

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP
PROGRAMA DE BOLSAS DE ESTUDO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR - UNIEDU
PÓS GRADUAÇÃO *LATO SENSU* GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

CARINE MARLA BOSETTI

**INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE
CAÇADOR/SC: UM DESAFIO A SER CONSOLIDADO**

**CAÇADOR
2015**

CARINE MARLA BOSETTI

**INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE
CAÇADOR/SC: UM DESAFIO A SER CONSOLIDADO**

Monografia apresentada como exigência para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública, do Curso de Pós Graduação *Lato Sensu* em Gestão em Saúde Pública, ministrado pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, sob orientação do Professor Doutor Ricelli Endrigo da Rocha.

**CAÇADOR
2015**

*Dedico este trabalho a minha amada mãe por
ser meu exemplo de vida e sempre me
incentivar a ir além...*

AGRADECIMENTOS

- *Não por tradição ou demagogia, mas em primeiro lugar agradeço A DEUS, por sua presença inestimável em minha vida, por renovar minhas forças a cada dia e me capacitar para enfrentar os desafios da vida.*
- *Aos meus amados e preciosos pais, Roberto e Marlise Bosetti, por serem exemplo de vida, dedicação, amor e acima de tudo, por terem me ensinado os valores necessários para manter meu caráter diante das situações difíceis da vida.*
- *Ao meu irmão Juliano e minhas irmãs Kelly e Talita Bosetti, por suportar a dor da saudade em prol de minha realização pessoal.*
- *A todos os Professores que lecionaram na Pós Graduação de Gestão em Saúde Pública da UNIARP em parceria com o UNIEDU, com cada um pude aprender caminhos que com certeza buscarei aplicar na minha atuação profissional.*
- *A equipe de Pós Graduação da UNIARP, Mariluci, Simone, Suelen e Katiúscia, que não mediram esforços para o sucesso do curso e também para nos atender e ajudar sempre que necessário.*
- *Ao meu orientador, Professor Doutor Ricelli Endrigo da Rocha, que não mediu esforços para que eu pudesse realizar esta pesquisa e principalmente agradecer pelo tempo e atenção dedicados a mim sempre que necessário. Você foi fundamental para a realização desta obra!*
- *Por fim, aos colegas que tive a honra de conhecer e conviver durante este período. Sei que algumas amizades ficarão e outros talvez vai ser difícil de encontrar, porém desejo muito sucesso à todos!*

“A criança de ontem é o adulto de hoje e o avô ou avó de amanhã. A qualidade de vida que as pessoas terão quando avós depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário”

World Health Organization.

RESUMO

Nos últimos anos a expectativa de vida no Brasil tem aumentado e com o envelhecimento sabe-se que surgem várias doenças associadas aos fatores de risco relacionados aos hábitos que as pessoas adquirem durante a vida. Isso é um caso de saúde pública. Pensando nisso, o objetivo principal desta pesquisa foi verificar as características dos programas e os modelos de políticas públicas oferecidos aos idosos assistidos pelas UBS e de que forma a inserção e atuação do Profissional de Educação Física poderia contribuir na melhora da qualidade de vida dos idosos cadastrados nessas unidades no município de Caçador-SC. A amostra foi delimitada a partir dos dados cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e informados pelos coordenadores das unidades levando em conta os idosos (acima de 60 anos), dos gêneros masculino e feminino, assistidos pela UBS. Foi aplicado um questionário, com perguntas abertas e fechadas, para levantar dados sobre identificação da UBS, alguns dados cadastrados e ações específicas da mesma em relação aos programas oferecidos para idosos e a importância da inserção e atuação do Profissional de Educação Física nesses programas, conforme a visão dos coordenadores da UBS. Atualmente em Caçador, levando em conta as informações obtidas nas oito UBS representando quinze dos vinte e três bairros existentes no município, a prevalência de idosos representa 12,55% de uma população pesquisada de 41.140 munícipes. Dos 5.165 idosos informados e cadastrados nas UBS, 20,17% são acometidos por diabetes (Tipo II) e 49,62% por hipertensão. Portanto, conclui-se que conforme a visão dos profissionais da área da saúde que participaram desta pesquisa o Profissional de Educação Física seria muito importante atuando em políticas públicas de saúde nas UBS, o que seria de grande valia no combate de algumas doenças ou até mesmo na redução ou controle de alguns fatores de risco que podem levar a morte repentina ou fazer com que o idoso utilize por mais tempo os serviços de saúde, contribuindo assim para uma melhora na qualidade de vida destes e redução dos gastos com saúde pública.

Palavras chave: Unidades Básicas de Saúde; Idosos; Profissional de Educação Física.

RESUMEN

En los últimos años, la esperanza de vida en Brasil ha aumentado y con el envejecimiento se sabe que surgen diversas enfermedades asociadas con los factores de riesgo relacionados con los hábitos que las personas adquieren en la vida. Este es un caso de salud pública. Con esto en mente, el objetivo principal de esta investigación fue determinar las características de los programas y modelos de políticas públicas ofrecen a los ancianos asistidos por UBS y cómo la inserción y desempeño de los profesionales de educación física podrían contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas de edad inscritas en estas unidades en el municipio de Hunter-SC. La muestra se define a partir de los datos registrados en Unidades Básicas de Salud (UBS) e informó a los coordinadores de las unidades que tengan en cuenta la edad avanzada (mayores de 60 años), hombres y mujeres, con la asistencia de UBS. Se aplicó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas para recoger datos sobre UBS identifican algunos datos específicos registrados y acciones de la misma en relación con los programas que se ofrecen para las personas mayores y la importancia de la integración y el rendimiento del profesional de Educación Física en estos programas, las opiniones de los coordinadores de UBS. Actualmente en Hunter, teniendo en cuenta la información obtenida en los ocho UBS representa a quince de los veintitrés barrios existentes en la ciudad, la prevalencia de la tercera edad es 12,55% de los residentes encuestados de 41140 habitantes. De 5165 informado y ancianos inscritos en UBS, 20,17% están afectados por la diabetes (tipo II) y 49,62% para la hipertensión. Por lo tanto, se concluye que en la visión de profesionales de la salud que participaron en esta investigación el Profesional de Educación Física sería muy importante trabajar en políticas de salud pública en UBS, lo que sería de gran valor en la lucha contra algunas enfermedades o incluso para reducir o controlar algunos factores de riesgo que pueden conducir a la muerte súbita o causar el uso de edad avanzada para los servicios de salud más largos, lo que contribuye a una mejora en la calidad de vida de las y la reducción en el gasto en salud pública.

Palabras clave: Unidades Básicas de Salud; Personas Mayores; Profesional de Educación Física.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Ações e programas desenvolvidos pelas UBS para grupo de idosos com hipertensão e diabetes.....	30
Gráfico 2 – Profissionais que fazem parte das equipes das UBS.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – N° de bairros assistidos, total de munícipes, n° de idosos e n° de idosos acometidos por diabetes tipo II e hipertensos por UBS.....	27
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 SAÚDE PÚBLICA.....	13
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	16
2.3 ATENÇÃO BÁSICA E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	18
2.4 O IDOSO E A SAÚDE PÚBLICA.....	20
2.6 BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS.....	22
3 METODOLOGIA	25
3.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA.....	25
3.2 AMOSTRA.....	25
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	25
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS	27
5 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICES	38
ANEXOS	40

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo a vida e a saúde no Brasil eram atributos de quem tinha dinheiro ou poder. A partir da criação e estruturação de um Sistema Único de Saúde (SUS) o olhar se voltou para a Atenção Primária em Saúde (APS), sendo esta o principal eixo norteador deste sistema.

