERD, a qual é composta por cinco testes motores que avaliam componentes da aptidão funcional. A amostra foi composta pelas idosas que participam do programa de ginástica desde o seu início, no mês de julho de 2006, e que realizaram as coletas em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007. Os dados foram organizados no programa Microsoft Excel e analisados no programa estatístico SPSS 13.0 for Windows. Para a análise dos resultados encontrados foi utilizada uma MANOVA com intervalo de confiança de 95%. Constatou-se que o programa influenciou nas aptidões físicas ($F(15)= 9,311$; $p<0,001$), agindo com um efeito geral de 49% ($\eta^2=0,49$). Através de análises de comparação dos efeitos principais, constatou-se que as variáveis que mais contribuíram para tal foram a coordenação, resistência aeróbica e a força dos membros superiores. Contudo, para as aptidões flexibilidade e agilidade, não se observou diferença significativa. Para o município em estudo, avaliar a implementação de um programa de ginástica para idosos, num modelo de atenção na promoção da qualidade de vida da população se faz necessário, pois subsidiar pesquisas com dados baseados em experiências significativas que possam favorecer o aperfeiçoamento desta estratégia contribui também para a iniciativa de novas propostas de intervenção, visando integrá-las às demandas da comunidade.

Palavras-chave: centros de saúde; ginástica; idoso

ABSTRACT

The objective of this research is to present the implementation of the Active Aging exercise program in Health Centers (HC) and its influence in the functional aptitudes of the participant aged women. The research was carried through in four HC of Florianopolis (Corrego Grande, Rio Tavares, Saco Grande and Estreito Polyclinic), participants of the Aged Health program, which develops the Active Aging exercise program. This study is characterized as the descriptive type and was divided in two stages. In the first one the implementation of the program was investigated. The collection of this stage was carried through by means of interviews and questionnaires where took part in the sample the HC doctor, nurse and some other employee (receptionist, administrative assistant,...) of each participant HC, the teachers/trainees and the aged women who participate in the exercise program since its beginning, in July of 2006. The qualitative method for content analysis was used for the data analysis. In a second stage the functional aptitude of the aged women was evaluated through the Battery of Tests of the American Alliance of Health, Physical Education, Recreation and Dance – AAHPERD, which is composed of five motor tests that evaluate components of the functional aptitude. The sample was composed of aged women who participate in the exercise program since its beginning, in July of 2006, and who took part in the collections of July/2006, December/2006, March/2007 and July/2007. The data was organized in the Microsoft Excel program and analyzed in the statistical program SPSS 13.0 for Windows. For the results analysis a MANOVA with a reliable interval of 95% was used. It was evidenced that the program had an influence on the physical aptitudes ($F(15)=9,311$; $p<0,001$), acting with a general effect of 49% ($\eta^2=0,49$). Through comparison analyses of the main effects, it was evidenced that the variables that contributed the most for such were coordination, aerobic resistance and upper body strength. However, for the aptitudes flexibility and agility, no significant difference was observed. For the city in study, to evaluate the implementation of an exercise program for aged, in a model of attention to the promotion of the population life quality is necessary, because to subsidize researches with data based on significant experiences that can favor the improvement of this strategy also contributes for the rising of new intervention proposals, aiming to integrate them to the community demands.

Key-words: health centers; exercise; aged

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 - Ilustração do ciclo vicioso do envelhecimento. 24
- FIGURA 2 - Ilustração da relação da capacidade funcional com as capacidades físicas. 32

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Valores do Índice de Aptidão Funcional Geral de mulheres entre 60 e 79 anos.	45
TABELA 2 - População residente segundo faixa etária em Florianópolis, 1980, 1990, 2000,2004.	47
TABELA 3 - Depoimentos dos médicos, enfermeiros e funcionários dos Centros de Saúde quanto ao conhecimento, necessidades e sugestões sobre a implementação do programa Idoso Ativo.	56
TABELA 4 - Depoimentos das professoras/estagiárias sobre fatores facilitadores, barreiras na intervenção, necessidades e interesses dos idosos do programa de ginástica Idoso Ativo.	58
TABELA 5 - Depoimentos das idosas sobre as aulas de ginástica do programa de ginástica Idoso Ativo.	59
TABELA 6 - Depoimentos das idosas sobre o período de interrupção 2006/2007 (férias) do programa de ginástica Idoso Ativo.	60
TABELA 7 - Comparação das médias e efeitos principais das variáveis: <i>Força, Flexibilidade, Agilidade, Coordenação, Resistência Aeróbica</i> , testados após 9 meses de intervenção e do período de interrupção de 8 semanas das idosas do programa de ginástica.	61
TABELA 8 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança da aptidão física <i>força</i> em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.	62
TABELA 9 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança da aptidão física <i>coordenação</i> em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.	62
TABELA 10 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança da aptidão física <i>resistência</i> em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.	62
TABELA 11 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança da aptidão física <i>flexibilidade</i> em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.	63
TABELA 12 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança da aptidão física <i>agilidade</i> em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.	63
TABELA 13 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança do índice de aptidão funcional geral das idosas que realizaram as coletas em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.	64

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Categorias e subcategorias da entrevista aplicada aos sujeitos do estudo - médico responsável do CS, enfermeiro e funcionário.	43
QUADRO 2 - Categorias e subcategorias das entrevistas e do questionário aplicados aos sujeitos do estudo - idosas.	44
QUADRO 3 - Categorias e subcategorias da entrevistas aplicada aos sujeitos do estudo - professoras/estagiárias.	45
QUADRO 4 - Características do Programa Floripa Ativa.	54
QUADRO 5 - Distribuição do número de pacientes com a expansão para as equipes de promoção em saúde através da prática de exercícios físicos, Florianópolis, 2007.	55

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS	80
ANEXO A – Ofício de Aprovação do Comitê de Ética	81
ANEXO B – Termo de Livre Consentimento	83
ANEXO C – Bateria de Testes AAHPERD	84
ANEXO D – Fotos	87

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICES	90
APÊNDICE A – Entrevista para o médico responsável do CS, enfermeiro e funcionário	91
APÊNDICE B – Entrevista para as idosas participantes de cada CS - aulas	92
APÊNDICE C – Questionário para os idosos participantes de cada CS - férias	93
APÊNDICE D – Entrevista para as professoras/estagiárias de cada CS - programa	94
APÊNDICE E – Carta de Cessão de direitos à entrevistadora	95

LISTA DE ABREVIATURAS

AAHPERD-American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance

AVD - Atividade da vida diária

CDS - Centro de Desportos

CS - Centro de Saúde

CEFID - Centro de Ciências da Saúde e Esportes

CS - Centro de Saúde

CSCG - Centro de Saúde Córrego Grande

CSRT - Centro de Saúde Rio Tavares

CSPE - Centro de Saúde Policlínica de Estreito

CSSC - Centro de Saúde Saco Grande

IAFG - Índice de Aptidão Física Geral

IMC - Índice de Massa Corporal

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PSF - Programa da Saúde da Família

SESC - Serviço Social do Comércio

SUS - Sistema Único de Saúde

UDESC - Universidade do Estado de Santa Catarina

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1.1 DEFINIÇÃO DOS TERMOS	20
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1 ENVELHECIMENTO.....	22
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS	24
2.2.1 Políticas Públicas e de Promoção à Saúde para Idosos	25
2.3 CAPACIDADE FUNCIONAL	31
2.4 ATIVIDADE FÍSICA E PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS	34
CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	38
3.1 SUJEITOS DA PESQUISA.....	38
3.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	40
3.3 PROCEDIMENTOS DE DADOS	41
3.3.1 Primeira Etapa	41
3.3.2 Segunda Etapa.....	42
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	42
3.4.1 Análise Qualitativa - Análise de Conteúdo	42
3.4.2 Análise Quantitativa - Análise Estatística	45
RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1 Rede de atendimento nos Centros de Saúde vinculados ao programa Idoso Ativo	47
4.2 Aptidão Funcional das idosas participantes do programa Idoso Ativo	61

CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	80
APÊNDICES	90

INTRODUÇÃO

Desde as últimas décadas do século passado, o Brasil se depara com um declínio rápido e acentuado da fecundidade, fenômeno sem precedentes em sua história. Como aconteceu na maioria dos países em desenvolvimento, esse declínio, combinado com a queda da mortalidade, acarretou um processo de envelhecimento populacional (RODRIGUES; ALVES, 2005). Em 2000, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais correspondia no Brasil a 8,6% da população total, em comparação com 7,3% no ano de 1991 (CARVALHO, 2003).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004), a projeção da população no Brasil mostra a tendência de crescimento do número de idosos, que deve alcançar a população de mais de 30 a 32 milhões em 2025. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2004), a estimativa de vida da população brasileira é de 67 anos para os homens e 74 anos para as mulheres.

O envelhecimento da população oferece oneroso custo para a sociedade, principalmente com a aposentadoria e a saúde (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004). No âmbito da saúde, sabe-se que o envelhecimento da população é um fenômeno que gera novas demandas para os serviços e aumentos substanciais nos custos de programas, exigindo o conhecimento de problemas prioritários e o desenvolvimento de ações buscando as suas resoluções (VERAS, 1994).

A população idosa é considerada a grande usuária de serviços de saúde. Devido a isto, iniciativas governamentais e não-governamentais estão sendo efetuadas, pois a nossa sociedade tem que estar preparada para lidar com esta população na busca de um envelhecimento ativo, onde o idoso mantenha por um tempo prolongado sua capacidade funcional, é que mesmo acometido por alguma doença, continue ativo, com independência e autonomia, participando do contexto social em que está inserido.

O *envelhecimento ativo* procura transmitir uma mensagem mais abrangente para que as pessoas percebam os seus potenciais físico, social e mental. O conceito de envelhecimento ativo é “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2002, p.12).

O termo *ativo* se refere à participação social, econômica, cultural, espiritual e civil. O *envelhecimento ativo* tem o objetivo de aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida, além de proporcionar às pessoas perceberem o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, permitindo-lhes assim participar da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, protegendo-as e providenciando segurança e cuidados quando necessários (OMS, 2002).

Na busca do envelhecimento ativo surge a prática de atividade física regular. A prática de atividade física bem orientada e realizada regularmente pode ocasionar vários benefícios, como: maior longevidade, redução das taxas de morbidade e mortalidade, redução do número de medicamentos prescritos, melhoria da capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, prevenção do declínio cognitivo, manutenção de status funcional elevado, redução da frequência de quedas e fraturas, manutenção da independência e autonomia e benefícios psicológicos, como, por exemplo, melhoria da auto-imagem, da auto-estima, do contato social e prazer pela vida apontam (ACSM, 2000; SHEPHARD, 2003).

Diante dos benefícios da atividade física regular como um meio de promoção de saúde do idoso, observa-se, no Brasil, a implementação de programas de atividade física para idosos em instituições/entidades governamentais em diferentes municípios e estados, com o objetivo de estimular/incentivar uma vida ativa. Quando esses programas são implantados é necessário que pesquisas sejam realizadas para avaliá-los e detectar seus avanços e carências. Exemplo disto é a pesquisa sobre o perfil dos idosos no município de Florianópolis que foi analisada por Benedetti (2004) que diz que é possível planejar programas de atividade física que atendam as necessidades dos idosos, os quais têm garantido por lei, como consta no Estatuto do Idoso capítulo IV e V, o direito a saúde, ao esporte e lazer.

Nesta perspectiva, a Prefeitura de Florianópolis, SC, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na Assessoria de Atenção à Saúde, lançou o projeto Envelhecer com Qualidade de Vida em Florianópolis - Atenção Integral à Saúde do Idoso, em setembro de 2005. Este projeto visou articular ações intersetoriais para garantir a qualidade de vida e o exercício da cidadania desta população, configurando um quadro para o apoio dos diferentes setores da sociedade. A SMS buscou equipes técnicas para discutir e contemplar ações de promoção à saúde e prevenção das doenças mais prevalentes, além do tratamento e da reabilitação da população idosa, que resultou no programa Saúde do Idoso, que teve como meta retardar o aparecimento de doenças e minimizar os efeitos negativos, mantendo a capacidade funcional do idoso.

O programa Saúde do Idoso foi lançado oficialmente no dia 11 de outubro de 2006 pela SMS em parceria com as Universidades Federal e do Estado de Santa Catarina (UFSC e UDESC), sendo contempladas quatro linhas de ação: Gerontocultura, Assistência Clínica, Assistência de média complexidade e Ações de apoio ao cuidador. Ele teve como objetivo promover melhora da qualidade de vida, manter a independência social, da mobilidade e das habilidades cognitivas dos idosos, reduzir a mortalidade prematura causada por doenças agudas e crônicas, reduzir as internações hospitalares evitáveis dos idosos, definir as tarefas da equipe de saúde da família na atenção ao idoso e definir locais de tratamento especializado para o idoso.

Na SMS o programa de atividade física para idosos foi denominado de Idoso Ativo enquadrando-se na linha de ação da Gerontocultura e com o objetivo de implementar atividades físicas para manter a capacidade funcional dos idosos por tempo prolongado.

O Programa Idoso Ativo foi implantado inicialmente em quatro Centros de Saúde (CS) (Córrego Grande, Rio Tavares, Saco Grande e Policlínica do Estreito) como um projeto piloto com objetivo de testar o processo de viabilização, para que futuramente abrangesse todos os CS do município. Os idosos após consulta no CS eram encaminhados pelo médico ao programa.

O programa de exercício físico teve seu início em junho de 2006, por meio de aulas de ginástica. Os idosos participantes do programa eram avaliados quanto a aptidão funcional, estado emocional (depressão), mental, atividades da vida diária e suporte social.

A partir da implementação do programa de exercício físico para os idosos nos CS, como parte da política pública de promoção de saúde municipal, surge a necessidade de realizar pesquisas no que se refere a sua implantação, pois a partir das experiências vivenciadas pode-se reestruturar, ampliar, divulgar e disseminar propostas de intervenções deste tipo nos centros de saúde municipais. Também estudos que avaliem a influência do programa de exercício físico na aptidão funcional dos idosos durante o programa e após o período de interrupção deste, durante as férias, são importantes, pois possibilitará avaliar o programa quanto à melhoria da capacidade funcional dos idosos, que é um dos objetivos de destaque da implementação do programa.

De maneira geral, abordar os efeitos advindos de uma nova proposta de intervenção (exercício físico), nos centros de saúde, na capacidade funcional e nas condições de vida dos idosos, adquire grande relevância na área da saúde, na busca de um envelhecimento ativo e saudável para a população idosa.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Descrever a implementação do programa de ginástica Idoso Ativo nos Centros de Saúde e sua influência na aptidão funcional das idosas participantes.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever a rede de atendimento dos Centros de Saúde vinculados ao programa Idoso Ativo.
- Verificar e comparar o índice de aptidão funcional geral das idosas antes e após 9 meses de intervenção do programa (julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007) e depois do período de interrupção de 8 semanas do programa (dezembro/2006 e março/2007).

1.2 DEFINIÇÃO DOS TERMOS

Atividades da Vida Diária – são atividades cotidianas de grande importância para a manutenção saudável da vida do indivíduo, tais como: alimentar-se, levantar-se, caminhar, subir e descer degraus, entre outras (ANDREOTTI; OKUMA, 1999).

Atividade Física – entende-se atividade física como qualquer movimento voluntário produzido pelos músculos esqueléticos com algum gasto energético (CASPERSEN *et al.*, 1985).

Aptidão Funcional – a capacidade para desempenhar as demandas ordinárias e inesperadas da vida diária de forma segura e eficaz (CLARK, 1989).

Aptidão Física – conjunto de atributos que as pessoas têm ou adquirem que se relacionam com as habilidades para realizarem atividades físicas (ACMS, 2000); capacidade de realizar esforços físicos sem fadiga excessiva, garantindo a sobrevivência de pessoas em boas condições orgânicas no meio ambiente em que vivem (GUEDES, 1996).

Aptidão Física relacionada à Saúde – um estado caracterizado por uma habilidade de realizar atividades físicas com vigor, e uma demonstração de traços e capacidades que são associadas com baixo risco de desenvolver prematuramente doenças hipocinéticas (ACMS, 2000).

Capacidade Funcional – a capacidade que o idoso tem em manter-se independente, levando sua vida, decidindo e atuando (CALDAS, 2003); a capacidade de realizar as atividades da vida diária de forma independente (WENGER, 1984); capacidade funcional do idoso, no seu significado mais amplo, inclui sua habilidade em executar tarefas físicas, a preservação das atividades mentais, e uma situação adequada de integração social (LITVOC; BRITO, 2004).

Idosos: pessoas com idade cronológica de 60 anos ou mais (WHO, 1989).

Envelhecimento: uma perda na capacidade de adaptação fisiológica ao ambiente externo (SHEPHARD, 2003); um processo complexo que envolve muitas variáveis, tais como genética, estilo de vida, doenças crônicas, que interagem entre si e influenciam significativamente o modo como alcançamos determinada idade (MAZZEO *et al* 1998).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Considerando os objetivos desse estudo, neste capítulo serão abordados temas referentes ao envelhecimento, capacidade funcional, políticas públicas, promoção de saúde e programas de atividades físicas para a população idosa, os quais subsidiarão a discussão do objetivo em investigação.

2.1 ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento começa desde a concepção com alterações psicobiológicas, e é um processo dinâmico e progressivo onde há mudanças morfológicas, funcionais e psicológicas. Dessa forma, o processo de envelhecimento não é um processo unilateral, mas a soma de vários outros entre si, os quais envolvem aspectos biopsicossociais (MEIRELLES, 2000). Também para Cheick (*et al*, 2003), o processo de envelhecimento pode ser compreendido como um fenômeno biopsicossocial que atinge o homem e que se manifesta em todos os domínios da vida deste indivíduo.

Em 1980, as Nações Unidas definiram a faixa etária de 60 anos e mais como velhice ou terceira idade (WHO, 1989). Outros documentos têm adotado a idade de 65 anos como o ponto de corte para o envelhecimento. Em países em desenvolvimento tem sido adotada a idade de 60 anos para demarcar o início do envelhecimento (KALACHE *et al*, 1987; VERAS *et al*, 1987).

O fenômeno do envelhecimento da população mundial não é assunto novo. Países da Europa e da América do Norte, assim como a China e o Japão, já convivem há muito tempo com um grande contingente de idosos e com todos os problemas associados ao envelhecimento, como aposentadorias e doenças próprias da terceira idade. Isto tem como consequência altos custos para o Estado, e, portanto, requer políticas sérias e consistentes a respeito. Países em desenvolvimento, como o Brasil, vêm aumentando rapidamente seu número de idosos e, com isso, necessitam de políticas adequadas para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional.

Uma maneira de avaliar o impacto do envelhecimento da população brasileira é por meio do índice de envelhecimento que mede a proporção das pessoas de 60 anos (ou 65 anos) e mais de idade de cada 100 menores de 15 anos. O índice atual de 24 deverá triplicar e atingir 74 em 2025, segundo estimativas demográficas que apontam marcantes mudanças populacionais no país. Além disso, os mesmos dados de projeção demonstram que no Brasil, entre os anos de 1950 e 2025, a população total crescerá cinco vezes, enquanto a população com idade igual a 60 anos e mais sofrerá um aumento de 15 vezes. Esses dados permitem estimar que entre as 10 nações que possuirão as maiores populações de idosos no mundo, o Brasil figurará em sexto lugar, devendo ter aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Conforme Papaléo Netto (1996, p.8), “o crescente aumento da população idosa em todo o mundo, comprovado através de numerosos estudos demográficos, tem colocado para os órgãos governamentais e para a sociedade o desafio de problemas médico-sociais próprios do envelhecimento populacional”.