Sendo assim, cada vez mais, se tem procurado contemplar os princípios básicos para que se atinja o que prevê parte do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, “a saúde é um direito de todos”, que são eles: universalidade, equidade e integralidade.

Em conformidade com estes princípios, em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), que para Rosa e Labate (2005) surgiu como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, consolidando a proposta de ação do SUS. Este programa, que hoje recebe o nome de Estratégia Saúde da Família (ESF), tem a família e cada integrante dela como centro da atenção, não visa apenas o tratamento de doenças, mas sim introduz uma nova visão no processo de intervenção, ou seja, não espera apenas a população procurar atendimento, mas age preventivamente, se preocupando assim com o bem estar geral de cada indivíduo.

Com o intuito de aumentar a resolutividade das ações das equipes de saúde da família, em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este, que tem como referência o Apoio Matricial (AM), oportuniza a atuação de outros profissionais da área da saúde visando fortalecer o atendimento e promoção da saúde através da Atenção Básica.

Entre os profissionais que podem compor as equipes do NASF está o Profissional de Educação Física. Conforme Santos e Benedetti (2012) a relevância desta profissão na saúde e os benefícios advindos da prática regular de atividade física, que é uma recomendação para todos, foram constantemente divulgados e reconhecidos entre as estratégias de promoção da saúde do SUS. Portanto, o NASF surge como um campo promissor para a atuação do Profissional de Educação Física na saúde pública.

Quais são as características dos programas e os modelos de políticas públicas oferecidos aos idosos assistidos pelas UBS e de que forma a inserção e atuação do Profissional de Educação Física poderia contribuir na melhora da

qualidade de vida dos idosos cadastrados nessas unidades no município de Caçador-SC?

Sabe-se que nas últimas décadas a população em geral tem sido acometida por diversos problemas de saúde, que em sua maioria se manifestam devido ao estilo de vida das pessoas. Para Nahas (2010) isso se deve ao fato de que houve diversas mudanças sociais e na saúde, como o crescimento populacional, o aumento da expectativa de vida e a grande concentração na área urbana.

Paralelo a isso, nos últimos anos a expectativa de vida no Brasil tem aumentado. Em 2014 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou no Diário Oficial da União que a expectativa de vida no país em 2013 foi de 74,9 anos. Em 2011, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina apresentou em seu Plano Estadual de Saúde para os anos de 2012 a 2015, que a *“proporção de idosos do Estado passou de 6,7% em 1990, para 8% em 2000, subindo para 10,5% em 2010, influenciando o perfil epidemiológico do Estado e demanda por serviços de saúde”* (p.27, 2011). Evidenciando assim a transição demográfica que ocorre durante o passar do tempo, o que implica que são necessárias alterações no atendimento a esta demanda e uma adequação dos serviços de saúde à nova realidade.

Sendo assim, quando se pensa em indivíduos idosos, a atenção deve estar voltada para quem cuidará dessa população crescente e como serão vividos os anos ganhos com o aumento da expectativa de vida. Este processo traz a tona a necessidade de se fazer um levantamento de dados e analisar as políticas públicas oferecidas para idosos. Desta maneira, através deste projeto se busca uma forma de incentivar a manutenção ou criação de políticas públicas que tenham como objetivo conscientizar, motivar e criar alternativas para esta população específica mudar os hábitos, visando uma melhor qualidade de vida, com o intuito de evitar ou até mesmo amenizar problemas de saúde. Uma vez que, atualmente, é praticamente um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo do envelhecimento.

Esta pesquisa se justifica pelo fato de apresentar dados importantes para que novas ações sejam tomadas visando alcançar este objetivo e até mesmo diminuir os gastos com saúde. Acredita-se que a inserção do profissional de Educação Física em programas de políticas públicas permite identificar as potencialidades e necessidades de mudança tanto nos hábitos de vida quanto no bem estar geral de idosos. Isto como uma garantia do progresso das ações em saúde, e futuramente,

do impacto de seus resultados no quadro de saúde pública. Esta afirmativa se faz coerente, por isso levantar dados e apresentá-los é imprescindível para melhorar as estratégias de ação.

Diante disso, o objetivo principal desta pesquisa foi verificar as características dos programas e os modelos de políticas públicas oferecidos aos idosos assistidos pelas UBS e de que forma a inserção e atuação do Profissional de Educação Física poderia contribuir na melhora da qualidade de vida dos idosos cadastrados nessas unidades no município de Caçador-SC. Sendo assim, os objetivos específicos foram os seguintes: Levantar dados sobre a incidência de idosos cadastrados nas UBS e as doenças por eles apresentadas; Analisar a forma como programas de atividade física estão inseridos nas ações das UBS no município; Analisar a efetividade dos programas oferecidos pelas UBS para idosos; Identificar se o Profissional de Educação Física está inserido nas políticas públicas do município e até que ponto sua atuação, conforme os outros profissionais da área da saúde, pode contribuir para as ações visando a promoção da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE PÚBLICA

Buscando uma definição para o termo “Saúde Pública”, Castiel (2008) a apresenta como um domínio genérico de práticas e conhecimentos organizados institucionalmente em uma dada sociedade, com o ideal de contemplar o bem-estar da população, levando em conta as ações e medidas que evitem, reduzam e/ou minimizem agravos à saúde, assegurando, desta forma, condições para a manutenção e sustentação da vida humana.

Sabe-se que a saúde é um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira. Há um consenso de que um país somente pode ser denominado “desenvolvido” se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente (MAIS SAÚDE, 2015).

O artigo 196 da Constituição Federal (CF) de 1988 diz que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A partir da aprovação da CF e levando em conta os princípios e fundamentos nela contidos em relação à saúde, foi definitivamente criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento deste sistema, permitindo assim a efetivação e regulação do SUS. As Leis 8080 e 8142 foram promulgadas, a primeira referindo-se a promoção de saúde e a organização dos serviços e a segunda, à participação da comunidade e o repasse do governo federal para as demais instâncias (HISTÓRICO DO SUS, 2015).

Sendo assim, a ação do Estado é central na promoção da Saúde Pública no Brasil. O artigo 5º da Lei 8080 de 19/09/1990 apresenta os objetivos e atribuições do SUS, destacando como objetivos:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos

campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei (art. 2º § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação); III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (CONSELHO..., 2015, p.1).

Dentre os princípios e diretrizes apresentados nesta mesma lei para o SUS estão à integralidade, equidade, universalidade e regionalização e hierarquização do sistema (CONSELHO..., 2015). Não obstante, ainda existe um descompasso relacionado à orientação para a conformação de um sistema universal e o processo concreto de consolidação do SUS.