A combinação de dois fatores leva o que os demógrafos chamam de *transição demográfica*. Essencialmente uma mudança de situação caracterizada por alta mortalidade / fecundidade, para as características de baixa mortalidade / fecundidade e, conseqüentemente, ao envelhecimento populacional (DIAS, 1997).

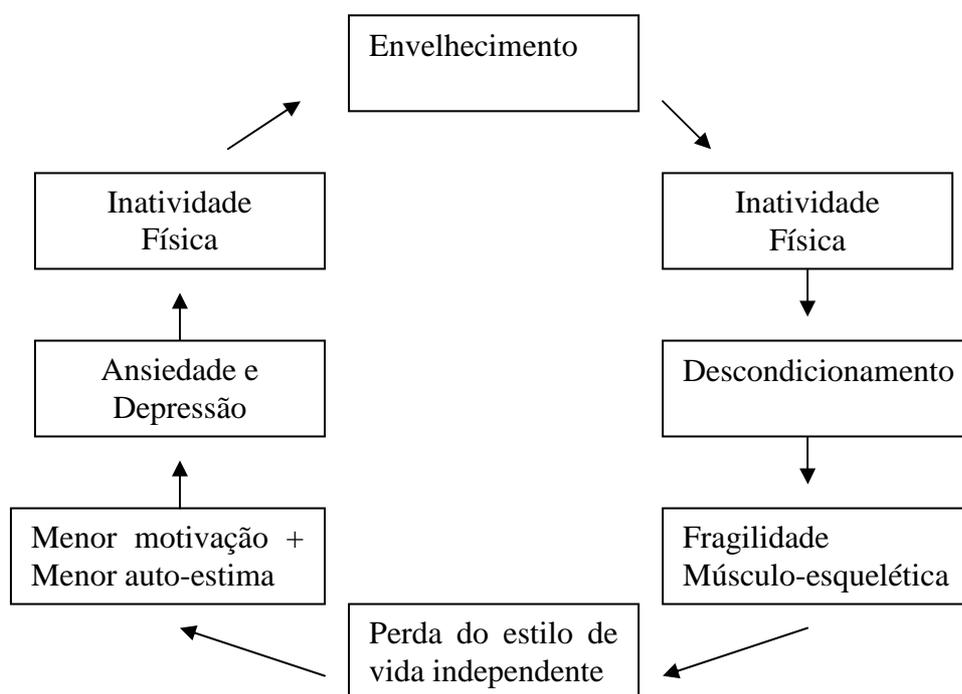
Para Fratczak (1993) o “envelhecimento significa um processo, um estágio que é definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de pesquisa e do objeto de interesse” (PASCHOAL *apud* PAPALÉO NETTO, 1996, p.27).

Ver o envelhecimento apenas pela parte biofisiológica é desconhecer problemas ambientais, sociais, culturais e econômicos que, seguramente, em maior ou menor extensão, participam do processo de envelhecimento. Há que se ter uma visão global do envelhecimento enquanto processo e dos idosos enquanto indivíduos (PAPALÉO NETTO, 1996).

Segundo Dias (1997, p.26) “envelhecer é um triunfo para a humanidade, mas para gozar da velhice, a fase mais longa da vida, é preciso dispor de políticas adequadas que possam garantir um mínimo de condições de qualidade de vida para os que chegarem lá”.

O envelhecimento é um processo contínuo onde ocorrem declínios progressivos de todos os processos fisiológicos. Podem-se retardar as alterações morfofuncionais que ocorrem com a idade ao se manter um estilo de vida ativo e saudável. Na figura abaixo temos esquematizado o ciclo vicioso do envelhecimento (NÓBREGA *et al*, 1999).

FIGURA 1: Ilustração do ciclo vicioso do envelhecimento (NÓBREGA *et al*, 1999, p.208).



O envelhecimento saudável é definido através de uma série de critérios, como satisfação de vida e disposição, e medidas objetivas, como morbidez e mortalidade; e a definição mais proeminente o descreve como sendo a habilidade de manter três características: baixo risco de doença e deficiências relacionadas à doença, alta atividade mental e física e envolvimento ativo na comunidade (KAHN *apud* GARDER, 2006).

Sendo, então, o envelhecimento populacional uma realidade, deve-se buscar ações adequadas de promoção à saúde dessa população, pois com o processo de envelhecimento ocorrem perdas funcionais que podem ocasionar um aumento das doenças associadas a esse processo, destacando-se as crônico-degenerativas.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

Políticas públicas são construções participativas de uma coletividade, que visam à garantia dos direitos sociais dos cidadãos que compõem uma sociedade humana (CARVALHO *et al*, 2002).

As políticas públicas têm sido garantidas por lei e atendido direitos à saúde, educação, habitação, entre outras. Entretanto, quando se refere à educação física, ao lazer e ao esporte, embora se constate que tais políticas tenham sido estabelecidas em diferentes períodos da história política brasileira, foi somente a partir de Constituição de 1988, que estes campos foram contemplados como direitos sociais (BRUST, 2006).

Essas políticas surgem como uma possibilidade de contemplar a diversidade das necessidades de vários segmentos sociais, entretanto é necessário um grande planejamento, visto que o desenvolvimento social não está simplesmente atrelado ao desenvolvimento econômico de uma forma linear.

Muitos problemas na questão da gestão das políticas públicas vêm sendo enfrentados devido à insuficiência e instabilidade de recursos disponíveis. No Brasil a questão da proteção dos direitos humanos vem crescendo à nível de fóruns, legislação, organização da sociedade civil em busca de um comprometimento maior do poder público para superar as condições de pobreza e restaurar a dignidade de toda a população.

Os Art 6º e 217 da Constituição Federal Brasileira de 1988 são trunfos legais da participação do poder público na educação física, esporte e lazer, onde estabelece como dever do estado fomentar práticas esportivas, como direito de cada um. A nova ordem jurídica desta constituição determina a descentralização no que se refere ao desenvolvimento de ações, programas e projetos em todos os setores de atuação, conseqüentemente o sistema de educação física e desporto seguem a mesma orientação (AQUAVIVA, 2000).

2.2.1 Políticas Públicas e de Promoção à Saúde para Idosos

Em 1992 foi criado o Programa de Atenção à Saúde do Idoso, através do Ministério da Saúde, o qual gerou algumas implantações e implementações desse programa em estados através das secretarias de saúde.

Porém, somente em 1994, com a Lei Nº 8842, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso, que a população idosa deu um passo marcante na luta pelos seus direitos (Lei Nº 8842).

O objetivo da Política Nacional do Idoso é assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Este objetivo abrangente aponta muitos desdobramentos possíveis, mas grande

parte das políticas envolvidas é de competência dos municípios que também devem formular suas políticas voltadas à população idosa.

Esta lei destaca que são competências dos órgãos e entidades públicas prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais, promover simpósios, seminários e encontros específicos, inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto, incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.

Através da Portaria nº 1.395/GM de 1999, foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades de acordo com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Esta política, em sua introdução, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária (Portaria nº 1.395/GM, 1999).

O art. 9º do Decreto Nº 1948/96, o qual regulamenta a Lei Nº 8842/94, destaca que ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, compete estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde; desenvolver política de prevenção para que a população envelheça mantendo um bom estado de saúde; desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com autonomia e independência que lhe for própria; envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso; estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social (Decreto Nº 1948/96).

O Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741/03) estabelece como dever da família, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso o direito à vida, à saúde, à alimentação, ao transporte, à moradia, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, simbolizando uma tentativa de estabelecer condutas em relação aos idosos que já deveriam ser prática recorrente na sociedade. Assegura, no seu art. 15, a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e

recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (Lei Nº 10.741/03).

No art. 7º da Política Estadual do Idoso no Estado de Santa Catarina (Lei Estadual Nº 11436/00), o item ‘i’ da área da saúde declara que é competência dos órgãos e entidades públicas apoiar e desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do idoso, com a finalidade de se conseguir o máximo de vida ativa na comunidade, buscando um maior grau de autonomia e independência funcional possível, assim como no item ‘f’ da área da cultura, esporte, lazer e turismo, complementa afirmando que é competência dos órgãos e entidades públicas incentivar a criação de programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua autonomia física e sua participação na comunidade (Lei Estadual Nº 11436/00).

Encontramos na Lei Nº 5371 de 1998, a qual dispõe sobre a Política Municipal do Idoso e cria o Conselho Municipal do Idoso do município de Florianópolis-SC, o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade, considerando idoso, a pessoa com idade superior a 60 anos, e no seu item “b” da área da saúde assegura que compete às secretarias prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso mediante programas e medidas profiláticas (Lei Municipal Nº 5371/98).

Estas conquistas dos idosos em âmbito de leis transformou o envelhecimento numa questão pública, o que acabou contribuindo para que se refletisse na formulação e adequação de projetos referentes à busca de uma vida saudável na velhice (BRUST, 2006).

A 2ª Assembléia Mundial sobre o envelhecimento humano, realizada pela ONU em Madrid, em 2002, teve como tema “uma sociedade para todas as idades”. Foram avaliados os resultados conseguidos a partir das recomendações da 1ª Assembléia, realizada 20 anos antes, em Viena, num esforço global para enfrentar a revolução demográfica que acontece em todo o mundo. A assembléia aprovou dois documentos importantes: “Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento – 2002” e a “Declaração Política”, que contém os compromissos assumidos pelos governos para executar o novo Plano de Ação nos próximos 25 anos (BRUNDTLAND, 2005).

Nesta Declaração, há um artigo o qual aborda especificamente a questão da saúde dos idosos (Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, 2003, Art.14, p.22):

Reconhecemos a necessidade de se conseguir progressivamente a plena realização do direito de todas as pessoas de desfrutar do máximo possível de saúde física e mental. O objetivo social de alcançar o grau mais alto possível de saúde é de suma importância em todo o mundo e, para que se torne realidade, é preciso adotar medidas em muitos setores sociais e econômicos, fora do setor da saúde. Comprometemo-nos a proporcionar aos idosos acesso universal e igualitário aos cuidados médicos e aos serviços de saúde física e mental. As crescentes necessidades do processo de envelhecimento populacional trazem a exigência de novas políticas de cuidado e tratamento, promoção de meios saudáveis de vida e ambientes propícios. Promoveremos a independência, capacitação dos idosos e incentivaremos todas as possibilidades de participação plena na sociedade. Reconhecemos a contribuição dos idosos ao desenvolvimento no desempenho de seu papel como guardiões.

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento aponta para três prioridades: os idosos e o processo de desenvolvimento, que se centra na necessidade das sociedades ajustarem suas políticas e instituições para que a crescente população idosa seja uma força produtiva em benefício da sociedade; a promoção da saúde e do bem-estar para todo o ciclo da vida, que atenda a necessidade de implantar políticas que promovam a boa saúde desde a infância até a velhice e a criação de contextos propícios e favoráveis, que promovam políticas orientadas para a família e a comunidade como base para um envelhecimento seguro. Aprimorar condições de moradia, promover uma visão positiva do envelhecimento e necessidade de conscientização pública de que os idosos têm contribuições a dar à sociedade. (Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, 2003).

A Organização Mundial da Saúde argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de envelhecimento ativo que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos (WHO, 2005).

O envelhecimento de uma população normalmente vem acompanhado do aumento do número de doenças crônico-degenerativas não-transmissíveis. Essas doenças são multifatoriais e algumas podem ser prevenidas através de intervenções que alterem os fatores de risco modificáveis, pois elas constituem uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e nas grandes cidades brasileiras (REGO *et al*, 1990). O conhecimento da distribuição das doenças e dos fatores de risco na população é de fundamental importância para o planejamento e avaliação de programas na área de saúde (REGO *et al*, 1990).

Esta busca ativa pelas melhores condições do envelhecimento é denominada Promoção da Saúde do Idoso que, segundo a OMS (1982), foi conceituada como “ações que

se manifestam por alterações no estilo de vida e que resultam em uma redução do risco de adoecer e de morrer” (JACOB FILHO, 2006).

A promoção da saúde é aqui entendida, para o desenvolvimento dos projetos e programas, como estratégia de desenvolvimento de ações políticas, econômicas, sociais e ambientais que visam, em última análise, à transformação social na direção de uma melhor condição e qualidade de vida de todos os cidadãos. Nestes termos, ela é vista como um meio de resgatar a cidadania - transformação do indivíduo em sujeito de ação e de direito (SPERANDIO, 2001).

O termo promoção de saúde foi utilizado nos anos 20 por Winslow, que referia que a comunidade organizada poderia obter políticas que promovessem as suas condições de saúde (SPERANDIO *et al*, 2004).

De acordo com o mesmo autor, existem quatro documentos que foram e são importantes para construção das bases da promoção da saúde no mundo. São os textos de Henry Sigerist (1942), que propõem que a promoção da saúde seja uma das quatro tarefas básicas da medicina, ou seja, promoção da saúde, prevenção da doença, restabelecimento do doente e a reabilitação; o informe de Marc Lalonde, que considerou os múltiplos fatores de determinação do processo saúde/doença e que a promoção da saúde deveria ser a mais importante das prioridades (LALONDE, 1974); a Declaração de Alma Ata (1978) que ratificou saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, reconhecendo-a como objetivo social importante, proporcionando novos caminhos para as políticas de saúde e delineando a importância da participação comunitária e a cooperação entre diferentes setores da sociedade; e a Carta de Ottawa, a qual definiu promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde” e até hoje tem sido o principal marco de referência em todo o mundo (CERQUEIRA, 1997; NUTBEAM, 1999).

A promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa, contempla cinco amplos campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde (CARTA DE OTTAWA *apud* BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Nesse contexto, a promoção da saúde sai dos centros de saúde e se estende para as comunidades, apontando para um novo conceito de saúde. A saúde é percebida, então, não como um objetivo em si, mas como recurso da vida cotidiana, sendo, portanto, conceituada positivamente com ênfase nos meios sociais e pessoais, bem como nas capacidades físicas (BUSS, 2000).

O Ministério da Saúde assume, desde a Constituição de 1988, o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Nessa proposta, o poder público municipal fica investido da responsabilidade imediata de atendimento das necessidades e demandas de saúde de todos os seus municípios, contando com a devida cooperação técnica e financeira da união e dos estados, de acordo com o previsto na Norma Operacional Básica do SUS.

Essa estratégia de descentralização objetiva facilitar o acesso dos indivíduos e possibilitar uma gerência de saúde mais adequada ao contexto da população atendida, oferecendo serviços de melhor qualidade. No âmbito dessas mudanças, várias políticas municipais têm se organizado a partir do PSF - Programa da Saúde da Família, proposta que se insere no nível da atenção básica e que persegue o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (SOUZA; CARVALHO, 2003).

O principal propósito do PSF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (DAB, 2004).

O PSF tem como uma das suas responsabilidades a atenção à saúde do idoso (DAB, 2004), logo, cabe aos profissionais da rede básica dar atenção a essa população, prevenindo gastos e promovendo a saúde dos mesmos.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta "como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade" (BRASIL, 1999, p. 21).

Os resultados dessas conquistas devem impulsionar políticas adequadas em relação aos idosos, assim como todos os envolvidos na área devem pressionar para que as mesmas sejam implantadas, para que a rede de apoio ao idoso não dependa apenas de iniciativas isoladas de profissionais conscientes (GARRIDO; MENEZES, 2002).

Todos que trabalham direta ou indiretamente com ações destinadas à população idosa, na teoria, na prática, na qualificação de recursos humanos ou em suportes especializados, devem estar sempre buscando novas tentativas de políticas adequadas para a promoção da saúde na velhice, visando fazer com que a atenção à saúde do idoso possa ser competente, resolutiva e acessível.

2.3 CAPACIDADE FUNCIONAL

O crescimento da população idosa brasileira pode representar um grave problema para a sociedade se os anos de vida adicionais não forem vividos em condições de saúde adequadas (CHAIMOWICZ, 1997). A saúde é fundamental para que os idosos se mantenham independentes e autônomos e continuem contribuindo para a sociedade. Na ausência de políticas públicas adequadas, a tendência é que se tenha, no Brasil, um número crescente de indivíduos idosos que, mesmo vivendo mais, apresentem uma saúde precária e sejam funcionalmente incapacitados, ou seja, incapazes de realizar tarefas cotidianas (RAMOS, 1993).

Desse modo, a capacidade funcional passa a ser um dos principais determinantes da percepção de saúde do idoso e surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso; num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso (RAMOS, 2003).

A necessidade de desenvolver metodologias para avaliar a performance física em idosos tem sido apontada por inúmeros estudiosos, particularmente no que diz respeito ao desenvolvimento de instrumentos apropriados para avaliar atributos fisiológicos na chamada terceira idade, atributos estes, requeridos no desempenho de tarefas do dia-a-dia.

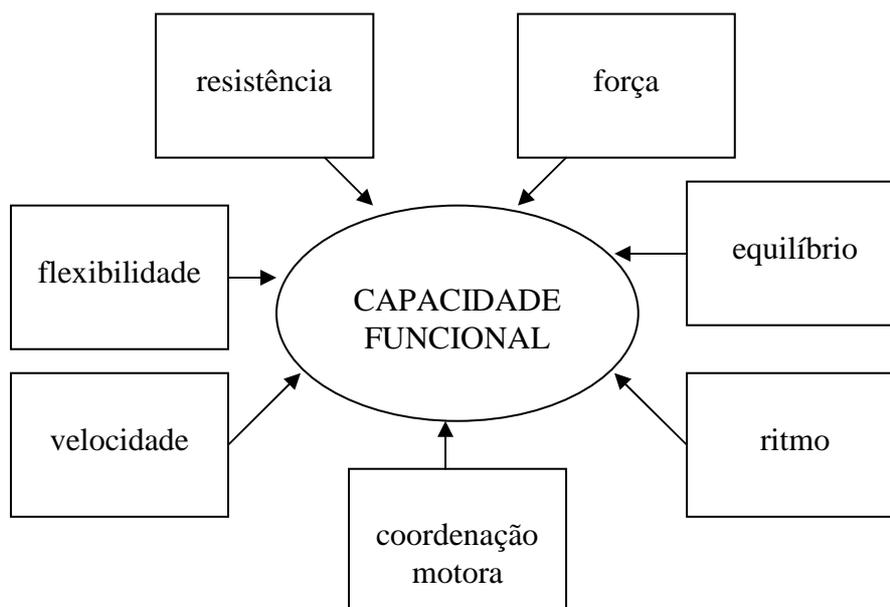
Apesar de existir um número considerável de testes que avaliem atividades do cotidiano, a maioria é de difícil aplicabilidade e/ou são destinados a populações com sérias doenças ou disfunções. Com base na revisão da literatura, constata-se que existe necessidade

de construção de testes que mensurem a capacidade de realização de AVD de idosos fisicamente independentes (ANDREOTTI; OKUMA, 1999).