Porém, ao longo dos anos algumas medidas foram e estão sendo tomadas para buscar a reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais para melhorar o nível de assistência, a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Para contemplar os princípios apresentados na criação do SUS, em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), que para Rosa e Labate (2005) surgiu justamente como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, consolidando a proposta de ação do SUS. Este programa tem a família e cada integrante dela como centro da atenção, não visa apenas o tratamento de doenças, mas sim introduz uma nova visão no processo de intervenção, ou seja, não espera apenas a população procurar atendimento, pois age preventivamente, se preocupando assim com o bem estar geral de cada um.

O termo “programa” aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e fim, por isso em 2006, o PSF passou a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa. Dalpiaz e Stedile (2011, p.2) apontam que a ESF “pode ser entendida, de forma genérica, como um espaço de fortalecimento da organização da Atenção Básica em Saúde (ABS), portanto, positivamente, no sentido da garantia dos princípios e diretrizes da saúde pública”. Ou seja, o termo estratégia aponta para algo permanente e contínuo e não para o que possua um tempo determinado, como é o caso de “programa”.

Juntamente com a ESF, no ano de 2006 foi implantado o Pacto em Saúde (2006), este que conforme Dalpiaz e Stedile (2011) se divide em três componentes centrais: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Este Pacto surgiu com a

finalidade de consolidar o SUS, buscando fortalecer principalmente a Atenção Básica em saúde e focalizando em ações de promoção a saúde. Sendo assim, a ESF é considerada a porta de entrada dos usuários na rede pública de atendimento em saúde.

Como já citado o Pacto pela Saúde, agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades, pois apresentam impactos sobre a situação de saúde da população brasileira, dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. O Pacto em Defesa do SUS evidencia o compromisso com a consolidação de fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS. Já o Pacto de Gestão aponta a importância do compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2010).

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e em 2011 a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas e promover ações de vigilância e promoção à saúde, efetivando a Atenção Primária em Saúde (APS) como eixo estruturante da Rede de Atenção em Saúde (RAS) no SUS (BRASIL, 2010).

Com o intuito de aumentar a resolutividade das ações das equipes da ESF, em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este, que tem como referência o Apoio Matricial (AM), oportuniza a atuação de outros profissionais da área da saúde visando fortalecer o atendimento e promoção da saúde através da Atenção Básica.

Como é possível observar no que foi descrito o MS, através do SUS como política do estado brasileiro, tem buscado cada vez mais, através da estruturação do sistema de saúde, construir estratégias e políticas públicas que visem à promoção da saúde, prezando assim pela melhoria da qualidade de vida e afirmação do direito à vida e à saúde. Nesse sentido, a promoção da saúde, é tida como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, “como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde

brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2010, p.1).

Porém, entre as grandes lacunas para que a saúde se constitua num dos pilares da estratégia nacional estão:

- A reduzida articulação da saúde com as demais políticas públicas, caracterizando um isolamento das ações governamentais frente às necessidades de uma melhor qualidade de vida da população, que depende da convergência de um amplo conjunto de política;
- A presença de iniquidade de acesso, observada em muitas doenças e agravos, envolvendo, por exemplo, dificuldades para cobrir o conjunto de pessoas com hipertensão e diabetes, para conferir maior abrangência no fornecimento de orientação, prevenção e tratamento para os diversos tipos de câncer e para atender ao conjunto das necessidades na área de doenças transmissíveis, negligenciadas pelos esforços mundiais de pesquisa e de produção;
- A oferta de bens e serviços permanece fortemente desigual na sua distribuição territorial, reproduzindo a desigualdade pessoal e regional que caracteriza o desenvolvimento brasileiro. Observam-se vazios assistenciais dentro das regiões metropolitanas, em sub-regiões menos dinâmicas e mais pobres de todo o País e no nível das macrorregiões, no qual as Regiões Norte e Nordeste são claramente carentes de condições adequadas de oferta e de acesso (MAIS..., 2015).

Para Diniz (2014) o Brasil ainda precisa percorrer um longo caminho para garantir uma saúde pública de qualidade para população brasileira. A falta de médicos em regiões afastadas e a grande concentração destes nos grandes municípios, a dificuldade em se conseguir atendimento do SUS e ausência de estrutura física de hospitais da rede pública e UBS são alguns dos problemas enfrentados.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

No ano de 1986, em Ottawa, Canadá, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Esta conferência trouxe um documento

apresentando intenções de ações em saúde pública para se atingir Saúde para Todos no ano de 2000 e anos subsequentes (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A Carta de Ottawa (1986, p.1) define a promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo".

O documento ainda apresenta como condições e recursos fundamentais para a saúde: "a Paz, Habitação, Educação, Alimentação, Renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade" (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1).

Paralelo a isso, desde muito tempo até os dias atuais um dos temas mais discutidos é a qualidade de vida (QV), na qual, a saúde é apontada como o maior recurso da dimensão, pois fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer quanto prejudicar a mesma. Por isso, ações de promoção da saúde objetivam fazer com que estes fatores sejam favoráveis para se atingir o estado positivo de saúde.

A QV para Pascoal e Donato (2005) refere-se, no seu sentido geral, ao indivíduo não somente saudável, mas também à satisfação pela vida nos diversos aspectos que a integram, como moradia, transporte, alimentação, lazer, realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamento com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira. Nahas (2010) diz que o conceito de QV difere de pessoa para pessoa e conforme as experiências vividas durante a vida tende a mudar para cada um, porém, há um consenso na ideia de que são múltiplos os fatores que determinam a QV de pessoas ou comunidades. Desta forma, a QV é o resultado da combinação dos fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano, sendo estes fatores: "estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade" (NAHAS, 2010, p.15).

Nesse sentido, as políticas públicas de saúde são importantes porque afetam direta ou indiretamente todos os aspectos da vida cotidiana da população, bem como as ações, os comportamentos e as decisões. Podem orientar e até mesmo proibir condutas consideradas de risco, incitar as que se consideram benéficas, proteger os direitos e o bem estar de algumas cidades, impulsionarem certas atividades ou proporcionar benefícios diretos aos cidadãos necessitados (AS POLÍTICAS..., 2007).

Na Carta de Ottawa (1986), dentre os cinco aspectos básicos a serem desenvolvidos para a promoção da saúde, a construção de políticas públicas voltadas à saúde, nas quais o objetivo maior é o de indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar são mencionadas.

Em documento apresentado pelo Ministério da Saúde em 2008, no Pacto Mais Saúde para Todos, a promoção da saúde é apontada como o eixo número um. Por acreditar que a qualidade de vida resulta de ações desde o saneamento, habitação, educação e da cultura até as políticas voltadas para a geração de renda e emprego, buscar ações intersetoriais, que possuam alta complementaridade e sinergia, focando principalmente nos municípios, nas escolas e nos ambientes de trabalho, pode ser de grande valia para o bem estar e saúde da população. Como desdobramento dessa percepção, um ambiente socioeconômico que condiciona uma sociedade saudável associa-se também à disseminação de práticas e comportamentos “promotores de saúde”, permitindo consolidar uma visão de que a saúde é fruto de um amplo processo social no qual a assistência médica é apenas um de seus componentes.