“Os termos condição física, aptidão física, capacidade funcional e aptidão funcional, são, via de regra, usados como sinônimos” (GOBBI, VILLAR, ZAGO, 2005, p.4).

O resultado do condicionamento físico depende do estágio de desenvolvimento das capacidades físicas força, velocidade, resistência, equilíbrio, flexibilidade e coordenação (FIGURA 2) e é conhecido como aptidão física ou condição física. É normalmente classificada como muito fraca, fraca, regular, boa, muito boa, excelente. Essa classificação é baseada em valores normativos obtidos através de escalas como T e Hull ou percentis, por exemplo, sendo também muito usados pela AAHPERD (GOBBI, VILLAR, ZAGO, 2005).

FIGURA 2: Ilustração da relação da capacidade funcional com as capacidades físicas (GOBBI, VILLAR, ZAGO, 2005).



Nos idosos, os componentes da aptidão funcional de destaque são: cardiorespiratório, força, flexibilidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, e coordenação. Tais aptidões físicas atuam como preditores da capacidade funcional, pois reúnem condições para que o indivíduo consiga realizar suas tarefas do dia-a-dia de modo satisfatório (ZAGO, 2002).

Capacidade funcional pode ser definida como a capacidade que o idoso tem em manter-se independente, levando sua vida, decidindo e atuando (CALDAS, 2003). A extensão do tempo de vitalidade e a prevenção da fragilidade nos últimos anos são de enorme

importância para a qualidade de vida individual e para uma gestão do sistema de saúde da sociedade (RIKLI & JONES, 1999ab).

Segundo a classificação de Spirduso (1995) de acordo com os diferentes níveis de capacidade funcional, idosos considerados fisicamente independentes são aqueles que podem realizar todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária, mas são geralmente sedentários.

A utilização de avaliações como a da capacidade funcional, tem a possibilidade de fornecer informações sobre o perfil do idoso sendo ferramentas simples e úteis na identificação das limitações e perda da autonomia do idoso. Através da avaliação da capacidade funcional podem ser definidas estratégias de promoção de saúde dos idosos visando retardar ou prevenir as incapacidades (CHAIMOWICZ, 1997).

A aptidão física quando relacionada à saúde, envolve componentes associados ao estado físico, psicológico e social, seja nos aspectos de prevenção e redução dos riscos de doenças, como também pela maior disposição para as atividades da vida diária (MAZO, LOPES, BENEDETTI, 2001).

Em estudo de Berlezi *et al* (2006) que buscou avaliar as condições físicas de mulheres acima de 60 anos de idade, praticantes de atividade física regular e não praticantes de atividade física, grupo praticante de atividade física tem maior flexibilidade em relação ao grupo não-praticante. Na avaliação da resistência muscular localizada, o desempenho do grupo de mulheres ativas foi superior no número de repetições em um minuto; no teste de força muscular localizada esse grupo também apresentou melhores resultados. Na avaliação do equilíbrio estático não houve diferença significativa, porém o tempo de permanência na posição estática das mulheres praticantes de atividade física foi superior ao do outro grupo.

A American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (AAHPERD) desenvolveu uma bateria de testes específica para medir a aptidão funcional em idosos, composta de cinco testes motores (coordenação, resistência de força, flexibilidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, resistência aeróbia geral).

Zago e Gobbi (2003) desenvolveram valores normativos para a bateria de testes da AAHPERD, que permitiram obter um índice de aptidão funcional geral (IAFG) em mulheres ativas de 60 a 69 anos, e Benedetti *et al* (2007) para mulheres de 70 a 79 anos.

Conhecendo os escores-percentis de cada teste, o profissional de Educação Física consegue detectar em qual componente da aptidão funcional aquele indivíduo precisa melhorar e em qual estaria com um nível bom. Com a somatória destes pontos, forma-se um índice geral do indivíduo, mostrando assim se ele possui um índice de aptidão funcional geral

boa ou ruim. Assim, o IAFG permite discutir a aptidão funcional geral entendida como uma somatória dos níveis dos componentes físicos dentro de uma bateria de testes e uma somatória das capacidades físicas do indivíduo, avaliando-o globalmente.

A diferença na bateria de testes de aptidão física relacionada à saúde e aptidão motora está no fato de que a primeira solicita apenas os componentes estritamente relacionados à saúde do indivíduo, ou seja, a função cardiorrespiratória e função músculo-esquelética, enquanto que a segunda bateria, além desses componentes, pode envolver testes de agilidade, força, equilíbrio e velocidade (MADUREIRA, 1997).

A manutenção da capacidade funcional é muito importante para a qualidade de vida dos idosos por estar relacionada com a independência e autonomia dos mesmos. Logo, é bastante relevante planejar programas específicos de intervenção para a eliminação de certos fatores de risco relacionados com a incapacidade funcional.

2.4 ATIVIDADE FÍSICA E PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS

A cada ano que passa a preocupação com a qualidade de vida e a saúde da população aumenta proporcionalmente ao estilo de vida adotado, cada vez mais urbano e conseqüentemente sedentário. Este fato deve-se, em grande parte, às tecnologias que nos cercam e que substituem a execução de simples atividades físicas, atribuídas a nós, dentro de nosso cotidiano (DIAS, 2005).

A atividade física, segundo Caspersen, Powell & Christenson (1985), é definida como “qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, portanto voluntário, que resulte num gasto energético acima dos níveis de repouso”.

A busca pela promoção de saúde e de qualidade de vida na terceira idade através da atividade física regular, gera um envelhecimento saudável, colaborando na manutenção da capacidade funcional do idoso pelo maior tempo possível (NIEMAN, 1999; GORDILHO *et al*, 2000; MATSUDO, 2001).

Conforme Nieman (1999, p.220), “um ingrediente fundamental para um envelhecimento saudável é a atividade física regular. De todos os grupos etários, as pessoas idosas são as mais beneficiadas pela atividade. O risco de muitas doenças e problemas comuns na velhice diminui com a atividade física regular”.

A atividade física regular pode contribuir muito para evitar as incapacidades associadas ao envelhecimento. O enfoque principal dessas atividades deve ser na promoção de saúde desses indivíduos, mas aqueles que já possuem alguma patologia, a prática de exercícios orientados também é muito importante para controlar a doença e evitar a sua progressão.

Deve-se buscar a manutenção da aptidão funcional dos idosos, para que, com isso, se tenha uma expectativa de vida ativa máxima possível para essa faixa etária da população, junto aos seus familiares e comunidade, com máxima autonomia e independência funcional.

O envelhecimento ativo é uma das recomendações da ONU para as políticas públicas relacionadas ao idoso prevendo a otimização das oportunidades de saúde com a intenção de aumentar a qualidade de vida conforme as pessoas envelhecem. O idoso deve ser visto como um ser ativo para a sociedade, pois se envelhecer é natural, isto não implica que o idoso vá aceitar a queda na saúde e da qualidade de vida como algo natural.

Segundo WHO (2005, p.13), envelhecimento ativo “é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.

Há uma necessidade de se implementar a visão e a perspectiva do envelhecimento ativo, “através do qual todos possam ter boa qualidade de vida e serem reconhecidos como úteis na sociedade, onde os fatores determinantes são o acesso ao conhecimento e aos serviços básicos, ao meio ambiente limpo, o respeito pelos direitos humanos, bons governos, a capacitação do povo em decisões relevantes de sua vida” (BRUNDTLAND, 2005, p.38).

É importante salientar que no Brasil os programas de atividades físicas oferecidos aos idosos normalmente são iniciativas isoladas de universidades, associações, grupos de convivência e organizações não-governamentais. Poucas prefeituras incluem em sua política a criação de programas de atividades físicas para idosos como prioridade (BENEDETTI, 2004).

Coutinho (2005) realizou uma pesquisa sobre a Atividade Física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, num total de 58 equipes de saúde da família. Em 9 delas encontrou algum tipo de atividade física, principalmente a caminhada, e constatou que 44,44% dos profissionais que ministram as aulas de atividade física são enfermeiros, 33,33% fisioterapeutas e 22,33% educadores físicos.

Miranda, Melo e Raydan (2007) analisaram a opinião dos integrantes da equipe do PSF sobre a inserção do profissional de Educação Física no programa e o conhecimento a representação desse profissional como possível colaborador do PSF. A amostra foi constituída de 10 indivíduos integrantes da equipe do PSF, da cidade de Coronel Fabriciano – MG, sendo

um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Conforme os resultados, 80% dos indivíduos consideraram muito importante a inserção do profissional de Educação Física no PSF e 20%, razoavelmente importante. As justificativas mais relevantes apontadas para essa inserção foram para elaborar e executar programas para promoção de estilo de vida saudável (100%) e atuar nos grupos operativos (90%). Os idosos (90%), crianças e adultos (50% cada) e adolescentes (40%), representam, respectivamente, os mais necessitados da intervenção do Profissional de Educação Física.

Coqueiro, Nery e Cruz (2006), realizaram um estudo com o objetivo de iniciar algumas discussões sobre a inserção do professor de Educação Física no Programa de Saúde da Família. Ressaltam que este profissional ao ser inserido no PSF seja capaz de desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, compatíveis com as metas dessa estratégia.

Já são observados internacionalmente, em órgãos governamentais locais, programas de atividade física que têm como objetivo promover a saúde dos idosos por meio da prática de atividade física: “Pessoas saudáveis” (Inglaterra); “Viver ativo” (Canadá); “No Porto a vida é longa”, “Mexa-se Mais – Atividade Física para Pessoas Idosas do Conselho de Oeiras”, “Coimbra Sênior” (Portugal), são alguns exemplos (BENEDETTI, 2004).

No Brasil, observa-se o aumento do número de programas de atividade física para idosos em instituições/entidades governamentais e não-governamentais em diferentes municípios e estados, com o objetivo de estimular/incentivar uma vida ativa. Também no Brasil, o Ministério da Saúde lançou o programa “Agita Brasil” em 2001, que estimula a prática de atividades físicas para a população em geral (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

Em busca da promoção da saúde dos idosos, alguns municípios brasileiros possuem programas de atividade física voltados ao público idoso.

A Universidade do Estado do Rio de Janeiro, através da Universidade Aberta da Terceira Idade possui um programa de assistência no Hospital Universitário Pedro Ernesto aos idosos da comunidade e desenvolve um programa denominado Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso, composto por vários projetos destinados à terceira idade. Um desses projetos é o Projeto Idosos em Movimento Mantendo Autonomia, desenvolvido pelo Núcleo de Atenção ao Idoso é desenvolvido em conjunto com o Instituto de Educação Física e Desportos, e atende cerca de 100 idosos, que fazem educação física duas vezes por semana em encontros nos quais também são discutidos temas de educação em saúde e realizada avaliações clínicas dos participantes (NAI, 2006). Em Brasília-DF, na Faculdade de Educação

Física da Universidade de Brasília existe o Programa Orientado de Atividade Física para o Idoso. Este programa possui uma variedade de projetos bem diversificada, que vai desde o canto, coral, aulas de computação, até dança de salão, ioga e musculação (TERCEIRA IDADE, 2006).

Em Florianópolis-SC, são oferecidos programas de atividade física pelos órgãos governamentais e não-governamentais como a UFSC, UDESC, SESC e também em algumas secretarias municipais. Em outros municípios catarinenses são desenvolvidos programas de atividade física voltados à população idosa, através de suas secretarias, como é o caso do programa *Exercitando a Melhor Idade* em Joinville, um convênio da Secretaria Municipal de Saúde e Fundação Municipal de Esportes; o programa *Escola Aberta*, uma parceria da Secretaria de Educação com a administração pública de Itajaí; os vários projetos do programa *Oficina do Corpo* no município de Jaraguá do Sul, numa ação conjunta da Prefeitura Municipal e Secretaria de Desenvolvimento Social e Família; *Política de Atenção e Proteção ao Idoso “Movimento é Vida”* em Blumenau; no município de São José, além dos programas de atividade física oferecidos pelo Departamento da Terceira Idade, a Secretaria da Ação Social mantém convênio com a Fundação Municipal de Esportes, que oferece o Programa *“Exercite-se Beira-Mar”* e com a Secretaria de Educação, que oferece o Programa *“Mexa-se”*, ambos com atividades que contemplam, também, o público idoso (SALIN, 2006).

A adoção de um estilo de vida ativo, sobretudo na terceira idade, pode trazer benefícios e reduzir os efeitos do processo de envelhecimento, colaborando na manutenção da autonomia e independência, componentes essenciais para as AVDs, melhorando, assim, a qualidade de vida desta população.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Este estudo se caracteriza como descritivo.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1989).

Em alguns estudos, conforme o procedimento metodológico escolhido, o pesquisador poderá utilizar dois tipos de análises: quantitativa e qualitativa. A análise qualitativa trabalha com dados que não podem ser quantificados, como valores, interesses, atitudes. Neste estudo serão os dados obtidos através das entrevistas. A análise quantitativa trabalha os dados que podem ser captados por meio de quantificação, por meio de médias e estatísticas, que, neste estudo, serão os dados obtidos através da bateria de testes AAHPERD.

3.1 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em quatro Centros de Saúde do município de Florianópolis /SC, (Córrego Grande, Rio Tavares, Saco Grande e Policlínica do Estreito), que fazem parte do projeto Saúde do Idoso, o qual desenvolve o programa de ginástica Idoso Ativo desde julho de 2006.

Para definir os Centros de Saúde que participariam da pesquisa, o requisito principal era que nele existisse o Plano Docente Assistencial (PDA) de Nutrição, pois este programa prevê orientação nutricional de acordo com o programa da Educação Física. Já a inserção dos idosos se deu pelos quesitos: residir na comunidade que pertence ao CS, ser cadastrado no CS em questão e receber encaminhamento do médico do CS com o detalhamento das condições de saúde dos mesmos, dando prioridade aos que possuíam doenças crônicas degenerativas, porém, a não existência de doenças não excluía o idoso da participação no programa de ginástica.

Para atingir o objetivo do estudo, participaram da pesquisa 5 médicos dos CS participantes, sendo um do Córrego Grande, dois do Rio Tavares, um do Saco Grande e um da Policlínica do Estreito; 4 enfermeiras, sendo uma de cada CS, 7 funcionários (recepcionista,

auxiliar administrativo) dos CS, 6 professoras/estagiárias e 18 idosas que participaram do programa de ginástica desde o seu início, no mês de julho de 2006 e que realizaram as coletas da AAHPERD em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.

Para verificar e comparar o índice de aptidão funcional geral e as aptidões físicas das idosas antes e após 9 meses de intervenção do programa foram selecionadas de 128 idosas participantes do programa Idoso Ativo em julho de 2007, 18 idosas que participaram do programa de ginástica desde o seu início, no mês de julho de 2006 e que realizaram todas as coletas da AAHPERD em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007. Estas idosas têm idade entre 61 e 76 anos, com média de idade de 67,78 anos e desvio padrão de 5,71 anos, sendo que 1 pertence ao CS do Saco Grande, 7 da Policlínica do Estreito e 10 do Rio Tavares.

Para a avaliação do período de interrupção de 8 semanas do programa (dezembro/2006 e março/2007), foram selecionadas das 18 idosas (que participaram do programa de ginástica desde o seu início, no mês de julho de 2006 e que realizaram as coletas da AAHPERD em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007) 14 idosas, as quais responderam a entrevista de férias. Estas idosas têm idade entre 61 e 76 anos, com média de idade de 67,78 anos e desvio padrão de 5,71 anos, sendo que uma pertence CS do Saco Grande, 4 da Policlínica do Estreito e 9 do Rio Tavares.

Devido aos critérios de seleção da amostra, principalmente no cumprimento dos testes, muitas idosas não foram selecionadas para o estudo pelo motivo de não terem realizado as quatro coletas da AAHPERD (julho e dez/06 e março/07). Ressalta-se que foi explicado as idosas a importância da realização dos testes físicos, porém em nenhum momento os testes foram motivos de obrigação ou requisito para permanecer no programa, por esse motivo o número reduzido da amostra.

A escolha pelo sexo feminino se dá devido ao fato de que os valores normativos da aptidão funcional geral existente no Brasil, avaliados por meio da bateria de testes da AAHPERD, foram desenvolvidos, até o momento, apenas para o sexo feminino, por Zago e Gobbi (2003) e Benedetti *et al.* (2007).

3.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para descrever a implementação do programa de ginástica Idoso Ativo nos Centros de Saúde, os instrumentos de coleta de dados foram:

- Entrevistas estruturadas sobre o programa de ginástica Idoso Ativo, com o médico responsável pelo CS, enfermeiro e outro funcionário (recepcionista, auxiliar administrativo,...) de cada CS participante do programa (APÊNDICE A), as professoras/estagiárias que ministraram as aulas de ginástica (APÊNDICE D) e as idosas selecionadas (APÊNDICE B, C). As entrevistas foram realizadas após a assinatura do termo consentimento livre e esclarecido.

As questões das entrevistas destinadas às idosas foram avaliadas quanto a sua clareza, conforme orientação de Polit & Hungler (1987), com 12 idosas, 4 representantes de cada CS, nos dias da aplicação dos testes físicos no mês de julho de 2006 (início do programa). As questões obtiveram 100% de clareza pelas idosas.

Para avaliar o índice de aptidão funcional geral e as aptidões funcionais das idosas, foi utilizada a Bateria de Testes para idosos da *American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance* – AAHPERD (OSNESS, 1990), a qual é composta por cinco testes motores (ANEXO C):

- 1) Teste de agilidade e equilíbrio dinâmico;
- 2) Teste de coordenação;
- 3) Teste de flexibilidade;
- 4) Teste de força e endurance de membros superiores;
- 5) Teste de resistência aeróbia geral e habilidade de andar.

Nessa bateria, a coordenação, a agilidade e equilíbrio dinâmico e resistência aeróbia geral são mensuradas em segundos, a flexibilidade é medida em centímetros, a resistência de força é o número de repetições que o idoso flexiona o braço com o peso em 30 segundos e o IAFG é a soma dos índices percentis dos 5 testes.

A opção pela utilização da referida bateria deve-se ao fato de que as tarefas realizadas durante os testes, são similares às atividades diárias dos idosos, aproximando, assim, os testes com a vida cotidiana dos mesmos. Também porque ela é considerada a mais antiga bateria de teste utilizada para avaliar a aptidão funcional dos idosos, de fácil aplicação e montagem, baixo custo, não requer grandes espaços físicos para sua aplicação, e há valores normativos para idosas brasileiras do sexo feminino (BENEDETTI *et al*, 2007).

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da UFSC em 06/03/2006, processo nº 011/06 (ANEXO A).

Considerando que este estudo pretende apresentar a implementação do programa de ginástica Idoso Ativo nos Centros de Saúde e sua influência na aptidão funcional das idosas participantes, foi necessário realizá-lo em duas etapas.

Na primeira etapa foi descrita a implementação do programa por meio de entrevistas com os profissionais da rede de atendimento de cada CS, com as idosas participantes do programa e com as professoras/estagiárias que ministraram as aulas de ginástica. Na segunda etapa foi avaliada a aptidão funcional das idosas participantes do programa.

Abaixo segue o detalhamento da coleta em cada etapa.

3.3.1 Primeira Etapa

Anteriormente a coleta de dados, foi realizado um contato pessoal com os sujeitos do estudo, onde se explicou o objetivo da pesquisa, a importância da sua colaboração na mesma, do sigilo de identidade e do retorno dos resultados do estudo. Após, foi agendada a data e o horário para aplicação dos instrumentos.