2.3 ATENÇÃO BÁSICA E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A PNAB é a política que rege as ações em Atenção Básica (AB) no Brasil. Sua primeira aprovação foi no ano de 2006 e é o resultado da experiência acumulada historicamente dos movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No ano de 2012 foi aprovada a nova PNAB, que tem como principal objetivo trabalhar para estruturar e ter uma AB que responda, perto da casa das pessoas, à maioria das necessidades de saúde, com agilidade e qualidade e de modo acolhedor e humanizado (BRASIL, 2012).

Atualmente, no Brasil, a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. A ideia é que ela seja o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso, é fundamental que a AB vá de encontro e se oriente a partir, principalmente, dos princípios apresentados na criação do SUS: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

Levando-se em conta a necessidade da AB ser a porta de entrada do usuário no SUS, cada vez mais tem se buscado instalar Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas aos locais onde as pessoas moram, trabalham, estudam ou vivem, para aproximar o serviço do usuário. O grande papel das UBS é garantir à população o acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012).

As UBS são locais onde a população pode receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, “os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalacões, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (UNIDADES..., 2015, p.1).

Nas UBS atuam as equipes de Atenção Básica (eAB): equipes de saúde da família (eSF), Núcleos de Apoio as equipes de Saúde da Família (NASF), equipes dos Consultórios na Rua e de Atenção Domiciliar. Cada equipe realiza atenção e presta serviço a uma população específica que está em determinado território, denominado, área de abrangência. As equipes assumem desta maneira a responsabilidade sanitária e o cuidado destas pessoas (UNIDADES..., 2015).

As equipes utilizam tecnologias de cuidado complexas e de baixa densidade (ou seja, mais conhecimento e pouco equipamento), que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Observam critérios de risco, vulnerabilidades, resiliência e o imperativo ético de que se deve acolher toda e qualquer demanda, necessidade de saúde ou sofrimento (PORTAL..., 2015, p.1).

Em se tratando do serviço prestado a ESF tem contribuído para uma melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na AB dos diferentes municípios em que houve sua implantação, apesar da ainda serem necessárias em diversas UBS a estruturação física. Por isso, é imprescindível a organização dos municípios, o avanço nos serviços da ESF e para que as eSF tenham condições dignas de trabalho, como instalações adequadas, profissionais qualificados e em número suficiente. Cabe ao município também toda parte de gestão dos serviços, garantindo recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e sua devida aplicação, assegurando a acessibilidade e o acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias da área adstrita (BRASIL, 2012).

As ESF devem propiciar ainda, acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida,

garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário.

Cada eSF pode ser composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Ainda como parte desta equipe multiprofissional, podem estar incluídos os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Na proposta apresentada pelo MS a cobertura de uma eSF na UBS deve ser de até 4 mil pessoas, aumentando o número de equipes proporcional ao número de habitantes da área de abrangência (BRASIL, 2012).

Em 2008 foram criados pelo MS os NASF com o objetivo de apoiar a consolidação da AB no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. As equipes do NASF atuam, com equipes multiprofissionais, de forma integrada com as eSFs, na atenção básica para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde (NASF, 2015).

Conforme o MS podem atuar em equipes do NASF:

Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (NASF, 2015, p.1).

Dentre as diversas ações de saúde das equipes do NASF, as ações intersetoriais e interdisciplinares, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde, são destaque (NASF, 2015).

2.4 O IDOSO E A SAÚDE PÚBLICA

Para Kokubun et al (1999) o estilo de vida sedentário afeta 40 a 80% da população brasileira. Fatores como gênero, idade, condição de saúde, nível

socioeconômico e escolaridade estão diretamente relacionados com os altos índices de inatividade física.

Paralelo a isso, Franchi e Montenegro Jr (2005) chamam a atenção para o sentido de que a população idosa vem aumentando consideravelmente, o que automaticamente gera uma maior expectativa de vida, provavelmente relacionada a um melhor controle de doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas, o que certamente gera uma preocupação maior em termos de saúde pública e a necessidade de mudanças na estrutura social, para que estes idosos tenham uma boa qualidade de vida. A atividade física é apontada como um importante meio de prevenção e promoção da saúde dos idosos através de seus inúmeros benefícios.

Conforme o artigo 1º do Estatuto do Idoso (2003, p.1) “entende-se por idoso ou pessoa da terceira idade, indivíduos com mais de 60 anos de idade”. Segundo dados apresentados pela OMS apud Franchi e Montenegro Jr (2005) em 1998 existiam 390 milhões de pessoas acima de 65 anos de idade, para 2025 estima-se que essa população dobre. Na América Latina e na Ásia o aumento da população idosa pode ser de 300% até 2025.

Teoricamente, o envelhecimento é um processo natural, comum a todas as pessoas, é progressivo, pois envolve mecanismos danificam e afetam a capacidade funcional, provocando a perda da capacidade ao longo da vida devido a diversas variáveis, como as genéticas, os danos acumulados e estilo de vida, além de alterações psicoemocionais. Pode ser ainda um fenômeno fisiológico, de comportamento social ou cronológico, ou seja, conforme suas características cada indivíduo responderá ao envelhecimento à sua maneira (FRANCHI; MONTENEGRO JR, 2005).

Mazo et al (2007, p.2) destaca que o “envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, com redução na capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional”. O processo de envelhecimento favorece diversas perdas como a instabilidade postural, que pode levar as quedas, muito frequentes em pessoas idosas. Esse fator provoca um custo social é imenso e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a necessitar de institucionalização.

Sendo assim, a queda é uma causa crescente de lesões, o que gera custos de tratamento e, muitas vezes, pode levar à morte. Para lesões da mesma gravidade

entre jovens e os idosos, os últimos experimentam período mais longos de internações, extensos períodos de reabilitação, maior risco de dependência posterior e de morte (MAZO et al, 2007).

Além disso, a pessoa idosa ainda pode sofrer de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares e seus fatores de risco metabólico: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias. Apesar da herança genética fatores ambientais e estilo de vida, principalmente má alimentação e inatividade física, contribuem para o aumento da incidência dessas doenças, tanto em adultos quanto em idosos (COELHO; BURINI, 2009).

Marie e Jean (2001) destacam que a maior frequência de diabetes tipo II é em idosos, uma vez que a sua frequência aumenta com a idade. Sendo assim, se levarmos em conta os dados apresentados pelo IBGE em 2013 que a expectativa de vida no Brasil é de 74,9 anos, a atenção ao idoso e as doenças pelos quais são acometidos é problema de saúde pública.

Desta maneira, Mazo et al (2007) afirma que cada vez mais são necessárias intervenções mais eficazes que se baseiem na identificação precoce dos riscos que podem levar idosos à quedas ou à alguma doença e neste caso a prática regular de atividade física entra como uma importante intervenção.

Para Neri (2002) e Costa (2002) apud Stella (2002) envelhecer não é sinônimo de adoecer, principalmente quando as pessoas desenvolvem hábitos de vida saudáveis. Sendo assim, fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais aos quais o indivíduo está exposto ao longo da vida contribuem para a intensidade das alterações no processo de envelhecimento (STELLA, 2002).

Em se tratando de atividade física (AF), existem muitas barreiras individuais e ambientais que podem dificultar à prática. Para Kokubun et al (1999) devido às características, as UBS são locais privilegiados para promoção da saúde mediante AF, uma vez que minimizam parte das barreiras presentes em grupos populacionais sujeitos à inatividade física, como é o caso da população idosa.

2.6 BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS

Segundo Matsudo, Matsudo e Neto (2001) a relação entre atividade física, saúde, QV e envelhecimento são temas que geram uma série de discussões e

análises cientificamente. Há um consenso entre os profissionais da área da saúde em geral de que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo de envelhecimento.

Para Marie e Jean (2001) o acompanhamento profissional é de fundamental importância na prática de atividade física, pois as pessoas devem ser muito bem aconselhadas sobre o que fazer, durante quanto tempo e com que frequência. Franchi e Montenegro Jr (2005) destacam que no Brasil ainda são escassos os programas de incentivo à prática de atividade física, além de serem pouco explorados os ambientes de promoção da saúde. Apesar disso, um bom exemplo foi o Programa Agita São Paulo, que, buscou mostrar a importância da atividade física de intensidade moderada, trinta minutos por dia, com especial atenção para a população idosa.

Um dos principais benefícios que a atividade física promove é a proteção da capacidade funcional dos idosos. Por capacidade funcional entende-se o desempenho para a realização das atividades do cotidiano ou atividades da vida diária, como: se vestir, tomar banho, levantar e sentar, caminhar dentro de casa, cozinhar, limpar a casa, serviços de jardinagem, entre outras (FRANCHI; MONTENEGRO JR, 2005).

Além disso, a prática de atividade física para Franchi e Montenegro Jr (2005, p.4):

[...] promove a melhora da composição corporal, a diminuição de dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, a melhora da utilização de glicose, a melhora do perfil lipídico, o aumento da capacidade aeróbia, a melhora de força e de flexibilidade, a diminuição da resistência vascular. E, como benefícios psicossociais encontram-se o alívio da depressão, o aumento da auto-confiança, a melhora da auto-estima. O tipo de exercício físico recomendado para idosos no passado era mais o aeróbio pelos seus efeitos no sistema cardiovascular e controle destas doenças, além dos benefícios psicológicos. Atualmente, estudos mostram a importância dos exercícios envolvendo força e flexibilidade, pela melhora e manutenção da capacidade funcional e autonomia do idoso.

Se regular e bem planejada, conforme Stella et al (2002) a atividade física contribui ainda para a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, além de oferecer oportunidade de envolvimento psicossocial, implementação das funções cognitivas e menores taxas de recaída.

Para Coelho e Burini (2009) apesar de que ainda não estejam completamente entendidos à redução dos agravos causados pelas doenças não transmissíveis ou

pela incapacidade funcional relacionados à prática de atividade física, os programas já estabelecidos estão diretamente associados à promoção e recuperação da saúde.

Devido a isso, fica evidente a necessidade de se incrementar, por parte de políticas públicas, programas de estimulem à prática de atividade física entre idosos. Assim, cabe aos profissionais da saúde, educadores físicos e principalmente aos gestores públicos voltar o olhar para este quesito, engajando de maneira efetiva e eficaz a mobilização de recursos, a viabilização de projetos que visem uma população idosa cada vez mais ativa e com melhor qualidade de vida (FRANCHI; MONTENEGRO JR, 2005). Neste caso, a inserção e atuação de profissionais de Educação Física em políticas públicas de saúde são de grande valia.

3 METODOLOGIA

3.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA

Para a realização deste estudo foi realizada uma pesquisa descritiva, transversal e de abordagem quantiqualitativa.

A pesquisa descritiva tem como objetivo observar, registrar, analisar, descrever e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, procurando descobrir a frequência em que este fenômeno ocorre e sua relação com outros fatores (MATTOS; ROSSETTO JR.; BLECHER, 2004). Sendo assim, foi aplicado um questionário com o objetivo de levantar dados. Conforme Cervo e Brevian apud Mattos; Rossetto Jr. e Blecher (2004) o questionário é a forma mais utilizada para coletar dados, possibilitando medir com exatidão o que se deseja.

Quanto a abordagem do problema foi quantiqualitativa e visou traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Devido a isso, foram utilizados recursos e técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.), além de qualitativamente apresentou-se uma dinâmica entre mundo objetivo e subjetividade do serviço, que não pode ser traduzida em números (MORESI, 2003).

3.2 AMOSTRA

A amostra foi delimitada a partir dos dados cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Caçador-SC e informados pelos coordenadores das unidades levando em conta os idosos (acima de 60 anos), dos gêneros masculino e feminino, assistidos pela UBS.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi feito contato com a Secretária de Saúde do município para dar-lhe informações sobre os objetivos, o desenvolvimento da pesquisa e a forma de publicação dos resultados, bem como para solicitar autorização para aplicação do questionário nas UBS.

Com a autorização da Secretária de Saúde foi feito contato com a Coordenadora de Atenção Básica, que reuniu-se com os coordenadores (as) das UBS para lhes informar (as) sobre os objetivos, relevância e os procedimentos metodológicos da pesquisa.

A partir desse contato os coordenadores receberam um questionário com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE1) para informar sobre identificação da UBS, alguns dados cadastrados e ações específicas da mesma em relação aos programas oferecidos para idosos e a visão destes em relação à inserção e atuação do Profissional de Educação Física. A coleta de dados foi realizada no mês de outubro.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, conforme parecer nº 1.304.048.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi descritiva levando em conta os números coletados e à parte estruturada da entrevista. As falas transcritas nas questões discursivas foram analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo classificando os dados através de leituras repetidas das entrevistas e mergulho analítico profundo, produzindo interpretações e explicações que procurem dar conta das questões que motivaram a investigação.

Os demais dados foram tratados pelo programa de tabulação de dados do Windows Office - Excel 2010.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

Para realização desta pesquisa foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas para que os coordenadores das UBS informassem sobre identificação da UBS, alguns dados cadastrados e ações específicas da mesma em relação aos programas oferecidos para idosos e a visão destes em relação à inserção e atuação do Profissional de Educação Física.

Das treze UBS existentes em Caçador, para esta pesquisa foram obtidos dados de oito UBS, representando quinze bairros dos vinte e três bairros existentes e um distrito do município. A primeira parte deste questionário, das perguntas 1 a 6, pautava-se em uma breve identificação da UBS, o número de bairros e munícipes assistidos pelas mesmas, quantos destes eram idosos (acima de 60 anos) e destes idosos quantos eram acometidos por Diabetes (Tipo II) e/ou hipertensão, levando em conta os dados cadastrados nas UBS. Na tabela 1 são apresentados os resultados referentes a esta seção do questionário.

Tabela 1 – Nº de bairros assistidos, total de munícipes, nº de idosos e nº de idosos acometidos por diabetes tipo II e hipertensos por UBS.

Identificação UBS	Bairros Assistidos	Total de munícipes assistidos	Nº de Idosos	Nº de Idosos Diabéticos (Tipo II)	Nº de Idosos Hipertensos
UBS Berger/Alto Bonito	Berger e Alto Bonito	11200	1999	500	600
UBS Martello	Parte Bairro Martello	3601	383	64	222
UBS Santa Catarina	Santa Catarina e DER	9000	777	200	600
UBS Sorgatto	Sorgatto, Figueiroa, Champagnat, Bom Jesus e Paraíso	5046	965	58	530
UBS Bom Sucesso	Bom Sucesso	2776	198	27	110
UBS Municípios	Municípios e Reunidas	4757	372	86	231
UBS Rancho Fundo	Rancho Fundo e São Cristóvão	3670	351	89	200
UBS Taquara Verde	Taquara Verde (Distrito)	1090	120	18	70
TOTAL		41140	5165	1042	2563

Fonte: BOSETTI, 2015.