A coleta dos dados para a avaliação do programa ocorreu em 2 momentos:

1º) Foram entrevistados, individualmente, no seu ambiente de trabalho, o médico responsável pelo CS, enfermeiro e outro funcionário (recepcionista, auxiliar administrativo,...) de cada uma dos CS participantes sobre o programa de ginástica Idoso Ativo e informações do CS sobre o mesmo.

2º) Foram entrevistadas as idosas participantes do programa, durante a coleta de dados de dezembro/2006, sobre as aulas, e na coleta de março/2007, sobre as atividades realizadas nas férias (período de interrupção) entre o 2º semestre de 2006 e 1º semestre de 2007.

3º) Foram entrevistadas, individualmente, as professoras/estagiárias que ministraram as aulas de ginástica.

As entrevistas seguiram um roteiro de perguntas de acordo com o sujeito entrevistado, sendo que, cada um assinou uma carta de cessão de direitos que ficou de posse da pesquisadora (APÊNDICE E).

3.3.2 Segunda Etapa

A coleta de dados para a avaliação da aptidão funcional foram realizadas pela pesquisadora e alunos colaboradores previamente treinados. Inicialmente, foi feito um contato pessoal com os idosos participantes do programa, onde se explicou a aplicação da bateria de testes da AHHPERD. Após, foi agendado a data e o horário para aplicação da bateria. No dia da coleta foi explicado para os idosos como eles deviam realizar os testes físicos, conforme protocolo da bateria. Logo após a explicação, foram realizados os testes. Os protocolo de coleta de dados com a descrição dos procedimentos dos testes estão descritos no anexo C.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados em dois momentos. Para avaliar a implementação do programa, foi feita uma análise de conteúdo das respostas dos médicos, enfermeiros, funcionários, profissionais de educação física (bolsistas) e idosos. Posterior a esta etapa foram analisados os dados quantitativos advindos das avaliações de aptidão funcional das idosas selecionadas que participaram do programa.

3.4.1 Análise Qualitativa - Análise de Conteúdo

Para a análise das entrevistas, inicialmente foi necessária a digitação e conferência destes em um banco de dados. Após, utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin (1977) para a análise das respostas encontradas. Os procedimentos envolvidos na análise de conteúdo são estruturados objetivando uma organização dos dados por meio de fases ou etapas

(Codificação, Unidade de Registro e de Contexto, Categorização, Regras de Enumeração, Inferência, Análises Quantitativa e Qualitativa, Tratamento Informático), visando um resultado estruturalmente organizado de seu conteúdo.

As categorias e subcategorias das entrevistas aplicadas nos sujeitos do estudo podem ser observadas nos quadros 1, 2 e 3 abaixo.

QUADRO 1: Categorias e subcategorias da entrevista aplicada aos sujeitos do estudo - médico responsável do CS, enfermeiro e funcionário.

Categorias	Subcategorias	
Conhecimento se o CS possui algum programa de ginástica	Sim Não	
Se sim, qual o programa	Idoso Ativo Não sabe o nome Algum de AF para 3ª Idade Algum de convênio com as universidades Grupo do Dr Ricardo Tai Chi Chuan	
Conhecimento desse programa	Comentários Secretaria de Saúde Idosas Reuniões do CS Enfermeira Coordenação do programa Pessoas da universidade Ajudou na elaboração	
Onde o programa atende as necessidades dos idosos	Autonomia/Independência Exercícios bem orientados Socialização Saúde Não possui essa informação	
Dificuldades	Estrutura Física Pouca divulgação Muitos idosos e poucas turmas Falta de comunicação Falta de uma equipe multidisciplinar Falta de funcionários Falta de um prof de Ed Fís no CS Falta de integração com o CS	
Sugestões	Local / infra-estrutura	Adequado Inadequado Único que tem Não conhece Muito quente Perigoso (rodovia) Conselho Comunitário
	Atendimento	Excelente Bom Professora querida Não tem reclamações
	Divulgação	Médico Rádio Reuniões do CS Recepção do CS Agentes de Saúde

QUADRO 2: Categorias e subcategorias das entrevistas e do questionário aplicados aos sujeitos do estudo – idosas.

Entrevistado	Categorias	Subcategorias
Idosas – aulas	A maneira que tomaram conhecimento sobre o programa	Grupo de 3ª Idade Médico do CS Amiga
	Motivos para ingressar no programa	Médico Saúde Socialização Atividade física
	Motivos para permanecer no programa	Saúde Socialização Atividade Física
Idosas - férias	Atividade de Lazer nas férias	Passear Praia Atividade Física Dançar Escutar música Viajar Assistir TV Visitar colegas, parentes Trabalhos manuais Cuidar da casa Cuidar de animais Ir à Igreja
	Como passa as férias	Sozinho Acompanhado
	Onde passa as férias	Apartamento Casa de praia Casa urbana
	Realização de AF sistematizada	Sim Não
	Se sim, qual atividade	Caminhada Alongamento Dançar Exercícios em casa
	Quantas atividades	Nenhuma Uma Duas Três
	Quantas vezes por semana	Nenhuma Uma Duas Três Quatro Cinco Seis Sete
	Duração	Nenhum 15min 30min 40min 60min 90min

QUADRO 3: Categorias e subcategorias da entrevista aplicada aos sujeitos do estudo – professoras/estagiárias.

Entrevistado	Categorias	Subcategorias
Professoras/Estagiárias	Fatores facilitadores da implementação do programa	Local Idosos Materiais Coordenação do CS Divulgação
	Empecilhos da implementação do programa	Médico do CS Local Não reconhecimento do programa Nada Falta de interação com o CS Falta de organização do CS
	Necessidades e interesses dos idosos	Social Saúde Atividade Física Nutrição

3.4.2. Análise Quantitativa - Análise Estatística

Após a tabulação e conferência dos dados, foi feita a análise quantitativa dos dados. Foram realizadas análises dos índices de aptidão funcional geral (IAFG) de cada idosa, o que permitiu a discussão da aptidão funcional geral entendida como uma somatória dos níveis dos componentes físicos dentro de uma bateria de testes e uma somatória das capacidades físicas do indivíduo, avaliando-o globalmente (TABELA 1).

TABELA 1: Valores do Índice de Aptidão Funcional Geral de mulheres entre 60 e 79 anos.

Testes motores (escores-percentis)	Classificação	IAFG (somatória dos percentis de cada teste)
0 – 19	Muito fraco	0 – 99
20 – 39	Fraco	100 – 199
40 – 59	Regular	200 – 299
60 – 79	Bom	300 – 399
80 – 100	Muito bom	400 – 500

Com a classificação do IAFG o profissional de Educação Física tem uma referência para a avaliação dos idosos, e isto auxiliará na prescrição das atividades físicas conforme a capacidade funcional de cada um, favorecendo assim o desenvolvimento de um trabalho com qualidade e que privilegia a melhoria na capacidade funcional geral do idoso.

Os dados foram organizados no programa Microsoft Excel e analisados no programa estatístico SPSS 13.0 for Windows. Primeiramente, foi realizada estatística descritiva, por meio da verificação de frequências, percentuais, medidas de tendência central e variabilidade. Foram analisadas nesta fase as medidas de distribuição e normalidade por meio do Shapiro Wilk, além da observação dos valores de assimetria e curtose.

Com o objetivo de comparar a aptidão geral das idosas, foi utilizada a Análise Multivariada de Variância (MANOVA) para amostras dependentes. Esta análise é realizada quando é pretendido comparar o comportamento de mais de uma variável dependente em duas ou mais situações fazendo uma combinação linear das variáveis dependentes para verificar efeitos gerais do programa, e posteriormente especificando as análises em seus desdobramentos específicos, através da comparação de efeitos principais e Post-Hoc de Bonferroni. Os pré-requisitos para a análise serão observados de acordo com as recomendações de Dancey e Reidy (2004). O intervalo de confiança adotado foi de 95%.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Implementação do programa Idoso Ativo nos Centros de Saúde do município de Florianópolis, SC

Durante o processo de envelhecimento ocorrem alterações no sistema sensório-motor, que dificultam a realização das tarefas da vida diária. Nos últimos anos, surgiu um aumento do interesse pela atividade física para os idosos, que se reflete no crescente número de publicações científicas e eventos acadêmicos que focalizam esta temática. Nestes, foram estabelecidos o papel da atividade física regular no processo de envelhecimento saudável, os efeitos fisiológicos, psicológicos e sociais e os benefícios de um estilo de vida fisicamente ativo ao longo do período de vida (WHO, 1997).

Em concordância com as políticas nacional, federal e municipal destinadas aos idosos, a sociedade, os profissionais da saúde e gerontólogos vem alertando os indivíduos sobre os cuidados para um envelhecimento saudável, pois este é um processo dinâmico e progressivo no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais susceptível a agressões. Destaca-se, então, a implementação de programas de esporte e lazer e orientações sobre a prática de exercícios físicos, o que vem gerando um aumento no número de pessoas com mais de 60 anos na busca de atividades físicas como meio de promoção de saúde.

Segundo o IBGE (2004), a população estimada para Florianópolis é de 379.556 habitantes. Desde 1980 até 2004 houve um crescimento proporcional do número de idosos, representando, respectivamente, 6,12% e 8,37% da população, conforme a tabela 2 abaixo.

TABELA 2: População residente segundo faixa etária em Florianópolis, 1980, 1990, 2000, 2004 (IBGE, 2004).

Faixa Etária/ano	1980	%	1990	%	2000	%	2004	%
1 - 19 anos	83.787	44,13	98.598	39,32	116.590	33,86	128.591	33,88
20 - 60 anos	92.269	48,60	132.178	52,72	196.909	57,19	217.178	57,22
60 e + anos	11.611	6,12	17.962	7,16	28.816	8,37	31.783	8,37
Ignorado	213	0,11	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	189.860	100,00	250.728	100,00	344.315	100,00	379.556	100,00

No município de Florianópolis, existem 53 Centros de Saúde e, para melhor atender a população, é dividida em cinco equipes regionais de saúde (Regional Centro, Regional Continente, Regional Leste, Regional Norte e Regional Sul), subdivididas em vários Centros de Saúde. Contudo, em nenhuma dessas unidades existia um programa de atividade física voltada à população idosa.

A Prefeitura de Florianópolis, através da Secretaria Municipal de Saúde, dentro do Departamento de Saúde Pública, na Assessoria de Atenção à Saúde, lançou o projeto Envelhecer com Qualidade de Vida em Florianópolis - Atenção Integral à Saúde do Idoso, em setembro de 2005. Visou articular ações intersetoriais para garantir a qualidade de vida e o exercício da cidadania desta população, configurando um quadro para o apoio dos diferentes setores da sociedade. Este projeto contemplou quatro linhas de ação, onde cada uma continha ações específicas da sua linha: gerontocultura - promoção e prevenção à saúde; assistência clínica e reabilitação; assistência de média complexidade; e ações de apoio ao cuidador.

- *Gerontocultura - promoção e prevenção à saúde*: acolhimento ao idoso; atendimento preferencial ao idoso nas CS; caderneta de saúde do idoso; prontuário do idoso; ações de vigilância e prevenção à violência contra o idoso; e programas de atividade física;

- *Assistência Clínica e Reabilitação*: capacitação dos profissionais PSF; capacitação para multiplicadores; protocolo de atenção à saúde do idoso; elaboração do “guia prático em saúde do idoso para o profissional da rede primária”; visita domiciliar pelo médico do PSF nos casos de dificuldade de locomoção; atendimento as instituições asilares; aprovação da lista de medicamentos para idoso; e porta medicamento;

- *Assistência de Média Complexidade*: atendimento geriátrico em 4 centros de referência (Policlínica Estreito, Norte, Sul e Centro); e programa de atendimento domiciliar de média complexidade;

- *Ações de Apoio ao Cuidador*: manual do cuidador; cursos formadores para cuidador; e criação de centro de voluntariado.

Assim, esse projeto buscou equipes técnicas para discutir e efetivar as linhas de ações acima mencionadas. Na composição da equipe técnica além dos representantes da SMS, participaram os membros do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Gerontogeriatrica- NIPEG da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), do Centro de Desportos (CDS) da UFSC, do Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI) e do Centro de Ciências da Saúde e de Esportes (CEFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG-SC).

Entre as ações realizadas pela equipe técnica no Programa de Saúde do Idoso da SMS, temos a elaboração do manual para cuidadores de idosos; a construção da caderneta do idoso; realização do curso de capacitação na área gerontológica, em maio de 2006, dos profissionais de nível superior da rede de atendimento da área da saúde de Florianópolis; confecção do porta medicamentos; implantação de programas de atividades físicas.

Em 2006, foi criado o programa Capital Idoso, que oferecia atendimento clínico diferenciado através das equipes de Estratégia Saúde da Família e grupos de educação para hipertensos e diabéticos. Além disso, oferecia noções de boa alimentação e atividades físicas específicas, entre outras. Em novembro começam a ser distribuídas as Cadernetas do Idoso, que tinham funções semelhantes às entregues às crianças. O material gráfico foi acompanhado de bolsa e porta-medicamentos de uso diário. Todos os idosos residentes na capital poderiam participar das atividades agendadas pelo Capital Idoso, para isso, deviam se dirigir ao Centro de Saúde mais próximo de sua casa e se informar onde ocorriam estas ações. Neste ano a Secretaria de Saúde da capital disponibiliza o serviço em 21 de seus 48 Centros de Saúde.

Em relação aos programas de atividade física a SMS contava, em 2006, com dois programas, um voltado aos idosos, chamado Idoso Ativo, e o outro Floripa em FormA, o qual é direcionado à população que necessita reabilitação cardiopulmonar e metabólica. Ambos realizados nos Centros de Saúde.

O Programa **Idoso Ativo** foi implantado em 2006, dentro da linha de ação do projeto “Gerontocultura”, que tinha como objetivo orientar os pacientes idosos dos Centros de Saúde para um estilo de vida ativa e saudável e implementar programa de atividade física regular (ginástica) e orientações nutricionais. Este programa foi realizado com a parceria entre a SMS, a UFSC (curso de Educação Física e Nutrição) e a UDESC (curso de Educação Física). O programa começou, como projeto piloto, nas instalações de quatro Centros de Saúde (Córrego Grande, Rio Tavares, Saco Grande e Policlínica do Estreito), que já tinham a atuação do curso de nutrição da UFSC pelo Plano Docente Assistencial (PDA) de Nutrição. Os idosos que praticavam ginástica recebiam orientações nutricionais.

O programa “Idoso Ativo”, aos poucos, foi ampliando sua ação na área da Educação Física, implementando mais turmas de ginástica para idosos nos Centros de Saúde devido à demanda, sendo que em julho de 2006, atendeu 140 idosos distribuídos nos Centros de Saúde do Rio Tavares (1 turma), Córrego Grande (2 turmas), Saco Grande (2 turmas) e Policlínica do Estreito (1 turma). As aulas eram ministradas por estagiários de Educação Física e supervisionados por mestrados e professores do CDS/UFSC e do CEFID/UDESC. O lançamento oficial do programa foi em 11 de outubro de 2006. Este programa é coordenado

pela Profissional de Educação Física Tânia R. Bertoldo Benedetti (CDS/UFSC), Giovana Zarpellon Mazo (CEFID/UDESC) e Marize Amorim Lopes (CDS/UFSC) e faz parte do programa de Saúde do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde, recentemente intitulado Capital Idoso.

O programa funcionou da seguinte forma: foi realizada uma capacitação com profissionais de nível superior da rede de atendimento da área da saúde de Florianópolis, em maio de 2006, onde foi exposto o programa. Após foi implantado o projeto piloto em 4 Centros de Saúde que possuíam o Plano de Docente Assistencial - PDA de nutrição. Em seguida foi divulgado nos respectivos CS e implantado o programa em julho de 2006, após capacitação dos alunos estagiários de Educação Física do curso do CDS/UFSC e do CEFID/UDESC. Os idosos após consulta médica de rotina no CS, quando possível e necessário, eram encaminhados para o programa de exercícios físicos existente nos CS. Após o ingresso no programa, eles eram avaliados fisicamente com relação à capacidade funcional (aplicação da bateria de testes da AAHPERD para idosos) e também eram aplicadas algumas escalas existentes na caderneta do idoso.

PÚBLICO ALVO: pacientes acima de 60 anos, com comorbidades leves a moderadas.

NÚMERO: 4 CS, 6 grupos, 25 pacientes por grupo. Total de 140 pacientes.

EQUIPES: 03 supervisores de Educação Física (EF), 4 mestrandos e 4 estagiários de EF.

ENFOQUE: prevenção secundária e fases 4 e 5 de reabilitação cardíaca. Desenvolvimento das capacidades físicas enfatizando principalmente a força, equilíbrio, flexibilidade, coordenação e resistência aeróbica. Além de exercícios específicos para reeducação postural, fortalecimento da musculatura pélvica e descontração muscular.

ATIVIDADES: prática de exercícios físicos (ginástica) com periodicidade de três vezes por semana e duração de 1 hora, ministrado nas CS. As aulas são divididas em 3 partes. Parte inicial: aquecimento articular, alongamento e aquecimento geral (15 min); Parte principal: o objetivo da aula que pode ser desenvolver a força, resistência aeróbia, trabalhar a postura, flexibilidade (40 min.) Parte Final: Relaxamento e alongamento (15 min.).

O programa **Floripa em Forma** foi implantado em 2006, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde, em parceria, inicialmente com o CEFID/UDESC, onde os bolsistas, fisioterapeutas eram contratados pela UDESC, além da assessoria técnica do programa pelo professor Tales de Carvalho. Os demais recursos materiais, humanos, equipamentos e pacientes, foi sob encargo e custeio da SMS. Atualmente, o programa é coordenado pela gerente do Capital Idoso da SMS. Trata-se de um programa de Reabilitação Cardiovascular, Respiratória e Metabólica. Portanto, os pacientes elegíveis a entrar no programa são aqueles

com alguma co-morbidade e que se beneficiam de práticas de atividades físicas para prevenção secundária e/ou terciária. O projeto piloto teve início em março de 2006, nas 05 regionais de Saúde do município, totalizando 6 CS: Ingleses; Fazenda do Rio Tavares; Trindade; Barra da Lagoa; Saco dos Limões e Capoeiras. Por problemas operacionais, as CS Trindade e Barra da Lagoa foram substituídas pela Prainha e Lagoa da Conceição, respectivamente em agosto de 2006. Nesta etapa de projeto piloto, aproximadamente 80 idosos participaram. O programa consiste em prática de atividade física supervisionada e educação em saúde para pacientes com fatores de risco cardiovasculares importantes como hipertensão arterial, doença arterial periférica, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e pneumopatia.

A metodologia e fluxograma de atendimento neste programa seguiu as orientações da Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar da Sociedade Brasileira de medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Cardiologia. As equipes multidisciplinares foram compostas por um médico responsável, um fisioterapeuta ou profissional de Educação Física, um enfermeiro, um técnico de enfermagem. Inicialmente o paciente era encaminhado pelo médico assistente, que devia excluir situações de descompensação clínica ou contra-indicações para o paciente participar do programa. O médico responsável avaliava o paciente e realizava exames complementares se necessário. Após, era realizada a prescrição de exercício, determinada a zona limite para treinamento aeróbio, realizada as orientações para a execução de exercícios resistidos, determinada a interferência das drogas nas respostas fisiológicas e acompanhado o paciente durante o programa, atento a descompensações e intercorrências durante a prática das atividades. Os demais integrantes da equipe monitoravam e acompanhavam os pacientes durante as atividades, além de realizarem o controle e registro dos dados.

PÚBLICO ALVO: pacientes com comorbidades pulmonares, cardiovasculares e nefropatias.

NÚMERO: 6 ULS, total de 71 pacientes.

EQUIPES: um médico, um enfermeiro, um técnico enfermagem e um fisioterapeuta.

ENFOQUE: reabilitação cardiovascular, pulmonar e metabólica.

ATIVIDADES: As atividades têm periodicidade de no mínimo três vezes semanais, desenvolvidas da seguinte forma: a) Parte inicial: 10 minutos – realiza-se aquecimento e alongamento nas principais articulações. Os dados vitais são coletados nesta fase inicial. b) Parte Principal: 45 minutos – exercício aeróbico através de caminhada e exercício resistido, com o uso de pesos. c) Parte Final: 10 minutos – Consiste em realizar novamente alongamento e relaxamento da musculatura e novos dados vitais são coletados.

Na Prefeitura Municipal de Florianópolis, além dos programas de atividades físicas realizados pela Secretaria Municipal de Saúde, também era realizado o programa Viver Ativo pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), desde o ano de 2000, com atividades para os idosos do município.

O programa **Viver Ativo** foi implantado em 2000, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), com base no perfil da população alvo fornecido pela pesquisa referente o “Estilo e Hábito de Vida das Idosas que Frequentam os Grupos de Convivência da Prefeitura Municipal de Florianópolis”. Ele atende atualmente cerca de 4.000 idosos, distribuídos em Grupos de Convivências; Instituições de Longa Permanência de Ação Social do Município; Grupos de Dança e Grupos de Ginástica, sendo cada uma destas ações com atividades específicas aos seus objetivos. Os Grupos de Ginástica, estão atualmente implantados em 11 localidades, totalizando 18 grupos de atividades físicas. Fazem parte deste grupo normalmente pacientes sem ou com doenças controladas, sendo programa iminente de promoção à saúde. É coordenado pela Profissional de Educação Física Simone Korn.

PÚBLICO ALVO: pacientes acima de 60 anos, com doenças controladas.

NÚMERO: 11 localidades, 18 grupos, 30 pacientes por grupo. 540 pacientes.

EQUIPES: 03 supervisores de Educação Física (EF) e 14 estagiários de EF.

ENFOQUE: ginástica funcional.

ATIVIDADES: divide-se em atividades de caráter variável e de caráter fixo.

Nos atendimentos de caráter *variável*, os estagiários de Educação Física atuam na execução, animação, mobilização de idosos em eventos para os idosos do município de caráter recreativo, cultural, de lazer, educativo, desportivo, encontros intergrupais, etc, realizados pela Gerência de Atenção ao Idoso, através do projeto “Organização e Apoio as Práticas Culturais, Educativas e de Lazer” para idosos e do Torneio de Voleibol Adaptado para Idosos que participam dos Grupos de Ginástica do programa Viver Ativo.

Nos atendimentos de caráter *fixo*, os estagiários de educação física atendem os grupos que possuem aulas sistemáticas com controle da frequência dos idosos, local fixo, constância na data e horário, especificidade de atividades e, no caso da ginástica acompanhamento da evolução dos resultados obtidos com a prática sistemática de exercícios físicos. O Atendimento de caráter fixo se divide em 4 ações básicas:

- Atividades recreativas em Grupos de Convivência que estejam cadastrados na Gerência de Atenção ao Idoso e tenham inscrição no Conselho Municipal do Idoso, e, que solicitem este tipo de atendimento; O atendimento dos estagiários aos grupos de convivência é

quinzenal e/ou mensalmente (conforme solicitação do grupo e desde de que não ultrapasse a 50% dos encontros no mês), na própria comunidade, onde serão oferecidas atividades recreativas e de lazer aos idosos durante a reunião do próprio grupo. As atividades serão recreativas e/ou educativas (palestras sobre saúde), como alternativa para enriquecer o encontro dos idosos, contribuindo para a socialização, aquisição de hábitos saudáveis e bem-estar geral.

- Atividades físicas e recreativas nas ILPIs (Instituições de Longa Permanência de Caráter Assistencial do Município) planejadas em conjunto com a equipe técnica da Instituição e desenvolvidas para os internos semi-dependentes;

- Grupos de danças criados a partir da solicitação dos idosos na própria comunidade com o objetivo de desenvolver coreografias de danças para apresentações públicas, aulas de dança de salão, folclóricas, etc.

- Atividades físicas em grupos de ginástica na própria comunidade, cujas ações vão ao encontro do objetivo do Programa “Floripa em Forma”, são formados a partir da solicitação dos idosos locais, onde são oferecidas atividades físicas orientadas, três vezes por semana. Inicialmente, é realizada uma ficha de *anamnese* no ato da inscrição e os idosos são submetidos a uma bateria de medidas e testes de avaliação física da AAHPERD (1990) no início e no final do ano. A todos os participantes é exigido a apresentação do atestado médico favorável à prática de atividades físicas para idosos. Paralelamente às atividades físicas, serão dadas informações e esclarecimentos sobre seus benefícios e noções de saúde e higiene. Este módulo do programa tem por objetivo proporcionar ao idoso, a socialização através de encontros sistemáticos na própria comunidade, visando a prevenção de doenças típicas do envelhecimento, melhora da capacidade funcional com aquisição e manutenção das habilidades físicas básicas para atividades da vida diária (ABVD’s), sob a orientação de pessoas treinadas. Acolhe idosos independentes, com doenças controladas e que residam na comunidade ou que sejam encaminhados pelo Programa Idoso Ativo (fase B).

Os pré-requisitos para participação no programa são: idosos, ambos os sexos; com idade mínima de 60 anos;

- Para ginástica e dança: atestado médico favorável;

- Para asilos: ser interno e semi-dependente;

- Para grupos de convivência: grupos cadastrados na GAI e com parecer favorável do CMI.

- Para estagiários: acadêmicos de educação física entre 5ª e 8ª fases que gostem de conviver entre idosos;

- Para supervisores: profissionais de educação física, com registro no CREF.

Ambos os programas da SMS e da SEMAS citados anteriormente abordavam os segmentos de morbidade diferenciados, mas apresentavam um denominador comum que é à reabilitação, prevenção e promoção em saúde do idoso, bem como, oportunizam estágio acadêmico para estudantes de Educação Física e Fisioterapia, e é um campo para realização de pesquisas.

Portanto, a SMS e a SEMAS realizaram a fusão operacional dos programas *Idoso Ativo*, *Floripa em Forma* e do programa *Viver Ativo* com intuito de fortalecer as ações intersetoriais como ação relacionada à Estratégia Global da Rede de Proteção Social ao Cidadão Idoso; implementar a Reabilitação, a Prevenção e a Promoção por meio de Atividade Física no Município de Florianópolis; fortalecer a parceria entre a SMS, a SEMAS e as Universidades (UFSC, UDESC). Desta fusão surgiu o Programa Intersetorial de Atividade Física para Idosos do Município de Florianópolis - **Floripa Ativa**, o qual faz parte do Capital Idoso.

No programa **Floripa Ativa** existem três fases A, B e C, que estão relacionadas ao enfoque do trabalho com os pacientes e idosos. A fase A refere-se à reabilitação cardiovascular, pulmonar e metabólica, a fase B a prevenção secundária e terciária e a fase C com a prevenção primária, secundária e promoção em saúde. Assim, o antigo programa *Floripa em Forma* corresponde à fase A, o *Idoso Ativo* a B e o *Viver Ativo* a C do programa **Floripa Ativa**. As características do programa estão descritas no quadro abaixo:

QUADRO 4: Características do Programa Floripa Ativa.

Fases do Programa Floripa Ativa	A	B	C
Programas Antigos correspondentes as fases	Floripa em Forma	Idoso Ativo	Viver Ativo
Coordenação PMF	SMS	SMS	SEMAS
Parcerias	CEFID/UDESC	CDS/UFSC CEFID/UDESC	CDS/UFSC CEFID/UDESC
Atuação	Reabilitação	Prevenção secundária e terciária	Prevenção primária, secundária e promoção em saúde
Fases da reabilitação cardiopulmonar	Fase 2 e 3	4 e 5	5
Público Alvo	pacientes com comorbidades pulmonares,	pacientes idosos com comorbidades leves a moderadas.	pacientes idosos com doenças controladas.

	cardiovasculares e nefropatias.		
Local das atividades	CS	CS	-grupos de convivência; ILPIS, centro comunitários entre outros.
Profissionais	Médico Enfermeiro Fisioterapeuta Educação Física	Médico Enfermeiro Educação Física	Médico Educação Física

Os profissionais da saúde encaminharão os pacientes e idosos para participarem do programa Floripa Ativa em suas diferentes fases. O fato de um paciente estar na fase A não acarreta que ele passe obrigatoriamente para a fase B para chegar na C. A participação e passagem para determinada fase do programa dependerá da avaliação do paciente e do idoso.

O programa **Floripa Ativa** da SMS oficializou a parceria que já vinha ocorrendo em prol do idoso no município, através da assinatura do Termo de Parceria pelo Idoso de Florianópolis e instituiu a portaria nº 286/07 no dia 02 de agosto de 2007, que regulamenta o grupo técnico do Capital Idoso. A equipe técnica do Programa Capital Idoso tem como objetivo discutir, revisar e acompanhar assuntos de ordem técnica e operacional referente à implantação e implementação do Capital Idoso.

Para comemorar o primeiro aniversário do Programa de Atenção à Saúde do Idoso – Capital Idoso foi realizada em 31 de outubro de 2007 a *I Caminhada Capital Idoso*. Este evento marcou a expansão do programa **Floripa Ativa** para o município.

A meta da SMS para a expansão do programa **Floripa Ativa** para o município, está descrita no quadro abaixo.

QUADRO 5: Distribuição do número de pacientes com a expansão para as equipes de promoção em saúde através da prática de exercícios físicos, Florianópolis, 2007.

Fases do Programa Floripa Ativa	A			B			C			Total		
	Grupos	CS	Total									
Centro	3	3	60	3	3	60	3	1	90	9	4	210
Continente	3	3	60	3	3	55	3	2	90	8	4	205
Leste	3	3	60	5	3	120	3	2	90	11	4	270
Norte	4	4	80	4	4	80	3	2	90	11	5	250
Sul	3	3	60	4	4	85	6	5	180	13	11	375
Total	16	16	320	19	17	400	18	12	540	53	24	1280

Diante disso, observa-se que o programa **Floripa Ativa** está se expandindo. Assim, torna-se necessário registrar sua implantação, bem como, realizar pesquisas para avaliá-lo e reestruturá-lo caso necessário. Este programa servirá de modelo ou referência para ações deste tipo em outros municípios brasileiros, com vista à saúde do idoso brasileiro.

A resolução N° 218/1997, o Conselho Nacional de Saúde reconhece os Profissionais de Educação Física como profissionais de saúde, confirmando a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde, e a resolução N° 287/1998, relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do conselho, onde os profissionais de Educação Física passam a participar do Conselho Nacional de Saúde, junto com assistentes sociais, biólogos, biomédicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

De maneira geral, abordar os efeitos advindos de uma nova proposta de intervenção nas condições de vida das populações, tais como mudanças no modelo de assistência, oferta de novos serviços, incentivo à participação num programa de ginástica dentro dos CS, adquire grande relevância na busca de um envelhecimento ativo e saudável.

Nas tabelas abaixo se encontram os resultados advindos das entrevistas realizadas sobre o programa Idoso Ativo com os profissionais da rede de atendimento de cada CS, com as idosas participantes do programa e com as professoras/estagiárias que ministraram as aulas de ginástica.

TABELA 3: Depoimentos dos médicos, enfermeiros e funcionários dos Centros de Saúde quanto ao conhecimento, necessidades e sugestões sobre a implementação do programa Idoso Ativo.

Categorias	Subcategorias	F	%
Conhecimento se o CS possui algum programa de ginástica	Sim	14	87,5
	Não	2	12,5
Se sim, qual o programa	Idoso Ativo	5	31,3
	Não sabe o nome	2	12,5
	Algum de AF para 3ª Idade	2	12,5
	Algum de convênio com as universidades	3	18,8
	Grupo do Dr Ricardo	2	12,5
	Tai Chi Chuan	2	12,5
Conhecimento desse programa	Comentários	1	6,3
	Secretaria de Saúde	1	6,3
	Idosas	3	18,8
	Reuniões do CS	4	25,0
	Enfermeira	1	6,3
	Coordenação do programa	3	18,8
	Pessoas da universidade	2	12,5
	Ajudou na elaboração	1	6,3

Onde o programa atende as necessidades dos idosos	Autonomia/Independência		5	31,3
	Exercícios bem orientados		1	6,3
	Socialização		9	56,3
	Saúde		3	18,8
	Não possui essa informação		3	18,8
Dificuldades	Estrutura Física		6	37,5
	Pouca divulgação		1	6,3
	Muitos idosos e poucas turmas		1	6,3
	Falta de comunicação		2	12,5
	Falta de uma equipe multidisciplinar		1	6,3
	Falta de funcionários		1	6,3
	Falta de um prof de Ed Fís no CS		3	18,8
	Falta de integração com o CS		1	6,3
Sugestões	Local/infra-estrutura	Adequado	2	12,5
		Inadequado	6	37,5
		Único que tem	2	12,5
		Não conhece	1	6,3
		Muito quente	1	6,3
		Perigoso (rodovia)	1	6,3
		Conselho Comunitário	1	6,3
	Atendimento	Excelente	3	18,8
		Bom	1	6,3
		Professora querida	1	6,3
		Não tem reclamações	2	12,5
	Divulgação	Médico	7	43,8
		Rádio	1	6,3
		Reuniões do CS	8	50,0
Recepção do CS		3	18,8	
Agentes de Saúde		2	12,5	

Ao entrevistar os médicos, enfermeiros e funcionários dos CS participantes do programa, pode-se perceber que 87,2% (14) tinham conhecimento de que havia um programa de atividade física para idosos no CS, porém, apenas 31,3% (5) sabiam que o programa era o Idoso Ativo.

Diante das respostas encontradas, observa-se que a maioria dos profissionais da equipe do CS entrevistados desconhecem o programa Idoso Ativo, por mais que ele ocorra dentro do CS ou nas suas proximidades.

Quando os mesmos foram indagados sobre a maneira que tomou conhecimento do programa, 6,3% (1) disse que foi através de comentários, 6,3% (1) do médico do CS, 6,3% (1) porque ajudou na elaboração do programa, 6,3% (1) da secretaria de saúde municipal, 6,3% (1) da equipe de enfermagem do CS, 12,5% (2) de pessoas vinculadas as universidades colaboradoras, 18,8% (3) das idosas participantes, 18,8% (3) da coordenação do programa de ginástica e 25% (4) através das reuniões do CS.

Ao serem questionados se o programa atendia as necessidades das idosas participantes, para 56,3% (9) o programa atende na questão de socialização, seguido de 31% (5) na melhora da autonomia e independência e 18,8% (3) na melhora da saúde em geral.

Os itens mais citados ao perguntar sobre as dificuldades de expansão do programa de ginástica nos CS, foram 37,5% (6) acham a estrutura inadequada, 18,8% (3) a falta de profissionais qualificados para ministrar as aulas de ginástica dentro de um CS e 12,5% (2) a falta de comunicação entre a equipe do CS e os responsáveis pelo programa de ginástica.

De sugestões para a melhora do programa, sobre o local e infra-estrutura onde estão acontecendo as aulas de ginástica, 37,5% (6) acha inadequado, 6,3% (1) não tem conhecimento do local, 6,3% (1) afirma que o local fica junto ao conselho comunitário, fora do CS, 6,3% (1) que está bom, 6,3% (1) acha muito quente, 6,3% (1) perigoso devido a rodovia e 12,5% (2) se contentam porque é o único que possuem para as aulas.

Referente ao atendimento, para 18,8% (3) está excelente, 6,3% (1) bom e 6,3% (1) a professora se destaca. Para 43,8% (7) a divulgação do programa deve ser feita pelo médico do CS nas consultas, 50% (8) durante as reuniões do CS, 6,3% (1) pelas rádios locais, 12,5% (2) pelos agentes de saúde e 18,8% (3) pela recepção do CS.

TABELA 4: Depoimentos das professoras/estagiárias sobre fatores facilitadores, barreiras na intervenção, necessidades e interesses dos idosos do programa de ginástica Idoso Ativo.

Categorias	Subcategorias	F	%
Fatores facilitadores da implementação do programa	Local	4	66,7
	Idosos	3	50,0
	Materiais	2	33,3
	Coordenação do CS	1	16,7
	Divulgação	1	26,7
Empecilhos da implementação do programa	Médico do CS	1	16,7
	Local	1	16,7
	Não reconhecimento do programa	1	16,7
	Nada	1	16,7
	Falta de interação com o CS	1	16,7
	Falta de organização do CS	1	16,7
Necessidades e interesses dos idosos	Social	2	33,3
	Saúde	2	33,3
	Atividade Física	1	16,7
	Nutrição	1	16,7

Ao entrevistar as professoras/estagiárias sobre os fatores que facilitaram a implementação do programa no CS em que cada uma estava atuando, 66,7% (4) afirmam que o espaço colaborou, 50% (3) a vontade das idosas em participarem e 33,3% (2) a disponibilidade de recursos materiais.

Em contrapartida, os empecilhos encontrados foram para 16,7% (1) referente a falta de interesse do médico do CS, 16,7% (1) do local ser inadequado para a prática e 16,7% (1) a falta de interação com a equipe do CS. As principais necessidades das idosas encontradas pelas professoras/estagiárias foram 33,3% (2) a socialização, 33,3% (2) melhora na saúde, 16,7% (1) a atividade física em si e 16,7% (1) a nutrição.

TABELA 5: Depoimentos das idosas sobre as aulas de ginástica do programa de ginástica Idoso Ativo.

Categorias	Subcategorias	F	%
A maneira que tomaram conhecimento sobre o programa	Grupo de 3ª Idade	3	23,0
	Médico do CS	4	30,7
	Amiga	14	100,0
Motivos para ingressar no programa	Médico	3	23,1
	Saúde	12	92,3
	Socialização	14	100,0
	Atividade física	2	15,4
Motivos para permanecer no programa	Saúde	14	100,0
	Socialização	14	100,0
	Atividade Física	14	100,0

Ao entrevistar as idosas participantes sobre como tiveram conhecimento do programa de ginástica do CS, para 100% (14) foi a conversa entre as amigas, vizinhas..., seguido de 30,7% (4) do grupo de 3ª idade e 23% (3) através do médico do CS.

É importante que o médico do CS incentive a prática de atividades físicas dos idosos. Também há necessidade de formas mais eficientes e eficazes de divulgar as informações sobre o programa de ginástica desenvolvido nos CS para uma melhor adesão dos idosos da comunidade do CS.

Constatou-se que para 100% (14) das idosas, a socialização com o grupo foi o principal motivo para ingressar no programa de ginástica, seguido pelo bem estar, o momento de distração e a amenização dos problemas físicos.