Em Caçador, município pertencente a mesorregião de Joaçaba, localizado no meio oeste de Santa Catarina e que possui uma população de 70.762 habitantes (IBGE, 2010), pode-se perceber que dos 41.140 munícipes assistidos pelas UBS informadas, 5165, representando 12,55%, eram idosos. Destes idosos 1042 (20,17% do total) eram acometidos por Diabetes (Tipo II) e 2563 deles eram diagnosticados como hipertensos (representando 49,62%).

Em documento apresentado pela World Health Organization e traduzido por Suzana Gontijo (2005) intitulado como “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde”, a hipertensão, que é um fator de risco para diversas doenças cardiovasculares, e diabetes são uma das principais doenças crônicas que afetam os idosos em todo o mundo. Isto foi comprovado com esta pesquisa, pois a incidência de idosos com diabetes (Tipo II) e hipertensão foi representativa.

Estas doenças ainda, segundo o Ministério da Saúde (2015), são consideradas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que atualmente, são consideradas um sério problema de saúde pública, uma vez que, conforme estimativas da OMS são responsáveis por 63% das mortes no mundo e no Brasil por 74% das causas de morte, além de afetar a qualidade de vida dos indivíduos, aumentar a possibilidade de morte prematura e aumentar gastos em saúde.

Em estudo realizado em São Paulo por Moretti et al (2009) os autores destacaram que de acordo com a Secretaria Municipal de São Paulo, as DCNT são responsáveis por 76% da mortalidade geral, 63% das internações pagas e 73% dos gastos do SUS por internações de indivíduos residentes do município.

Conforme o Atlas de Desenvolvimento Humano (2015) Caçador apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,735, baseando-se em dados de 2010, o que o situa na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Sendo que, a dimensão que mais contribui para o IDHM do município é a Longevidade, com índice de 0,878, seguida de Renda, com índice de 0,728, e de Educação, com índice de 0,620. Para Minayo (2000, p.5) “O IDHM é um indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população” (MINAYO 2000, pg 5).

Para definição da Longevidade no IDHM é considerada a esperança de vida ao nascer, ou seja, o número médio de anos que as pessoas viveriam a partir do nascimento, mantidos os mesmos padrões de mortalidade observados em cada

período, no município. Assim, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano (2015) a esperança de vida ao nascer em Caçador em 1991 era de 68,7 anos, passando em 2000 para 73,3 anos e na última atualização em 2010 para 77,7 anos. Isso evidencia a transição epidemiológica que ocorre com o passar dos anos, fato que faz com que as doenças próprias do envelhecimento ganhem maior expressão na sociedade e a demanda por serviços de saúde aumente cada vez mais.

Lima-Costa e Veras (2003) destacam que por apresentar doenças crônicas e múltiplas que perduram por vários anos e requererem maior cuidado, realização de exames periódicos, medicação contínua o idoso consome mais serviços de saúde e as internações hospitalares são mais frequentes. Sendo assim, a atenção à saúde do idosos tanto em relação a promoção quanto recuperação é um caso de saúde pública.

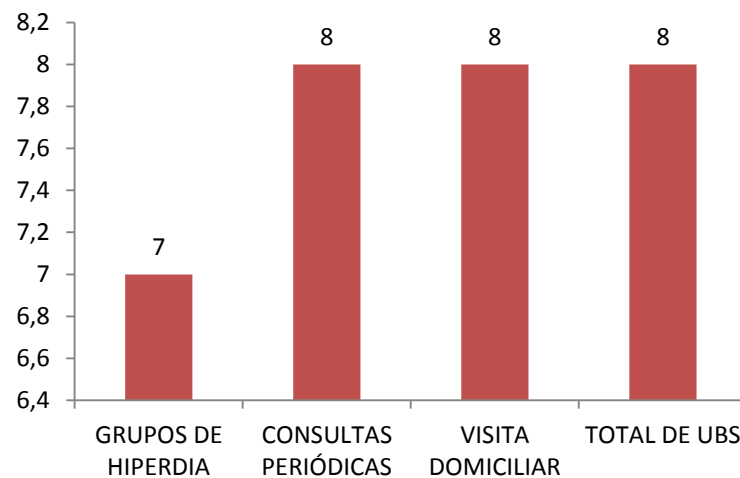
Há de se destacar ainda que conforme os indivíduos envelhecem, as DCNTs se tornam as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. Essas doenças, típicas da terceira idade, são caras para os indivíduos, as famílias e para o Estado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Na questão 7 do questionário os coordenadores responderam a seguinte pergunta: “*Quais as ações e programas desenvolvidos para estes grupos de idosos (hipertensos e diabéticos) pela UBS como promoção da saúde?*”. O objetivo desta pesquisa foi justamente analisar se existiam ações e programas voltados para a promoção de saúde destes idosos. Os resultados estão expostos no Gráfico 1.

Como é possível observar no Gráfico 1, das oito UBS pesquisadas todas realizam consultas periódicas e visitas domiciliares aos idosos com hipertensão e diabetes. Além disso, sete dessas UBS possuem Grupo de Atividades Educativas em Hiperdia.

Lima, Gaia e Ferreira (2012) relatam que o Hiperdia é um Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão e diabetes, criado pelo Ministério da Saúde em 2002 para atacar a fundo estes agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das UBS. O que não deixa de ser um elo entre a UBS e o usuário.

Gráfico 1 – Ações e programas desenvolvidos pelas UBS para grupo de idosos com hipertensão e diabetes.

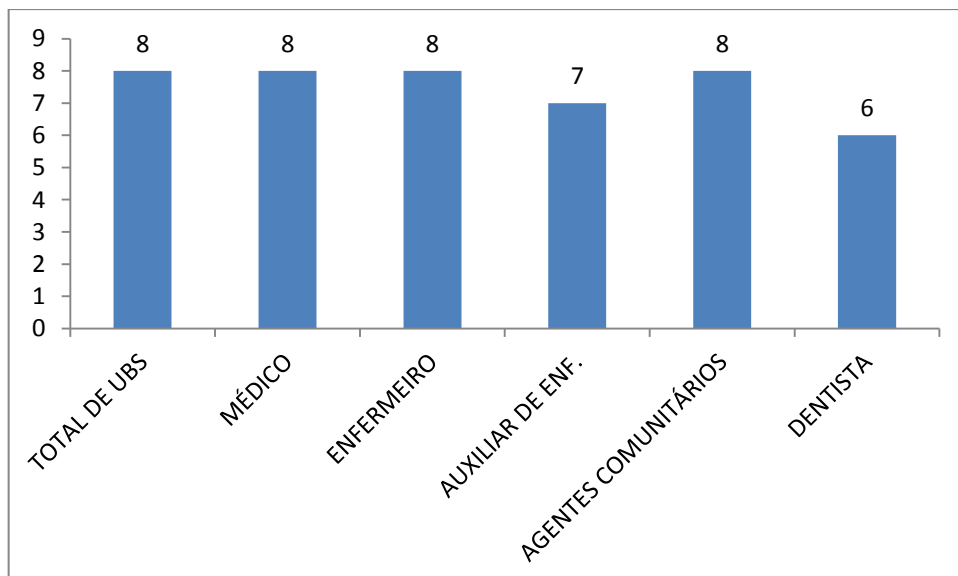


Fonte: BOSETTI, 2015.