Os motivos que as fizeram permanecer no programa nesses 9 meses de intervenção foram 100% por elas se sentirem bem no grupo, pelos bons resultados físicos e emocionais e porque a ginástica acabou se tornando um hábito na vida delas.

Kawamoto et al. (2004), cita a participação ativa em atividades e eventos comunitários e clubes de idosos, como um importante fator de um estilo de vida ativo, preventivo do declínio funcional, como um fator favorável na manutenção da capacidade funcional.

Todas as idosas gostam do tipo de aula de ginástica que é realizada, escutam e estendem bem a explicação passada pela professora/estagiária e afirmam que ela consegue dar atenção para todas as alunas. Os exercícios que as idosas mais gostam são os de

massagem e/ou relaxamento, com 46%. Em relação aos materiais disponíveis, todas as idosas gostam dos materiais utilizados nas aulas, porém, os que mais se destacaram, com 15,4% cada um, foram os halteres e as cordas.

TABELA 6: Depoimentos das idosas sobre o período de interrupção 2006/2007 (férias) do programa de ginástica Idoso Ativo.

Categorias	Subcategorias	F	%
Atividade de Lazer nas férias	Passear	7	50,0
	Praia	1	7,1
	Atividade Física	4	28,6
	Dançar	1	7,1
	Escutar música	1	7,1
	Viajar	2	14,3
	Assistir TV	2	14,3
	Visitar colegas, parentes	2	21,4
	Trabalhos manuais	3	57,1
	Cuidar da casa	1	7,1
	Cuidar de animais	1	7,1
	Ir à Igreja	5	35,7
Como passa as férias	Sozinho	0	0
	Acompanhado	14	100,0
Onde passa as férias	Apartamento	1	7,1
	Casa de praia	1	7,1
	Casa urbana	12	85,7
Realização de AF sistematizada	Sim	10	71,4
	Não	4	28,6
Se sim, qual atividade	Caminhada	8	57,1
	Alongamento	2	14,3
	Dançar	2	14,3
	Exercícios em casa	2	14,3
Quantas atividades	Nenhuma	4	28,6
	Uma	7	50,0
	Duas	1	7,1
	Três	2	14,2
Quantas vezes por semana	Nenhuma	4	28,6
	Uma	2	14,3
	Duas	1	7,1
	Três	4	28,6
	Quatro	0	0,0
	Cinco	4	28,6
	Seis	2	14,3
	Sete	1	7,1
Duração	Nenhum	4	28,6
	15min	1	7,1
	30min	3	21,4
	40min	1	7,1
	60min	4	28,6
	90min	1	7,1

Durante o período de interrupção do programa (férias), as principais atividades de lazer das idosas participantes do programa foram fazer trabalhos manuais (57%), passear (50%) e ir à igreja (35%). Constatou-se que 71% das idosas realizaram algum tipo de exercício físico sistematizado, sendo a caminhada (57%) a mais citada.

Uma atividade física, como a ginástica que é ministrada nos CS, integradora possibilita a convivência entre os idosos, visando a sociabilidade, a coletividade e o entendimento das diferenças individuais, além de promover a saúde, favorecendo o bem estar biopsicosocial dos indivíduos.

4.2 Aptidão Funcional das idosas participantes do programa Idoso Ativo

A implantação de estratégias de prevenção, como a prática da atividade física regular e de programas de reabilitação, poderá promover a melhora funcional e minimizar ou prevenir o aparecimento de incapacidades, pois, de acordo com o Centro Nacional de Estatística da Saúde estima-se que 84% das pessoas com idade variando de 65 ou mais anos são dependentes de outros para executar suas tarefas da vida diária, e estima-se que em 2020 ocorrerá um aumento de 84 a 167% no número de idosos com moderada ou grave incapacidade (NÓBREGA *et al*, 1999).

O programa influenciou nas aptidões físicas ($F(15)= 9,311$; $p<0,001$), agindo com um efeito geral de 49% ($\eta^2=0,49$). Na Tabela 7 podem ser observados os principais resultados derivados do teste MANOVA.

TABELA 7 - Comparação das médias e efeitos principais das variáveis: Força, Flexibilidade, Agilidade, Coordenação, Resistência Aeróbica, testados após 9 meses de intervenção e do período de interrupção de 8 semanas das idosas do programa de ginástica.

MANOVA	F	p	Partial η^2
Geral	9,311	<0,001	0,49
Força	26,43	<0,001	0,61
Flexibilidade	1,20	0,320	0,06
Agilidade	4,85	0,005	0,22
Coordenação	21,07	<0,001	0,55
Resistência Aeróbica	10,01	<0,001	0,37

Através de análises de comparação dos efeitos principais, percebe-se que as variáveis que mais parecem contribuir para tal foram a coordenação, resistência aeróbica e a força dos membros superiores (TABELAS 8, 9 e 10).

TABELA 8 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança da aptidão física **força** em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.

FORÇA (nº de repetições)						
Período	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	I.C
Julho 2006	19,22	20,00	4,36	11	27	17,05- 21,39
Dezembro 2006	23,06	24,00	4,23	15	29	20,95- 25,16
Março 2007	23,00	24,50	4,05	14	29	20,98- 25,02
Julho 2007	25,72	26,00	4,65	16	32	23,41- 28,03

TABELA 9 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança da aptidão física **coordenação** em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.

COORDENAÇÃO (seg)						
Período	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	I.C
Julho 2006	17,42	15,83	4,85	10,65	31,27	15,00- 19,83
Dezembro 2006	13,53	13,80	1,71	10,25	16,81	12,68- 14,38
Março 2007	13,06	12,65	2,70	9,99	21,52	11,71- 14,40
Julho 2007	12,70	12,40	2,06	9,63	17,12	11,67- 13,73

TABELA 10 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança da aptidão física **resistência** em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.

RESISTÊNCIA (seg)						
Período	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	I.C
Julho 2006	571,61	557,00	77,36	438	738	533,14- 610,08
Dezembro 2006	600,22	604,00	84,98	436	774	557,96- 642,48
Março 2007	549,11	548,50	81,49	417	720	508,59- 589,64
Julho 2007	532,44	514,50	103,39	324	798	481,03- 583,86

Com relação aos efeitos derivados do programa de ginástica sobre a flexibilidade e agilidade, não se observou diferença significativa (TABELAS 11 e 12).

TABELA 11 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança da aptidão física **flexibilidade** em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.

FLEXIBILIDADE (cm)						
Período	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	I.C
Julho 2006	59,42	58,50	8,66	48	75	55,11- 63,72
Dezembro 2006	61,50	63,00	6,93	50	73	58,05- 64,94
Março 2007	60,00	62,25	8,20	45	71	55,92- 64,08
Julho 2007	60,56	61,50	7,63	48	72	56,76- 64,35

TABELA 12 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança da aptidão física **agilidade** em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.

AGILIDADE (seg)						
Período	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	I.C
Julho 2006	29,50	27,83	6,04	23,17	50,24	26,50- 32,50
Dezembro 2006	26,52	25,86	2,86	21,79	32,02	25,10- 27,95
Março 2007	27,99	27,05	3,80	24,44	38,81	26,10- 29,88
Julho 2007	26,01	26,02	4,76	15,87	35,61	23,64- 28,38

Pode-se observar (TABELA 13) que o IAFG aumentou de 155,50 (fraco) para 256,28 (regular).

TABELA 13 – Média (X), desvio padrão (dp), mínimo e máximo e o intervalo de confiança do índice de aptidão funcional geral das idosas que realizaram as coletas em julho/2006, dezembro/2006, março/2007 e julho/2007.

Período	IAFG (total)					
	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	I.C
Julho 2006	155,50	161,50	65,74	50	320	122,81- 188,19
Dezembro 2006	207,17	206,50	72,48	108	392	171,12- 243,21
Março 2007	225,67	213,50	75,91	71	347	187,91- 263,42
Julho 2007	256,28	250,50	89,61	93	401	211,71- 300,84

Estudo de Ourania *et al* (2003) verificaram melhoras significativas em variáveis como equilíbrio, coordenação, flexibilidade e força muscular, após doze semanas de exercícios físicos realizados com mulheres idosas.

Rydwik, Kerstin e Akner (2005), realizaram um estudo longitudinal com 73 idosos institucionalizados, onde os indivíduos foram separados em um grupo controle e um grupo que sofreu intervenção de um programa de treinamento físico moderado. Os resultados encontrados constataram que o treinamento físico melhorou o equilíbrio e a mobilidade dos idosos do grupo de intervenção, demonstrando que a atividade física moderada auxilia na manutenção e melhora da capacidade física dos idosos.

Hamanaka, Gobbi e Gobbi (2004), investigaram a influência da dança sobre o nível de capacidade funcional (agilidade, flexibilidade, coordenação motora, resistência aeróbia e força) num contexto que estimulasse a criatividade na expressão corporal de 6 idosas, com média de idade de 65,7 anos. Essas idosas realizaram atividades de dança com duração de 1 hora, 3 vezes por semana, durante 4 meses. As sessões enfatizaram a criatividade e, ao mesmo tempo, objetivaram desenvolver capacidades físicas. Foi utilizada a bateria de teste da AAHPERD como instrumento de avaliação das capacidades físicas e os autores concluíram que a atividade física dança melhorou a agilidade ($p < 0,05$) e tende a melhorar a coordenação, flexibilidade e força.

Em estudo de Dantas *et al* (2002), onde foi investigado se a perda da flexibilidade acarretada pelo envelhecimento ocorre em função da diminuição da mobilidade, ou da perda da elasticidade muscular. Concluíram que a perda de flexibilidade durante o processo de envelhecimento obteve um índice de 45,9% para a mobilidade articular, enquanto que a elasticidade muscular foi responsável por 54,1%, sobre o total da variação.

Bezerra *et al* (2002), investigaram os efeitos da resistência muscular localizada dos membros inferiores, superiores e coluna dorsal, visando a autonomia funcional no desempenho das atividades da vida diária e a qualidade de vida em indivíduos idosos. O grupo, de características homogêneas, foi composto por 114 mulheres acima de 60 anos de idade e a análise dos dados revelou que indivíduos com autonomia no desempenho das AVDs possuem melhor qualidade de vida e que quanto maior o estado de resistência muscular localizada de um indivíduo, melhor a autonomia no desempenho das AVDs

No que tange às investigações, verifica-se um aumento crescente de pesquisas adequadamente controladas que demonstram resultados significativos do treinamento de força muscular de alta intensidade para idosos, no aumento da força muscular e da hipertrofia muscular, mesmo quando os sujeitos apresentam faixas etárias avançadas. (REBELATTO, JR *et al*, 2006).

No treinamento com pesos, o controle que se pode ter sobre fatores como a carga, a amplitude, a velocidade, a duração e a frequência dos exercícios é total, permitindo que os esforços sejam adaptados às condições físicas de cada praticante (JACOB FILHO, 2006).

Segundo o estudo realizado por Lopes *et al* (2004), verificou-se melhora no nível de força dos membros inferiores e superiores de 200 mulheres idosas praticantes de exercício físico. Corroborando com o estudo de Silva *et al* (2006), encontrou-se que em treinamento com pesos de 12 semanas prescrito por zona de repetição máxima (RM), verificaram aumento significativo nos níveis de força muscular máxima para os movimentos de flexão e extensão de cotovelos e joelhos nas mulheres acima de 50 anos.

Estudos demonstram que através do treinamento de força se pode aumentar a agilidade de pessoas idosas, ou seja, melhorar a capacidade destas pessoas em realizar deslocamentos alterando seu centro de gravidade, e a partir daí, incrementar seu equilíbrio, possibilitando a estes idosos realizarem com segurança os movimentos do cotidiano (MONTEIRO *et al*, 1999).

O programa de ginástica com pesos livres para idosas tem a sua importância no que se refere à coordenação, pois, segundo Costa (2004), a coordenação é altamente estimulada devido aos movimentos localizados, amplos e relativamente lentos que caracterizam os exercícios com pesos.

Ansarah (1991) realizou um estudo com 16 idosos os quais participaram de um programa de atividade física por 3 meses e foram avaliados através da bateria da AAHPERD. Constatou melhoras significativas na agilidade e equilíbrio dinâmico, não ocorrendo o mesmo com a coordenação, o que o fez concluir que para melhora da coordenação motora é necessário um treinamento mais específico.

Os exercícios de coordenação que necessitam ser trabalhados com os idosos devem visar os padrões de movimentos da vida diária, não sendo necessários jogos de movimentos complexos que causam desconforto pela dificuldade na execução. Opta-se então, por movimentos coordenados de braços e pernas, mão e mão, mão e pés, educando dessa forma, a ação reflexa dos movimentos nas ações do dia-a-dia. (DIAS; DUARTE, 2005).

Em estudo realizado por Guadagnine e Olivoto (2004), onde foi verificado o grau de flexibilidade de 20 idosos e mostrado o quanto o exercício físico é importante contra o encurtamento muscular, do total dos sujeitos avaliados, 55% apresentaram nível excelente de flexibilidade, e 45% estão distribuídos em outros níveis, isto nos leva a deduzir que: estas pessoas estão com encurtamento muscular, fato este devido a não se exercitar constantemente na atividade física de alongamento.

Mazo (2004), afirma que a coordenação depende de outros elementos da aptidão física e de suas interações, como força, velocidade, resistência, flexibilidade, entre outros. Por isso, sabe-se que as aptidões funcionais físicas mencionadas estão interligadas uma nas outras e todas com a sua importância para o dia a dia do idoso.

Durante o período de interrupção do programa (férias), denominado também de "efeito da pausa de treinamento" ou simplesmente "destreinamento", que ocorre geralmente nas férias de verão ou inverno, e que, segundo Raso; Matsudo; Matsudo, (2001), a magnitude da reversibilidade é proporcional ao período de ausência de estímulo, constatou-se que 71% das idosas realizaram algum tipo de exercício físico sistematizado, sendo a caminhada (57%) a mais citada.

Conforme Barros Neto (2004), a caminhada caracteriza-se como atividade aeróbia, exercício contínuo, dinâmico e, na maioria das vezes, prolongado que estimula a função dos sistemas cardiorrespiratório e vascular e o metabolismo, pois aumenta a capacidade cardíaca e pulmonar para suprir de energia o músculo a partir do consumo do oxigênio.

Laukkanen et al. (2000) cita a caminhada como elemento que interfere na capacidade funcional, assim como Kawamoto *et al* (2004), o qual aponta que indivíduos que caminham mais de 20 minutos por dia são frequentemente mais independentes do que aqueles que não realizam caminhadas. Por esse motivo, ela pode ter influenciado na melhora da resistência aeróbica das idosas no período de interrupção.

Desta forma, conforme Pereira, (2005), ao pensarmos na prática das atividades físicas, estas devem ser freqüentes, contínuas, regulares, para que possamos manter as adaptações e benefícios dela decorrentes.

Flores (2006) comparou a aptidão funcional física antes e após o período de interrupção de 12 semanas de atividades aquáticas do GETI, o IAFG no final do programa era na maioria regular passou a ser fraco após o período de interrupção de 12 semanas, ocorrendo assim uma queda no IAFG.

Mazo et al. (2006), investigaram a relação entre o IAFG e o IMC de mulheres idosas praticantes de atividade física. A amostra foi constituída por 52 idosas, com média de idade de 68,62 anos, praticantes de atividade física por, no mínimo, 6 meses. O instrumento utilizado para verificar a aptidão funcional das idosas foi a AAHPERD, a massa corporal foi medida pela balança eletrônica e estadiômetro, e o índice de massa corporal foi calculado. Observaram uma tendência de 42,9% das idosas com IAFG bom de terem IMC normal e de 95,6% daquelas com IAFG fraco de terem IMC de sobrepeso.

O conceito que engloba a aptidão física relacionada à saúde é o de que melhores índices cardiorrespiratórios, de força / resistência muscular e flexibilidade, e níveis adequados de gordura corporal, está associado com um menor risco para o desenvolvimento de doenças hipocinéticas ou crônico-degenerativas (GLANER, 2005).

Em nosso estudo, o IAFG das idosas participantes do programa de ginástica aumentou de 155,50 (fraco) para 256,28(regular), ou seja, elas melhoraram as suas aptidões físicas.

Por esses motivos citados acima existem cada vez mais evidências científicas apontando o efeito benéfico de um estilo de vida ativo na manutenção da independência e da autonomia durante o processo de envelhecimento. Assim, torna-se necessária a disseminação das informações sobre os benefícios da atividade física regular para todos os grupos de idosos (MATSUDO, 1999).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais conclusões desta pesquisa serão apresentadas de acordo com a divisão definida ao longo do trabalho, descrevendo a implementação do programa de ginástica Idoso Ativo nos Centros de Saúde e em seguida a sua influência na aptidão funcional das idosas participantes.

O programa de ginástica Idoso Ativo implantou atividades físicas dentro dos CS buscando retardar o aparecimento de doenças e minimizar os efeitos negativos do processo de envelhecimento, procurando manter a capacidade funcional do idoso por tempo prolongado. Iniciou em julho de 2006, atendendo os idosos nos CS do Rio Tavares, Córrego Grande, Saco Grande e Policlínica do Estreito.

Ao entrevistar os médicos, enfermeiros e funcionários de cada CS participante do programa, constatou-se que muitos tinham conhecimento de que havia um programa de atividade física para idosos no CS, porém, poucos sabiam que o programa era o Idoso Ativo. Para eles, o programa atende as necessidades das idosas participantes principalmente na questão de socialização.

Através de conversas entre as amigas, vizinhas, as idosas tiveram conhecimento do programa de ginástica. A socialização com o grupo, o bem estar, o momento de distração e a amenização dos problemas físicos foram os principais motivos para elas ingressarem nele, bem como por elas se sentirem bem no grupo, notando bons resultados físicos e emocionais e porque a ginástica acabou se tornando um hábito na vida delas foram os motivos que fizeram as mesmas permanecerem no programa de ginástica.

As idosas gostam do tipo de aula de ginástica que é realizada, escutam e estendem bem a explicação passada pela professora/estagiária e afirmam que ela consegue dar atenção para todas as alunas, onde os exercícios que mais gostam são os de massagem e/ou relaxamento e dos materiais disponíveis foram os halteres e as cordas.

O programa influenciou nas aptidões físicas ($F(15)= 9,311$; $p<0,001$), agindo com um efeito geral de 49% ($\eta^2=0,49$), ou seja, o programa auxiliou em 49% na melhora da aptidão funcional geral das idosas participantes.

As idosas participantes do programa de ginástica melhoraram o seu conjunto de aptidões físicas avaliadas, onde a classificação do somatório dos escores-percentis dos testes de cada aptidão física avaliada, o IAFG, do grupo passou de fraco para regular.

Através de análises de comparação dos efeitos principais, constatou-se que as variáveis que mais contribuíram para tal foram a coordenação, resistência aeróbica e a força dos membros superiores.

Contudo, para as aptidões flexibilidade e agilidade, não se observou diferença significativa, podendo ser que essas aptidões não devem ter sido trabalhadas eficientemente durante os 9 meses de intervenção do programa de ginástica.

Está ocorrendo um acompanhamento longitudinal do programa, onde, com isso, se farão ajustes para a melhora da sua continuidade, pois o mesmo foi ampliado para mais centros de saúde visando atingir um maior número de idosos. Este acompanhamento junto com avaliações do programa não foi e nem será mensurado somente por valores exatos, mas principalmente, em resultados obtidos através das manifestações, dos comportamentos e expressões dos próprios idosos.

Nota-se a importância da implementação um programa de ginástica para os idosos nos CS como parte das políticas públicas de promoção de saúde municipal, contribuindo para um melhor entendimento do que está ocorrendo durante o processo de envelhecimento e também para um estilo de vida ativo, que avance em propostas de intervenções sociais, políticas e econômicas para um envelhecimento ativo e saudável.

A manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, por relacionar-se com o fato deles manterem por mais tempo sua autonomia e independência. É de grande importância, então, planejar programas que possam proporcionar uma maior manutenção da capacidade funcional e que previnam fatores de risco relacionados com a incapacidade funcional, como os programas de atividade física dentro dos Centros de Saúde.

O município de Florianópolis- SC, com a implementação do programa de ginástica Idoso Ativo, num modelo de atenção na promoção de saúde e de qualidade de vida da população, firma seu compromisso com a Política de Saúde do Idoso, atuando em todos os eixos das suas diretrizes: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas.

Este estudo subsidiará pesquisas com dados baseados em experiências significativas que possam favorecer o aperfeiçoamento desta estratégia contribuindo, também, para a iniciativa de novas propostas de intervenção, visando integrá-las às demandas da comunidade.

A realização de outras pesquisas envolvendo aptidão funcional e período de interrupção em idosos devem ser incentivadas, visto que estes elementos têm um papel importante para um envelhecimento saudável. Avaliar estes fatores em outras populações, como idoso institucionalizado, não participante de grupos de convivência pode ser útil para sabermos até que ponto o envolvimento em determinadas atividades físicas podem contribuir no período de interrupção de outras.

Ressalta-se o baixo custo do programa e o alto benefício para a população. Com isso, programas de prevenção de doenças e de promoção à saúde do idoso, bem como a garantia de um atendimento adequado, não são ações para o futuro, mas necessidades para hoje.

6 REFERÊNCIAS

ACSM. **Acsm's Guidelines for Exercise Testing and Prescription**. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 6ªed., 2000.

ANDREOTTI R. A, OKUMA S .S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. **Rev Paulista Ed. Fís**, v.13, n.1, p.46-66, 1999.

ANSARAH, V.W. **Aptidão funcional na terceira idade**. Monografia (Especialização) Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, SP: 1991.

AQUAVIVA, M. C. **Vademecum da Legislação Pátria**. São Paulo, SP: Editora Jurídica Brasileira, 2000.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições Setenta, 1977.

BARROS NETO, T. **Os benefícios dos exercícios**. 2004. Disponível em:<http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/entrevista_indice.asp> Acesso em: 19 dez. 2007.

BENEDETTI, T.B. **Atividade Física: Uma perspectiva de promoção da saúde do idoso no município de Florianópolis**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC: 2004.

BENEDETTI, T.R.B; PETROSKI, E.L; GONÇALVES, L.T. **Perfil dos Idosos do Município de Florianópolis**. Florianópolis: Paloti, 2004.

BENEDETTI, T.R.B.; MAZO,G.Z.; GOBBI,S.; AMORIM, M.; GOBBI, L.T.B.; FERREIRA, L.; HOEFELMANN, C.P. Valores Normativos de Aptidão Funcional em mulheres de 70 a 79 anos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum** , v.9, n.1, p.28-36, 2007.

BERLEZI, E.M.; ROSA, P.V.; SOUZA, A.C.A; SCHENEIDER, R.H. Comparação Antropométrica e do Nível de Aptidão Física de Mulheres Acima de 60 Anos Praticantes de Atividade Física Regular e Não Praticantes. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**; v. 9, n.3, p.49-66, 2006.

BEZERRA, J. C., DANTAS, E. H., DANTAS, B. H.. RML e Autonomia – Efeitos da Resistência Muscular Localizada visando à autonomia funcional e a qualidade de vida do idoso. **Fitness e Performance**, n.3, p. 29 – 38, 2002.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas da Saúde. Projeto de Promoção de Saúde. Brasília: Editora MS, 2002.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a **Política Nacional de Saúde do Idoso** e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 237- E, p. 20-24, 13 dez., Seção 1,1999.

BRUST, C. **Política Municipal para os Idosos de Santa Maria/RS - Diagnóstico e Proposta**. Monografia (Especialização em Atividade Física, Desempenho Motor e Saúde). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS: 2006.

BRUNDTLAND, H. Envelhecimento humano: desafios e perspectivas. **Rev Mundo e Missão**. n.94, p.38, 2005.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Col**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CALDAS P.C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad Saúde Públ**, v.19, n.3, p.733-781, 2003.

CARVALHO, A. (Org.). **Políticas Públicas**. Belo Horizonte, MG: Editora UFMG, 2002.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Públ**, v.19, n.3, p.725-733, 2003.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rev**. v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

Centros de Saúde do município de Florianópolis, SC. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude>.

CERQUEIRA M.T. **Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas**. In: Arroyo,HV y Cerqueira, M.T. (eds.). La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Universidad de Puerto Rico-OPAS, San Juan, Porto Rico, 1997.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Públ**, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

CHEIK, N. C., REIS, I. T., HEREDIA, R. A. G., VENTURA, M. L., TUFIK, S., ANTUNES, H. K. M., MELLO, M. T. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Rev Bras Ciênc Mov**, v.11 n.2, p. 41-47, 2003.

CLARK, B.A. Tests for fitness in older adults : AAHPERD Fitness Task Force. **Journal of Physical Education Recreation and Dance**,v.60, n.3, p.66-71, 1989.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br.

COSTA, P. **A Importância da Atividade Física com Ênfase aos Exercícios Resistidos para Terceira Idade**. Monografia - Fundação Oswaldo Aranha, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda: RJ: 2004.

COQUEIRO, R.S.; NERY, A.A.; CRUZ, Z.V. Inserção do professor de Educação Física no Programa de Saúde da Família. Discussões preliminares. **Revista Digital Efdesporte**, Buenos Aires, Ano 11, n.103, 2006. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd103/professor-educacao-fisica.htm> Acesso em: 20 Jan 2008.

COUTINHO, S.S. **Atividade Física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: SP, 2005.

DAB – Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Statistics without maths for psychology – Using SPSS for Windows**. Pearson Education Limited, 2004.

DANTAS, E. H., PEREIRA, S. A., ARAGÃO, J. C., OTA, A. H. Perda de Flexibilidade no Idoso – A preponderância da diminuição da mobilidade articular ou da elasticidade muscular na perda da flexibilidade no envelhecimento. **Fitness e Performance**, n.3 p.12 – 20, 2002.

Decreto Nacional Nº 1948/96 – Regulamenta a Lei Nº 8842/94. Disponível em: www.interlegis.com.br

Declaração de Alma Ata de 1978 - Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>

DIAS, J. A. **SAPEF – Software de apoio ao profissional de Educação Física: um protótipo**. Relatório Final (Curso de Educação Física). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS: 2005.

DIAS, J. F. S. **Construindo a Velhice Consciente: uma estratégia de parceria com a educação** – Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Maria, RS: 1997.

DIAS, V. K., DUARTE, P. S. Idoso: níveis de coordenação motora sob prática de atividade física generalizada. **Revista Digital Efdesporte**, Buenos Aires, ano 10, n. 89, out. 2005. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 22 Mar 2007.

FLORES, M.R. **Programa de Atividade Física para Idosos: Aptidão Física e Período de Interrupção**. Monografia (Curso de Educação Física). Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC: 2006.

GARDNER, P.J. Envelhecimento saudável: uma revisão de pesquisas em língua inglesa. **Rev Movimento**, v.12, n.2, 2006.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 24, supl. I, p. 3-6, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1989.

GLANER, M.F. Aptidão física relacionada à saúde de adolescentes rurais e urbanos em relação a critérios de referência. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.**, v.19, n.1, p.13-24, 2005.

GOBBI, S.; VILLAR, R.; ZAGO, A.S. **Bases Teórico-Práticas do Condicionamento Físico**. GUANABARA & KOOGAN, 2005.

GORDILHO, A. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

GUADAGNINE, P, OLIVOTO, R. Comparativo de flexibilidade em idosos praticantes e não praticantes de atividades físicas. **Revista Digital Efdesporte**, Buenos Aires, ano 10,n.69, fev. 2004. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 19 dez. 2007.

GUEDES, D.P. Atividade física, aptidão física e saúde. In: Carvalho T, Guedes DP, Silva JG (orgs.). **Orientações Básicas sobre Atividade Física e Saúde para Profissionais das Áreas de Educação e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e do Desporto, 1996.

HAMANAKA, A.Y.Y.; GOBBI, S.; GOBBI, L.T.B. Favorecendo o nível de capacidade funcional de idosos pela dança num contexto de estimulação à criatividade. **Rev. Ciência em Extensão**, v.1 (Supl), p. 205, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados demográficos**. Disponível em: www.ibge.com.br, 2004.

JACOB FILHO, W. Atividade física e envelhecimento saudável. **Rev. Bras. Ed. Fís. Esp.**, v.20, supl. n.5, p.73-77, 2006.

KALACHE, A., VERAS, R. P., RAMOS, L. R. O envelhecimento populacional mundial, um desafio novo. **Rev Saúde Públ**, v. 21, p. 200-210, 1987.

KAWAMOTO, R.; YOSHIDA, O.; OKA, Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. **Geriatrics and Gerontology International**, v. 4, p. 105–110, 2004.

LALONDE, M. **El concepto de "campo de la salud": una perspectiva**. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. OPAS Publicación Científica, n.557, 1974.

LAUKKANEN, P. et al. Health and functional capacity as predictors of community dwelling among elderly people. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 53, p. 257–265, 2000.

Lei Estadual Nº 11436/00 – Política Estadual do Idoso do Estado de Santa Catarina. Disponível em: www.sc.gov.br.

Lei Municipal Nº 5371/98 – Política Municipal do Idoso e Conselho Municipal do Idoso do Estado de Santa Catarina. Disponível em: www.cmf.sc.gov.br.

Lei Nacional Nº 10741/03 – Estatuto do Idoso (2003). Disponível em: www.interlegis.com.br.

Lei Nacional Nº 8842/94 – Política Nacional do Idoso, Conselho Nacional do Idoso. Disponível em: www.interlegis.com.br.

LITVOC, J; BRITO, F.C. **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004.

LOPES, M. A.; KUHLEN, A . P.; OLIVEIRA, A. L.; FERNEDA, F.; SEBASTINI, F; GIUMBELLI, I. C; INVERNIZZI, L; MARQUES, P.; CHAVES, R. B.; RUBERT, V. A . Programa de Atividade Física para a Terceira Idade do CDS/UFSC: o efeito do Exercício Físico na Resistência Muscular. **Revista Extensio**, Florianópolis, v. 1, 2004.

MADUREIRA, A. S. O emprego de normas de aptidão física relacionadas à saúde contribuindo na avaliação de escolares: insistir ainda é preciso. **Rev Ed Fís UEM**, v.8, n.1, p.115-118, 1997.

MATSUDO, V. Vida ativa para o novo milênio. **Revista Oxidologia**, São Caetano do Sul, p. 18-24, 1999.

MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento e atividade física.** Londrina: Midiograf, 2001.

MAZO, G.Z. **Atividade Física e Qualidade de Vida de Mulheres Idosas.** Tese (Doutorado em Ciências do Desporto). Universidade do Porto: 2003.

MAZO, G.Z., LOPES, M.A. e BENEDETTI, T.B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica.** 1ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2001.

_____. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica.** 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MAZO, G.Z.; KÜLKAMP, W.; LYRA, V.B.; PRADO, A.P.M. Aptidão Funcional Geral e Índice de Massa Corporal de idosas praticantes de atividade física. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum** , v.8, n.4, p.46-51, 2006.

MAZZEO, R. S.; CAVANAGH, P.; EVANS, W. J.; FIATARONE, M. A.; HAGBERG, J.; McAULEY, E.; STARTZELL, J. Exercício e atividade física para pessoas idosas. Posicionamento oficial do Colégio Americano de Medicina do Esporte. Tradução Wagner Raso e Sandra Matsudo. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v.3, n.1, p.48-78, 1998.

MEIRELLES, M. E. **Atividade Física na 3ª Idade.** Rio de Janeiro, RJ: Sprint, 2000.

MIRANDA, F.M.; MELO, R.V.; RAYDAN, F.P.S.; A inserção do profissional de educação física no programa saúde da família segundo opinião dos profissionais integrantes do programa em uma unidade básica de saúde da cidade de Coronel Fabriciano – MG. **Rev. Digital Ed Fís Movimentum.**, v.2, n.2, 2007.

MONTEIRO, W. D.; AMORIM, P. R. S.; FARJALLA, R.; FARINATTI, P.; força muscular e características morfológicas de mulheres idosas praticantes de um programa de atividades físicas. **Rev Bras Ativ Fís Saúde** v.4, n.1, 1999.

NIEMAN, D. C. **Exercício e Saúde**. São Paulo, SP: Manole,1999.

NÓBREGA, C.L. *et al* Posicionamento oficial da sociedade brasileira de medicina do esporte e da sociedade brasileira de geriatria e gerontologia: atividade física e saúde no idoso. **Rev. Brás Med Esporte**. v.6, n.5, p. 207-211, 1999.

NAI - Núcleo de Atenção ao Idoso. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/saude/NAI.HTM>. 2006

NUTBEAM, D. **Health promotion glossary**. Health Promotion Internmal, v.4, 1999.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Informe sobre o envelhecimento no mundo, 2004**. Disponível em: www.who.int.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Promoción de la salud: glosario**. Genebra: OMS, 1998.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Salud e envejecimiento: un documento para del debate**. Madrid: OMS, 2002.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Envejecimiento activo: un marco político. **Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.**, v. 37 (S2), p. 74 -105, 2002.

OSNESS, W.H.; ADRIAN M.; CLARK, B.; HOEGER, W.; RAAB, D. e WISWELL, R. **Functional Fitness Assessment for Adults Over 60 Years. The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (AAHPERD)**. Association for Research, Administration, Professional Councils, and Societies. Council on Aging and Adult Development.1900 Association Drive. Reston, VA 22091, p.1-36, 1990.

OURIANA, M. et al. Effects of a physical activity program. The study of selected physical abilities among elderly women. **Journal Gerontolo Nurs**. 2003.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: SP, Editora Atheneu, 1996.

PEREIRA, C. R. Destreinamento físico: aspectos cardiorrespiratórios. **Revista digital Efdesporte**, Buenos Aires, ano 10, n. 88, set. 2005. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 22 Mar 2007.

Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, 2002 / Organização das Nações Unidas. Brasília: DF, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília: DF, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria da Assistência Social, 1997.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Some additional types of research in:_____. **Nursing research: principles and methods**. 3.ed. Philadelphia: J.B. Lippcott, 1987.

Portaria nº 1395/GM, 1999 – Política de Saúde do Idoso. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade>.

RAMOS L.R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v.1, n.1, p.3-8, 1993.

RAMOS L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad Saúde Públ**, v.19, n.3, p. 793-797, 2003.

RASO, V., MATSUDO, S. M., MATSUDO, V. K., A força muscular de mulheres idosas decresce principalmente após oito semanas de interrupção de um programa de exercícios com pesos livres. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, vol.7 no. 6, nov./dec. 2001.

REBELATTO, JR., CALVO, J.I., OREJUELA, JR., PORTILLO, J.C. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. **Rev. Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 1, 2006.

REGO, A. R., BERARDO, F. A. N., RODRIGUES, S. R., OLIVEIRA, Z. M. A., OLIVEIRA, M. B., VASCONCELLOS, C., AVENTURATO, L. V. O., MONCAU, J. E. C., RAMOS, L. R. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Rev Saúde Públ**, v.24, n.4, p. 277-285, 1990.

RESOLUÇÃO CNS - N ° 218, de 6 de Março de 1997 - O Conselho Nacional de Saúde reconhece os Profissionais de Educação Física como Profissionais de Saúde. Disponível em: www.confef.org.br/extra/juris.

RESOLUÇÃO CNS - N ° 287, de 8 de Março de 1998 - Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Disponível em: www.confef.org.br/extra/juris.

RIKLI, R.E. & JONES, C.J. Development and validation of functional fitness test for community-residing older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, n. 77, 1999a.

RIKLI, R. E. & JONES, C. J. Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94. **Journal of Aging and Physical Activity**, n. 77, 1999b.

RODRIGUES, R.N. e ALVES,L.C. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panamericana de Salud Publica/Journal Americano of Public Health**, v.17, 2005.

RYDWIK, E.; KERSTIN, F.; AKNER, G. Physical training in institutionalized elderly people with multiple diagnoses—a controlled pilot study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 40, p. 29–44, 2005.

SALIN, M.S. **Diretrizes para implantação de programas e ações de atividade física para idosos**. Dissertação (Mestrado em Ciência do Movimento Humano). Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC: 2006.

SHEPHARD, R.J. **Envelhecimento, Atividade Física e Saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, C.M. et al. Efeito do treinamento com pesos, prescrito por zona de repetições máximas, na força muscular e composição corporal em idosas. **Rev. Brasileira Cineantropometria & Desempenho Humano**, p. 39-45, 2006.

SOUZA, R.A; CARVALHO, A.M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicol.**, v.8, n.3, p. 515-523 , 2003.

SPERANDIO, A.M.G. **Construção de um projeto de saúde ocular para crianças. Análise da participação, Morungaba, SP-2000**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo, SP: 2001.

SPERANDIO, A.M.G., CORREA, C. RS., SERRANO, M.M., HUMBERTO, A.R. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis – São Paulo, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.643-654, 2004.

SPIRDUSO, W.W. **Physical dimensions of aging**. Champaign, Human Kinetics, 1995.

TERCEIRA IDADE. Acessoria de Comunicação da UNB. Disponível em: <http://www.unb.br/acs/unbagencia/ag0606-59.htm>. 2006.

VERAS, R. P., RAMOS, L. R., KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil, transformações e conseqüências na sociedade. **Rev Saúde Públ**, v. 21, p. 211-24, 1987.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume Dumará: 1994.

ZAGO, A. S., GOBBI, S. Valores normativos da aptidão funcional de mulheres de 60 a 70 anos. **Rev Bras Ciênc Mov**, v.11, n.2, p.77-86, 2003.

ZAGO, A. S. **Relação do nível de aptidão funcional com os fatores de risco de doenças coronarianas associados à bioquímica sanguínea e à composição corporal, em mulheres ativa de 50 a 70 anos**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Motricidade). Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, SP. 2002.

WENGER, N. K., MATTSON, M. E., FURBERG, C. D., ELISON, J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. **The American Journal of Cardiology**, v. 54, n. 7, p. 908-913, 1984.

WHO-World Health Organization. **Health of the elderly**. Geneva, 1989.

WHO-World Health Organization. **Drug Information. Recommended INN list. International Non-proprietary Names for Pharmaceutical Substances**. Vol I-III (Informação da OMS sobre Medicamentos. OMS - Organização Mundial de Saúde. Genebra, 1997.