Em Caçador os encontros de Hipertensão acontecem uma vez por mês, onde são realizadas palestras e orientações referentes aos temas e seus fatores de risco, além de mensuração da Pressão Arterial (PA) e pesagem dos pacientes. As atividades são coordenadas por enfermeiros e contam com a participação de técnicos de enfermagem, médicos e dentistas esporadicamente.

A questão 8 do questionário se referia a: “Quais os profissionais da área da saúde que fazem parte da sua equipe?”. O gráfico 2 apresenta os resultados.

Gráfico 2 – Profissionais que fazem parte das equipes das UBS.



Fonte: BOSETTI, 2015.

Observa-se no gráfico 2 que todas as UBS contam com a atuação de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Além de, a maioria delas possuírem na equipe auxiliares de enfermagem e dentistas ou profissionais da saúde bucal. Isto se explica por essas UBS serem formadas por equipes de saúde da família, que conforme o MS (2015) incluem médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população residente na área de abrangência do serviço. Com certeza estes profissionais são imprescindíveis para a atenção ao idoso quando se fala, principalmente, no cuidado voltado para recuperação dos mesmos. Porém, as políticas públicas geralmente têm em seu perfil maiores ações voltadas para a parte curativa, apesar de que há anos já se fala em ações de promoção e prevenção e que aos poucos se tem introduzido novas ações com estes objetivos.

Segundo Moretti et al (2009, p. 3) nota-se “uma incoerência assistencial em relação aos cuidados disponibilizados pelo setor de saúde pública à população, visto que há uma grande demanda voltada às doenças crônicas e um modelo de atenção voltado primordialmente para as condições agudas”.

Considerando o que foi exposto a última questão do questionário era sobre: *“Se não existe Profissional de Educação Física presente na equipe, levando em conta a Atenção Básica, você acredita que este poderia contribuir para melhorar o atendimento aos idosos e conseqüentemente a qualidade de vida dos mesmos? Por quê?”*. Por unanimidade de respostas os coordenadores das UBS responderam que sim, o Profissional de Educação Física seria muito importante no serviço público de saúde.

Em suas respostas os profissionais ainda destacaram que a atuação do Profissional de Educação Física contribuiria e muito para efetividade das ações de promoção e prevenção da saúde, além de ajudar a melhorar a qualidade de vida dos idosos através do estímulo á prática da atividade física com orientação e supervisão deste profissional. *“Acredito que este profissional poderia atuar diretamente nas ações de promoção e prevenção de doenças, já que o sedentarismo é um fator comum para várias doenças crônicas. Com o estímulo deste profissional conseguiríamos maior adesão na mudança de hábitos, assim como a adoção de um estilo de vida mais ativo”*, destacou a Enfermeira Ana Paula Simioni.

A OMS apud World Health Organization (2015) argumenta que medidas que façam os idosos ficarem mais ativos são uma necessidade e não um luxo. Uma vez

que, a implementação de políticas e programas que visem um envelhecimento ativo podem melhorar a qualidade de vida dos mais velhos. Além disso, existem alguns fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento de DCNTs nas idades mais avançadas, como é o caso da inatividade física. Por isso a importância de se desenvolverem programas e ações na saúde pública que envolvam atividade física orientada e que tenham o objetivo de estimular as pessoas a serem mais ativas.

Para Franchi e Montenegro JR (2005) o exercício físico ainda promove a melhora da aptidão física, capacidade funcional, aptidão cardiorrespiratória, força, resistência muscular e flexibilidade. A prática de atividade física ainda pode promover “melhora da composição corporal, a diminuição de dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, a melhora da utilização de glicose, a melhora do perfil lipídico, a diminuição da resistência vascular, além de outros benefícios biopsicossociais”. (FRANCHI; MONTEGRO JR, 2005, p.5).

5 CONCLUSÃO

A população de idosos vem crescendo nos últimos anos e conforme a pirâmide etária daqui alguns anos o número de idosos será cada vez maior. Levando em conta os hábitos inadequados que as pessoas adquirem durante seus anos de vida, onde o sedentarismo tem sido apontando como um dos principais fatores de risco, com o envelhecimento o surgimento de doenças, como diabetes e hipertensão, é cada vez mais evidente e sem dúvida uma questão de saúde pública.

Considerando que a UBS é a porta de entrada do usuário no SUS, o desenvolvimento de programas e políticas públicas de saúde vinculadas as UBS e associadas à prática de atividade física orientada por um Profissional de Educação Física, pode ser de grande valia no combate de algumas doenças ou até mesmo na redução ou controle de alguns fatores de risco que podem levar a morte repentina ou fazer com que o idoso utilize por mais tempo os serviços de saúde.

Sendo assim, conclui-se com este estudo que apesar de haver políticas nacionais de saúde que incentivam ações de prevenção e promoção da saúde, o enfoque dos gestores de saúde no município de Caçador-SC ainda está com maior atenção voltada para ações curativas. Isto se evidencia pelos profissionais que fazem parte das equipes das UBS pesquisadas neste estudo, que basicamente se resumem em médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dentistas.

Não se está aqui querendo dizer que estes profissionais atuam apenas com ações curativas, porém acredita-se que a inclusão e atuação de outros profissionais nas UBS podem contribuir para um melhor atendimento e conseqüentemente para voltar ainda mais o foco para prevenção e promoção de saúde.

Aproximar os serviços da população pode ser um caminho para incentivá-los à mudança de hábitos. Em se tratando de idosos, acredita-se que as políticas e programas públicos de saúde devem estimulá-los a se tornarem mais ativos à medida que vão envelhecendo, garantindo assim oportunidade para tal através de ações estruturadas e que visem a melhora da qualidade de vida destes.

Como foi possível comprovar com este estudo os profissionais da área da saúde que participaram desta pesquisa também acreditam que o Profissional de Educação Física seria muito importante no serviço público de saúde. Por isso, sugere-se que os gestores de saúde voltem seus olhos para a contratação de outros profissionais da área da saúde, como é o caso do Profissional de Educação Física,

que em uma atuação multiprofissional podem desenvolver ações que melhorem a qualidade de vida das pessoas, que as estimulem a mudarem seus hábitos nocivos à saúde e isto contribua para a diminuição dos gastos com saúde pública. Desta forma, a inserção e atuação do Profissional de Educação Física em Políticas Públicas para idosos nas UBS de Caçador-SC ainda é um desafio a ser consolidado.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. Disponível em:
<<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>> Acesso em: 15 nov. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais Saúde para Todos. **Eixo 1: Promoção da Saúde.** Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/pdf/mais_saude_direito_todos_2ed_p3.pdf>
Acesso em: 15 jul. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7) ISBN 978-85-334-1639-0 1. Promoção da saúde. 2. Qualidade de vida. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1 1. Serviços Básicos de Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Saúde Pública. I. Título. II. Série.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1487-7 1. Estrutura dos serviços. 2. Programas nacionais de saúde. 3. Saúde da família. I. Título. II. Série

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> Acesso em: 15 jul. de 2015.