WHO-World Health Organization. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

7 ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N° 011/06

I - Identificação:

- Título do Projeto: ENVELHECER COM QUALIDADE DE VIDA EM FLORIANÓPOLIS: FLORIPA EM FORMA

- Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti
- Pesquisadores Principais: Giovana Zarpellon Mazzo, Lúcia Zeni, Lúcia Takase Gonçalves, Selma Loch, Ileana Mourão Kazapi, Marize Amorim Lopes, Édio Luiz Petroski
- Data Coleta dados: Início: 03/2006 Término previsto: 11/2007
- Local onde a pesquisa será conduzida: Hospital, Unidades Locais de Saúde (ULS), Comunidade e Outras.

II - Objetivos:

Objetivo Geral

Implementar atividades físicas e orientações nutricionais nas Unidades Locais de Saúde do município de Florianópolis para desenvolver e manter a capacidade funcional dos idosos por mais tempo.

Objetivos Específicos

- Avaliar a Capacidade Funcional dos Idosos;
- Avaliar o comportamento alimentar dos idosos;
- Proporcionar estratégias para confeccionar alimentos saudáveis específicos para cada patologia;
- Avaliar as mudanças de comportamento quanto á adesão ao estilo de vida saudável.

III - Sumário do Projeto

A) INFORMAÇÃO GERAL

1)TÍTULO DO PROJETO: ENVELHECER COM QUALIDADE DE VIDA EM FLORIANÓPOLIS: FLORIPA EM FORMA

2)PESQUISADOR RESPONSÁVEL (ORIENTADOR): Profa. Dra. Tânia Rosane Bertoldo Benedetti

3)PESQUISADORES PRINCIPAIS: Giovana Zarpellon Mazzo, Lúcia Zeni, Lúcia Takase Gonçalves, Selma Loch, Ileana Mourão Kazapi, Marize Amorim Lopes, Édio Luiz Petroski

4)Data proposta para início da coleta de dados: 03/2006 Término previsto: 11/2007

5)Indique onde a pesquisa será conduzida: Hospital, Comunidade e Clínica Particular.

a)Este projeto não foi apreciado anteriormente pelo Comitê de Ética.

IV - Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante. O projeto de pesquisa tem por objetivo aplicar em campo a tese de doutoramento "Atividade física: uma perspectiva de promoção de saúde dos idosos de Florianópolis", defendida na pós-graduação em Enfermagem, em dezembro de 2004. Naquele momento foi detectado o perfil do idoso de Florianópolis, bem como diagnosticados os serviços de atendimento à população idosa do município. Houve a articulação de ações voltadas para a atenção da saúde integral do idoso. A amostra será composta por idosos portadores de doenças crônico-degenerativas cadastrados nas Unidades Locais de Saúde de Florianópolis. O princípio da autonomia está sendo atendido, porquanto há um termo para a obtenção do consentimento livre e esclarecido bem formulado. Quando ao princípio da beneficência, verifica-se que o projeto tem por objetivo melhorar a qualidade de vida dos idosos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Qualitativa será quase-experimental e visa aplicar um programa de atividades físicas e de orientações nutricionais para os idosos cadastrados no ULS de Florianópolis. Os riscos são pequenos. Quanto ao princípio da justiça verifica-se que o projeto visa atingir uma parcela da população cada vez maior e cada vez mais necessitada de qualidade de vida. Vislumbra-se, no presente caso, que foram atendidos princípios bioéticos.

V - Parecer final:

Ante o exposto, sou pela aprovação do projeto em análise.

Aprovado

Data da Reunião do Conselho de Ética:

Florianópolis, 06 de março de 2006.

Vera Lucia Bosco
Coordenadora do CEPESH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/ 97 do CNS.

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE DESPORTOS UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Somos profissionais de Educação Física das Universidades Federal e Estadual de Santa Catarina e estamos desenvolvendo a pesquisa: Envelhecer com qualidade de vida em Florianópolis: *Idoso Ativo*.

Este estudo tem como objetivo implementar atividades físicas e orientações nutricionais nas ULS do município de Florianópolis para desenvolver e manter a capacidade funcional dos idosos por mais tempo.

Para isto, gostaríamos de contar com o seu consentimento para participar da pesquisa, realizando os testes de capacidade funcional (força, resistência, coordenação, flexibilidade e equilíbrio) medidas de peso, estatura e circunferências de cintura e quadril e responder um questionário sobre a prática de atividades físicas, social, demência e depressão.

Esta investigação irá acompanhar o senhor(a) com relação a sua capacidade funcional e seu estado de saúde.

Será garantido o sigilo das informações obtidas bem como o anonimato dos participantes do estudo.

A sua colaboração torna-se imprescindível para o alcance do objetivo proposto.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos (e-mail: trbbcds@yatech.net.br ou fone 3331-9462).

De acordo com o esclarecido, aceito participar da pesquisa “ENVELHECER COM QUALIDADE DE VIDA EM FLORIANÓPOLIS: *IDOSO ATIVO*”, estando devidamente informado sobre a natureza da pesquisa, objetivos propostos, metodologia empregada e benefícios previstos.

Florianópolis, ____ de _____ de 2006.

Participante do estudo

Em caso de dúvida ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, pelo fone (XX48) 3331-9206.

ANEXO C

American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (AAHPERD)

Teste de agilidade e equilíbrio dinâmico (AGIL)

Instrumentos: Cadeira com braços, fita métrica, 2 cones e cronômetro.

Organização do teste: cadeira em local demarcado e local para os pés tocarem o solo. Dois cones posicionados a 1,50m para trás e 1,80m para cada lado (Figura 2).

Posição do avaliado: sentado na cadeira com os pés (calcanhares) tocando o solo

Posição do avaliador: próximo ao avaliado

Procedimento: Ao sinal de “pronto, já”, move-se para a direita e circunda o cone que está posicionado neste sentido, retornando para a cadeira e senta-se, levantando levemente os pés. Em seguida (imediatamente), o participante se levanta e move-se para a esquerda e circunda o segundo cone posicionado neste sentido, retornando para a cadeira e sentando-se novamente. Isto completou um circuito. O avaliado deverá concluir dois circuitos completos.

Observação: demonstrar o teste e o idoso deverá repetir sem contar o tempo (caminhando o mais rápido possível). São realizadas duas tentativas, conta-se o melhor tempo (o menor). Anota-se em segundos como o resultado final.

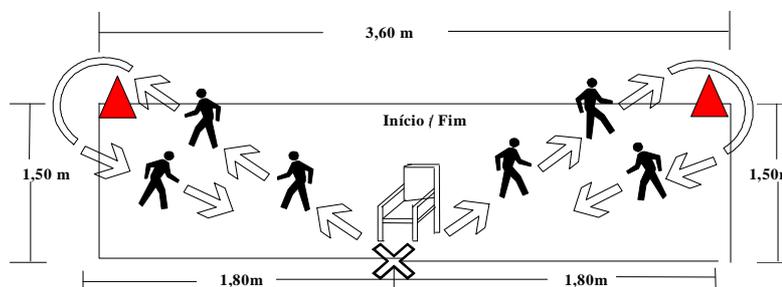


FIGURA 2 – Ilustração do teste de agilidade e equilíbrio dinâmico (adaptada de OSNESS et al., 1990).

Teste de coordenação (COO)

Instrumentos: Fita adesiva, mesa, cadeira e 3 latas de refrigerante cheias.

Organização do teste: Um pedaço de fita adesiva com 76,2 cm de comprimento foi fixado sobre uma mesa. Sobre a fita, foram feitas 6 marcas com 12,7 cm equidistantes entre si, com a primeira e última marca a 6,35 cm de distância das extremidades da fita. Sobre cada uma das 6 marcas foi afixado, perpendicularmente à fita, um outro pedaço de fita adesiva com 7,6 cm de comprimento (Figura 3). Se a mão dominante for a direita, uma lata de refrigerante é colocada na posição 1, a lata dois na posição 3 e a lata três na posição 5. A mão direita é colocada na lata 1, com o polegar para cima, estando o cotovelo flexionado num ângulo de 100 a 120 graus.

Posição do avaliado: O participante senta-se de frente para a mesa e usa sua mão dominante para realizar o teste.

Posição do avaliador: Próximo ao avaliado com cronômetro na mão.

Procedimento: Quando o avaliador sinalizar, o cronômetro é acionado e o participante vira a lata invertendo a sua base de apoio, de forma que a lata 1 será colocada na posição 2; a lata 2 na posição 4 e; a lata 3 na posição 6. Sem perda de tempo, o avaliado, estando agora com o polegar apontado para baixo, apanha a lata 1 e inverte novamente sua base, recolocando-a na posição 1 e, da mesma forma como procedeu colocando a lata 2 na posição 3 e a lata 3 na posição 5, completando assim um circuito. Uma tentativa equivale a realização do circuito duas vezes, sem interrupções. No caso do participante ser canhoto, o mesmo procedimento é adotado, exceto que as latas são colocadas a partir da esquerda, invertendo-se as posições. Para cada participante, são concedidas duas tentativas de prática, seguidas por outras duas válidas para avaliação, sendo estas últimas anotadas até décimos de segundo, e considerado como resultado final o menor dos tempos obtidos.

Observação: Inverter a posição das latas no caso de ser canhoto.

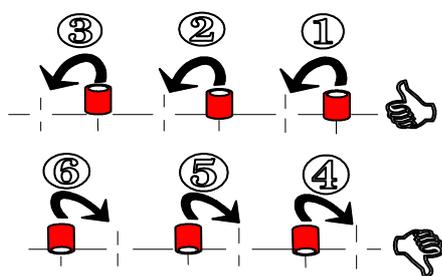


FIGURA 3: Ilustração do teste de coordenação (adaptada de OSNESS et al., 1990).

Teste de flexibilidade (FLEX)

Instrumentos: Fita adesiva e régua de metal maior de 63 cm.

Organização do teste: Uma fita adesiva de 50,8 cm foi afixada no solo e uma fita métrica de metal também foi afixada no solo perpendicularmente, com a marca de 63,5 cm diretamente colocada sobre a fita adesiva. Foram feitas duas marcas equidistantes 15,2 cm do centro da fita métrica (figura 4).

Posição do avaliado: O participante, descalço, senta-se no solo com as pernas estendidas, os pés afastados 30,4 cm entre si, os artelhos apontando para cima e os calcanhares centrados nas marcas feitas na fita adesiva. O zero da fita métrica aponta para o participante.

Posição do avaliador: ao lado do avaliado, segurando o joelho do avaliado para não permitir que o mesmo se flexione.

Procedimento: Com as mãos uma sobre a outra, o participante vagarosamente desliza as mãos sobre a fita métrica tão distante quanto pode, permanecendo na posição final no mínimo por 2 segundos. São oferecidas duas tentativas de prática, seguidas de duas tentativas de teste. O resultado final é dado pela melhor das duas tentativas anotadas.

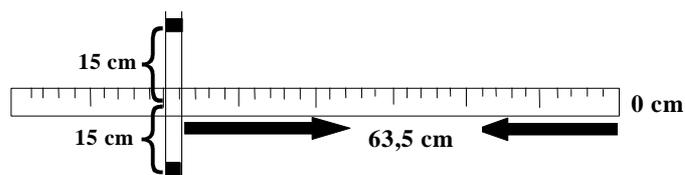


FIGURA 4: Ilustração do teste de flexibilidade (adaptada de OSNESS et al., 1990).

Teste de força e endurance de membros superiores (RESISFOR)

Instrumentos: Halteres de 1,814 Kg (mulheres) e para homens de 3,6 Kg, cadeira sem braços.

Organização do teste: cadeira num local confortável e halteres próximos à cadeira.

Posição do avaliado: sentado em uma cadeira sem braços, apoiando as costas no encosto da cadeira, com o tronco ereto, olhando diretamente para frente e com a planta dos pés completamente apoiadas no solo. O **braço dominante** deve permanecer relaxado e estendido ao longo do corpo (mão voltado para o corpo), enquanto a mão não dominante apoiada sobre a coxa. O halter deve estar paralelamente ao solo, com uma de suas extremidades voltadas para frente.

Posição do avaliador: DOIS AVALIADORES. O primeiro avaliador se posiciona ao lado do avaliado, colocando uma mão sobre o bíceps e outra tríceps do mesmo e a outro avaliador segura o halter que foi colocado na mão dominante do participante, com o cronômetro na mão.

Procedimento: o segundo avaliador, responsável pelo cronômetro, sinaliza o comando “vai”, o participante contrai o bíceps, realizando uma flexão do cotovelo até que o antebraço toque na mão do primeiro avaliador, que está posicionada no bíceps do avaliado. Quando esta prática de tentativa for completada, o halter deve ser colocado no chão e 1 minuto de descanso é permitido ao avaliado. Após este tempo, o teste é iniciado, repetindo-se o mesmo procedimento, mas desta vez o avaliado realiza o maior número de repetições no tempo de 30 segundos, que é anotado como resultado final do teste.

Teste de resistência aeróbia geral e habilidade de andar (RAG)

Instrumentos: pista demarcada e cronômetro.

Organização do teste: em uma pista de atletismo.

Posição do avaliado: em pé, no local de saída.

Posição do avaliador: próximo ao avaliado, com cronômetro em mãos.

Procedimento: ao sinal de “já”, o participante começa a caminhar (sem correr) 804,67 metros na pista de atletismo de 400 m, o mais rápido possível. É anotado o tempo gasto para realizar tal tarefa em minutos e segundos, e posteriormente transformado para segundos.

ANEXO D

Fotos

Turmas e Aulas de Ginástica





Coletas de Dados –
Bateria da AAHPERD



Flexibilidade



Coordenação



Força de membros superiores



Agilidade



Resistência

8 APÊNDICES

APÊNDICE A

Entrevista com o médico responsável pelo CS, enfermeiro e outro funcionário (receptionista, auxiliar administrativo,...) sobre a rede de atendimento e informações da CS sobre o programa de ginástica Idoso Ativo

Nº _____

Data: ____/____/200__

Horário Inicial: ____h ____min

Horário Final: ____h ____min

CS: _____

Entrevistador(a): _____

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Cargo Ocupado: _____

Telefone(s) para contato: _____

1 - A CS oferece algum programa de atividade física para os idosos? **SIM** **NÃO**

Caso afirmativo:

a) Qual o programa de atividade física?

b) Como tomou conhecimento sobre o programa de atividade física?

c) O programa de ginástica atende as necessidades da população idosa da CS?

SIM Como?

NÃO Por quê?

d) Na sua opinião, existem fatores que dificultam a expansão dos programas de ginástica nas CS?

SIM Quais?

NÃO

e) Faça sugestão para melhorar o atendimento do programa de ginástica aos idosos na CS:

Atividades físicas oferecidas:

Local:

Infra-estrutura:

Atendimento:

Divulgação / informação:

2- Qual a sua visão sobre a implementação de programa de ginástica aos idosos na CS, quanto:

- Atendimento:

- Informações:

APÊNDICE B

Entrevista de avaliação das idosas sobre as aulas de ginástica do programa Idoso Ativo

Nº _____

Data: ____/____/200__

Horário Inicial: ____h ____min

Horário Final: ____h ____min

CS: _____

Entrevistador(a): _____

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Telefone(s) para contato: _____

1 - Como o (a) Senhor (a) tomou conhecimento sobre o programa de ginástica na CS?

2 - Quais os motivos que fizeram o (a) Senhor (a) ingressar no programa de ginástica na CS?

3 - Quais os motivos que fizeram o (a) Senhor (a) permanecer no programa de ginástica na CS?

4 - O (a) Senhor (a) gosta do tipo de aula realizada pela professora?

SIM NÃO Por quê?

5 - O (a) Senhor (a) gosta dos materiais utilizados nas aulas, como bolsa, aros, bastão....?

SIM NÃO Por quê?

6 - Qual(s) material(is) o (a) Senhor (a) mais gosta?

Bastão Arco Corda Caneleira Peso / Halter Bolas

Outro Qual? _____

7 - Qual o tipo de exercício que o (a) Senhor (a) mais gosta?

Exercício com peso para os membros superiores

Exercício com peso para os membros inferiores

Exercício de relaxamento e/ou Massagem

Brincadeiras que promovam: memória, coordenação, equilíbrio, socialização.

Exercícios com dança.

Outro Qual? _____

8 - O (a) Senhor (a) gosta das músicas nas aulas? SIM NÃO Por quê?

9 - O (a) Senhor (a) entende os exercícios que a professora pede para você fazer na aula?

SIM NÃO Por quê?

10 - O (a) Senhor (a) entende e/ou escuta o que geralmente a professora fala?

SIM NÃO Por quê?

11 - A professora dá atenção aos alunos na aula? SIM NÃO Por quê?

12 - O (a) Senhor (a) gosta dos exercícios no colchonete? SIM NÃO Por quê?

14 - O (a) Senhor (a) acha que depois que começou a participar das aulas de ginástica, a sua dor: Melhorou Piorou Continua a mesma coisa

15 - Antes de realizar a ginástica na CS o (a) Senhor (a) tinha dificuldade em realizar as suas atividades da vida diária, como por exemplo: fazer faxina, carregar compras, subir escadas, cozinhar... Se a resposta for **Sim**, siga para a pergunta 15.1 SIM NÃO

15.1- Agora participando da ginástica, como o (a) Senhor (a) se sente em relação as suas atividades da vida diária, como por exemplo: fazer faxina, carregar compras, subir escadas, cozinhar...? Melhorou Piorou Continua a mesma coisa

16 – Por favor, faça sugestões para as aulas de ginástica:

APÊNDICE C

Questionário de avaliação das idosas sobre o período de interrupção 2006/2007 (férias) do programa de ginástica Idoso Ativo

Nº _____

Data: ____/____/200__

Horário Inicial: ____ h ____ min

Horário Final: ____ h ____ min

CS: _____

Entrevistador(a): _____

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Telefone(s) para contato: _____

1 – O (a) Senhor (a) passou a maior parte de suas férias:

Sozinho

Com alguém

2 – Aonde o (a) senhor(a) passou a maior parte de suas férias?

Apartamento

Apartamento na praia

Casa de praia

Casa de campo

3 – Quais foram as suas principais atividades de lazer? (citar 3)

1. _____

2. _____

3. _____

4 - O (a) Senhor (a) realizou algum tipo de atividade física durante as férias?

SIM

NÃO

Qual? _____

Quantas vezes por semana e qual a duração? _____

APÊNDICE D

Entrevista com as professoras/estagiárias sobre fatores facilitadores, barreiras na intervenção, necessidades e interesses dos idosos do programa de ginástica Idoso Ativo

N^o

Data: ___/___/2006

Horário Inicial: ___h___min

Horário Final: ___h___min

Entrevistador(a): Cristina Brust

Nome do(a) entrevistado(a):

CS:

- 1- Quais os fatores que facilitaram a implementação do programa de ginástica na ULS?
- 2- Quais os fatores que dificultaram a implementação do programa de ginástica na ULS?
- 3-Quais as necessidades e interesses dos idosos do programa de ginástica?

APÊNDICE E

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DESPORTOS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *SCRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO
PROFESSORA ORIENTADORA: Dr^a GIOVANA ZARPELLON MAZO

CARTA DE CESSÃO

Florianópolis/SC, ____ / _____ de 200__.

Eu, _____ RG
nº _____, representando o CS _____,
declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, realizada em
____/____/200__, para Cristina Brust, RG nº 1044863783, podendo ser usada integralmente
ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data.

Assinatura