CASTIEL, Luis David. O que é Saúde Pública? Biblioteca de Saúde Pública: **Fiocruz.** 2008. Disponível em:
<<http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107>> Acesso em: 14 jul. de 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Lei 8.080 de 19/09/1990.** Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm> Acesso em: 14 jul. de 2015.

DALPIZ, Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. **Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas**. 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf> Acesso em: 15 jul. de 2015.

DINIZ, Janguê. **Os Desafios da saúde pública no Brasil**. Publicado em: 10/06/2014. Disponível em: <<http://www.joaquimnabuco.edu.br/artigo/exibir/cid/10/nid/619/fid/1>> Acesso em: 14 jul de 2015.

ENPS (Escola Nacional de Saúde Pública). **Histórico da Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude/>> Acesso em: 12 jul. de 2015.

FIGUEIREDO, Maria Almeida de; TONINI, Tereza (org.). **SUS E PSF para Enfermagem: Práticas para o Cuidado em Saúde Coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

FRANCHI, Mesquita Barros; MONTENEGRO, Renan Magalhães. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 18, núm. 3. Universidade de Fortaleza: Fortaleza, 2005

HISTÓRICO DA CRIAÇÃO DO SUS. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABovYAL/historico-criacao-sus>> Acesso em: 14 jul. de 2015.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. **Saúde Pública e envelhecimento**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 700-701, mai-jun, 2003.

MAIS SAÚDE: Direito de Todos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_diretrizes.pdf> Acesso em: 18 jul. de 2015.

MARIE, José Manidi; JEAN, Pierre Michel. **Atividade física para adultos com mais de 55 anos: Quadros clínicos e programas de exercícios**. 1ed. Barueri-SP: Manole, 2001.

MERZ, C.N.; FORRESTER, J.S. The secondary prevention of coronary heart disease. **American Journal of Medicine**: 1997, p. 573-580.

MINAYO, M. C. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência e Saúde Coletiva. 2000. Disponível em: <<http://colegiolumenriopardo.com.br/static/pdf/qualidade-de-vida-e-saude.pdf>>. Acesso em: 25 out. de 2015.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 5ed. rev. e atual. Londrina: Midiograf, 2010.

NERY, Maria Elena da Silva; VANZIN, Arlete Spencer. **Enfermagem em Saúde Pública: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade.** 2ed. Porto Alegre: Sagra: DC Luzzato, 1998.

NIEMANN, Davida C. **Exercício e Saúde: Como se prevenir de doenças usando exercício como seu medicamento.** 1ed. São Paulo-SP: Manole, 1999.

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php> Acesso em: 18 jul. de 2015.

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: Conceitos e Diretrizes. 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1383057504_NASF_set2013.pdf> Acesso em: 18 jul. de 2015.

PASCOAL, M.; DONATO, J. C. Aspectos psicofísicos e sócio-culturas da qualidade de vida. **Movimento & Percepção**, Espírito Santo de Pinhal, v. 5, n. 6, jan./jun. 2005.

PORTAL DA SAÚDE. **Histórico: do sanitarismo à municipalização.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>> Acesso em: 12 jul. de 2015

AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. **Saúde nas Américas**, 2007. Vol. 1. Cap. 4. Regional. p.314-405.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/ubs-unidade-basica-de-saude>> Acesso em: 17 jul. de 2015.

VIGILÂNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis>> Acesso em: 10 nov. de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Trad. Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, 60p.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário aplicado aos coordenadores das UBS

Questionário

1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

1.1 Endereço:

1.2 Responsável:

2 Número de bairros assistidos pela UBS:

3 Número de munícipes assistidos:

4 Número de idosos cadastrados na UBS:

5 Incidência de idosos acometidos por Diabetes (Tipo II) cadastrados na UBS:

6 Incidência de idosos hipertensos cadastrados na UBS:

7 Quais as ações e programas desenvolvidos para estes grupos de idosos (diabéticos, hipertensos) pela UBS como promoção de saúde?

8 Quais os profissionais da área da saúde que fazem parte da sua equipe?

9 Se não existe Profissional de Educação Física presente na equipe, levando em conta a Atenção Básica, você acredita que este poderia contribuir para melhorar o atendimento aos idosos e conseqüentemente a qualidade de vida dos mesmos?

() SIM

() NÃO

Por quê?

ANEXOS

Anexo A – TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Identificação do Projeto de Pesquisa	
Título do Projeto: INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAÇADOR/SC: UM DESAFIO A SER CONSOLIDADO	
Área do Conhecimento: CIÊNCIAS DA SAÚDE	
Curso: PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA	
Número de sujeitos no centro: 15	Número total de sujeitos: 15
Patrocinador da pesquisa:	
Instituição onde será realizado: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Nome dos pesquisadores e colaboradores:	

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

2. Identificação do Sujeito da Pesquisa	
Nome:	Data de nascimento:
Endereço:	
Telefone:	E-mail:

3. Identificação do Pesquisador Responsável	
Nome:	
Profissão:	N. do Registro no Conselho:
Endereço:	
Telefone:	E-mail:

1. O(s) **objetivo(s)** desta pesquisa é (são):

- OBJETIVO GERAL:

- Mostrar como a inserção e atuação do Profissional de Educação Física em políticas públicas de saúde podem contribuir na melhora da qualidade de vida de idosos cadastrados nas UBS do município de Caçador-SC.

- Objetivos Específicos:

- Levantar dados sobre a incidência de idosos cadastrados nas UBS e as doenças por eles apresentadas;
- Analisar a forma como programas de atividade física estão inseridos nas ações das UBS no município;
- Analisar a efetividade dos programas oferecidos pelas UBS para idosos;
- Identificar se o Profissional de Educação Física está inserido nas políticas públicas do município e até que ponto sua atuação, conforme os outros profissionais da área da saúde, pode contribuir para as ações visando a promoção da saúde.

2. O(s) **benefício(s)** esperado(s) é (são):

- Contribuir para a análise da efetividade de políticas públicas voltadas para atividade física e qualidade de vida dos idosos.

3. O(s) **desconforto(s)** e **risco(s)** esperado(s) é (são): ausentes

4. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a participação nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.

5. A participação no estudo não acarretará custos para você. Não será disponibilizado nenhuma compensação financeira adicional. No caso de você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, o pesquisador ficará como responsável.

6. A desistência não causará nenhum prejuízo à saúde e ao meu bem estar físico. Não virá interferir no atendimento, na assistência, no tratamento médico, etc.
7. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.
8. Poderei consultar o **pesquisador responsável** (acima identificado) ou o **CEP-UNIARP**, com endereço na Rua: Victor Baptista Adami, 800 - Centro, telefone (049) 3561-6200, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.
9. Tenho a garantia de tomar conhecimento, pessoalmente, do(s) resultado(s) parcial (is) e final (is) desta pesquisa.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

Caçador (SC), _____ de _____ de _____.

Sujeito da pesquisa

Pesquisador Responsável pelo Projeto

Testemunha:

Nome: