

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DANÇA
BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Suellen da Silva Morais

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS DO
BRASIL, DE GOIÁS E GOIÂNIA**

Goiânia
2017

Suellen da Silva Morais

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS DO
BRASIL, DE GOIÁS E GOIÂNIA**

Monografia apresentada à Faculdade de Educação Física e Dança da Universidade Federal de Goiás como requisito para finalização do curso de Educação Física Bacharelado.

Orientador: Prof. Dr. Tadeu João Ribeiro Baptista.

Goiânia
2017

Suellen da Silva Moraes

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS DO
BRASIL, DE GOIÁS E GOIÂNIA**

Goiânia, 17 de Novembro de 2017.

Ao meu avô Domingos Pires que sempre imaginei estar comemorando essa vitória ao meu lado, mas ele se foi na reta final da realização desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus por sempre me abençoar e ter me dado saúde e perseverança para continuar.

Aos meus pais que sem entender a dimensão do que é estudar e estar dentro de uma faculdade me apoiou e me deu todo o amor de sempre.

Agradeço ao meu irmão que sempre me incentivou a estudar e que sempre está disposto a abrir meus olhos para o pequeno grande mundo a nossa volta.

Ao meu noivo que independente de tudo sempre acreditou em mim e me deu todo o suporte necessário pra continuar nessa caminhada.

As amigas construídas nesses anos de faculdade que serão levadas para o resto da vida e para aquelas já construídas que sempre estiveram ao meu lado.

Aos professores que contribuíram em todos esses anos para o meu crescimento acadêmico e pessoal que levarei pra vida toda.

Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados.

Simone Du Beauvoir, 1976.

RESUMO

Estudos atuais apontam uma nova demanda demográfica e epidemiológica. A população de idosos no Brasil passou de 9,8% (2005) a 14,3% (2015) isso em apenas dez anos, segundo dados do IBGE a tendência é só aumentar. Essa nova demanda gera impactos não só na previdência social, mas também nos serviços de saúde, pois as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) acomete em sua maioria a população idosa e seus agravos são responsáveis por 72% das causas de morte no Brasil, tornando este um grave problema de saúde pública. Frente a essa realidade, aumento acelerado dessa população, e considerando que os fatores de risco para essas doenças citadas são modificáveis, o que tem sido feito para garantir os direitos dos idosos quanto à saúde em sua integralidade e qual o impacto da atividade física na saúde e qualidade de vida dessa população? Então o objetivo deste estudo é investigar sobre as políticas públicas de promoção da saúde do idoso, além de discutir sobre os programas e projetos de atividade física que são oferecidos para atender essa população de forma integral e reduzir a taxa de inatividade física, considerada um fator de risco para as DCNT. Para isso foi realizada uma análise documental a partir de documentos do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, como também legislações, sites, portarias e artigos científicos na base de dados Scielo. Depois desse aporte teórico foi feita uma pesquisa sobre as ações, programas e projetos oferecidos a esta população e concluímos que há medidas públicas que visam à promoção da saúde e cuidado com o idoso, porém com pouca abrangência, precária infraestrutura, baixo investimento e há um déficit na formação dos profissionais que priorize e englobe a atenção e cuidado necessário em todas suas dimensões e complexidades. E para os programas e ações serem apropriados e efetivos, há necessidade de mudança dessa administração fragmentada. Um exemplo se houvesse parcerias entre diferentes secretarias, órgãos competentes, instituições públicas e privadas, dos profissionais e da sociedade para planejar e discutir medidas que promovam de forma efetiva ações de atividade física e lazer a esta população, seria uma forma de atender de forma integral e mais abrangente esse público, considerando todas as limitações e possibilidades de cada esfera participante.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Idosos; Atividade Física; Saúde.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide etária absoluta do Brasil de 1980-1990.	16
Figura 2: Pirâmide etária absoluta do Brasil de 2000-2010.	17
Figura 3: Pirâmide etária absoluta do Brasil de 2020-2030.	17
Figura 4: Pirâmide etária absoluta do Brasil de 2040-2050.	18
Figura 5: Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis por sexo, Carment, Goiás.	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FPA	Fundação Perseu Abramo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE	Índice de Envelhecimento
LBA	Legião Brasileira de Assistência
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais de Assistência a Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAI	Programa de Atenção ao Idoso
PAPI	Projeto de Apoio a Saúde da Pessoa Idosa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. ENVELHECIMENTO, SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA	16
2.1 MARCOS HISTÓRICOS.....	23
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATIVIDADE FÍSICA E PRÁTICAS CORPORAIS EM ÂMBITO NACIONAL.....	32
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS REGIONAIS E DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA	34
3. PENSANDO A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO	41
4. REFERÊNCIAS	45

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Estatuto do Idoso (LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003), idoso é a pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos. O Censo Demográfico de 2017, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), revelou que idosos acima de 65 anos no Brasil, corresponde a 8,6% da população de um total de 207.949.854 habitantes. E a estimativa é que em 2030 essa porcentagem aumente para 13,44% do total da população (BRASIL, 2017).

O processo de envelhecimento é um marco na sociedade atual, observado em todos os continentes. Esse aumento da população idosa mundial é uma realidade que mudou o perfil demográfico também no Brasil, [...]“diferentemente do que aconteceu nos países desenvolvidos em que o envelhecimento deu-se lentamente, permitindo uma progressiva adaptação a nova realidade” (PEREZ, 2008, p. 30). Isso implica repensar os modos de viver, as medidas públicas e o papel social do idoso na sociedade aumentando sua autonomia e independência (BRASIL, 2010, p. 08).

No Brasil, essa mudança no padrão demográfico se inicia, mais lentamente, nos anos de 1940 e se acentua na década de 60 com a diminuição na taxa de fecundidade que acarretou na redução do crescimento populacional, bem como a redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida resulta no aumento da população idosa (VIRTUOSO, 2015, p. 522).

Uma pesquisa chamada Idosos no Brasil – Vivências, desafios e expectativas na terceira idade, realizada pela Fundação Perseu Abramo (FPA) e pelo SESC (Serviço Social do Comércio) afirma que 80% dos idosos e 90% dos não idosos não se assustam com o fato de morrer um dia, mas teme a dependência, perda de dignidade, a solidão e o sofrimento que pode anteceder a morte (NERI, 2009). Isso mostra que a velhice esconde vários paradigmas e preconceitos que devem ser trabalhados para reduzir a negatividade muitas vezes associada com essa fase da vida.

Essa mudança no perfil demográfico deu maior atenção às ações preventivas para evitar o aparecimento das doenças ou as sequelas e evitar ao máximo os efeitos incapacitantes (LEBRÃO; DUARTE, 2009).

As políticas públicas de saúde são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos em suas três esferas, com participação direta ou indireta, de entes públicos e privados. Que visam assegurar determinado direito de cidadania para vários grupos da sociedade ou para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico; Correspondem a direitos assegurados na Constituição Federal - Art. 196, de 5 de outubro de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (ANDRADE, 2016, p.1).

Na mesma pesquisa realizada pela FPA e SESC os idosos apontam que o que mais gostam de fazer no seu tempo livre é assistir televisão e ouvir rádio e quanto à atividade física a mais comum é a caminhada. Além de que 64% dos idosos entrevistados não sabem de grupos ou programas voltados pra essa faixa etária e outros relatam limitações financeiras e de saúde para realizar atividades fora de casa. Não cumprindo o artigo 20 do Estatuto do Idoso que garante ao idoso o direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer (SIQUEIRA, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde pelo Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2006, p. 12): “É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível”. Papaléo Netto (2006) fala que é evidente a presença da população idosa na sociedade e, por isso, demanda mais serviços especializados por parte de todas as instituições. Então investir na qualidade de vida na velhice é um desafio, mas em favor da saúde social e econômica da própria sociedade (NETTO, 2006 apud ALVES, 2010).

Na década de 50, a maioria da população brasileira era rural e seus principais problemas de saúde pública advinham da extrema pobreza e privação. Mas hoje, com a predominância da população urbana os maiores problemas de saúde pública são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (GOIÁS, 2012). De acordo com Malta (2010), além deste processo de transição epidemiológica houve o processo de transição nutricional que passou de prevalência de desnutrição para um alto nível de obesidade.

O envelhecimento tem como característica mudanças físicas, psicológicas e sociais. Como o declínio biológico, muitas vezes acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Socialmente este processo é fortemente vinculado a doenças e dependência, bem como, sentimento de abandono (BRASIL, 2010). Por isso, as estratégias necessárias de enfrentamento e prevenção são importantes

para propiciar o envelhecimento ativo, saudável e independente (ROCHA, 2013, p. 191).

O acesso aos bens e serviços de saúde é de suma importância para a atenção à saúde e para a população idosa usufruir daquilo que construiu ao longo da vida. E isso requer investimentos que priorizem a prevenção de doenças e manutenção da saúde para proporcionar qualidade de vida às pessoas em processo de envelhecimento (CAMACHO, 2010).

O custo para o sistema de saúde com a pessoa idosa tende a ser maior do que com pessoas de outras faixas etárias, pois o predomínio de doenças crônicas e suas complicações implicam em utilização frequente dos serviços de saúde (LIMA, 2010). Para Amaral e col (2004), os estudos atuais vêm mostrando que a atividade física é uma importante opção na prevenção de diversas doenças crônicas, então:

[...] diminuir o sedentarismo e promover estilos de vida mais saudáveis com a participação da atenção básica à saúde e seus profissionais pode representar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde populacional e nos custos elevados à gestão dos serviços (SIQUEIRA, 2008, p. 40).

Desse modo é um consenso presente na literatura dizer que atividade física regular e sistemática mantém a aptidão física e melhora o bem estar funcional, diminuindo a taxa de morbidade e mortalidade nessa fase da vida (ROSA, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde:

As políticas públicas de saúde têm o objetivo de assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa (BRASIL, 2010, p. 19).

As mudanças estruturais e funcionais decorrentes do envelhecimento associadas ao sedentarismo adianta o processo de declínio da capacidade funcional e isso acarreta o

desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, incapacidade física, cânceres e doenças cardiovasculares (BICALHO, 2010 apud ROCHA, 2013). Guiselline (2004) diz que a atividade física propicia uma vida mais saudável e melhora a qualidade de vida, pois, quando estamos inativos as articulações incham, a musculatura enfraquece, o aumento da gordura afeta o sistema circulatório, o coração perde a força e, conseqüentemente, estaremos mais expostos às doenças (GUISELLINE, 2004 apud BRUST, 2013).

A inatividade física é considerada um dos principais problemas de saúde pública e muito prevalente entre os idosos. Uma de suas causas é o avanço dos recursos tecnológicos, como por exemplo, o maior tempo livre é gasto em atividades sedentárias, como assistir televisão (BRASIL, 2006).

A atividade física para idosos proporciona benefícios como aumento da capacidade aeróbia, da força muscular, resistência, flexibilidade articular, equilíbrio e coordenação motora além do bem estar psicológico (SANTANA, 2009 apud ROCHA, 2013). Além de “[...] favorecer a interação social, melhora da auto eficácia (crença do indivíduo na sua capacidade de desempenho em atividades específicas)” (BENETTI, 2008 apud ROCHA, 2013, p. 194).

A população idosa está aumentando, mudando o padrão demográfico de forma acelerada e isso gera impactos, tanto na previdência, nas relações sociais e na saúde. Frente a essa realidade, o que tem sido feito para garantir os direitos dos idosos quanto à saúde em sua integralidade e qual o impacto da atividade física na saúde e qualidade de vida dessa população a partir dos documentos do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde?

Essa nova demanda demográfica e epidemiológica é uma realidade que atinge o sistema de saúde e por isso, há uma necessidade de investigar sobre as políticas públicas de saúde do idoso e quais medidas e serviços de atenção básica são oferecidos para atender a essa nova demanda. Além de compreender o papel da atividade física nesse processo de prevenção de doenças e aumento da qualidade de vida do idoso. Sendo esse o objetivo deste trabalho, identificar e discutir as políticas públicas de atividade física, esporte e lazer em abrangência nacional, estadual e municipal e o impacto destes programas na saúde do idoso.

O presente estudo se deu em forma de análise documental a partir de documentos do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás,

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, legislações e portarias relacionados aos direitos constituintes dos idosos e de Programas oferecidos à população. Também foi utilizada predominantemente a base de dados Scielo, após a busca ter sido refinada de acordo com a temática: saúde, idosos, políticas públicas e atividade física. Foi então realizada uma leitura exploratória e seletiva para identificar os estudos que melhor adequasse para a pesquisa de acordo com o título, resumo e palavras-chave no período de busca de 30 de Agosto de 2017 a 20 de Setembro de 2017. Em sua forma estrutural o trabalho foi dividido em capítulos, o primeiro é uma contextualização sobre a transição demográfica, aumento da população idosa na sociedade, saúde dos idosos, aumento das DCNT, importância de Políticas Públicas e os benefícios da atividade física. O segundo capítulo é um apanhado histórico sobre a conquista dos direitos e de espaço dessa população, até chegar na Política Nacional da Saúde do Idoso e no Estatuto do Idoso. Depois, no terceiro capítulo são identificados algumas ações e programas envolvendo a saúde do idoso em âmbito nacional e no quarto capítulo isso é exposto com alguns tipos e modelos de intervenções em âmbito regional do município de Goiânia. Finalizando com a discussão sobre as informações investigadas.

2. ENVELHECIMENTO, SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA

Lebrão e Duarte (2009) dizem que a velhice não se relaciona, necessariamente com a idade cronológica, mas sim com as condições de lidar com as questões do dia a dia, as motivações pessoais e capacidade para continuar em busca da realização de seus objetivos, conquistas pessoais e familiares.

Durante muitas décadas o Brasil possuía uma pirâmide etária com a base larga e o topo estreito, indicando a maioria da população de crianças e jovens. Hoje, essa pirâmide apresenta um equilíbrio com tendência ao alargamento do topo e por isso profissionais de diversas áreas se interessam em manter a capacidade funcional dos idosos. Veja figuras da pirâmide etária (1 a 4). Para Virtuoso (2015, p. 522): “A capacidade funcional reflete a condição do ser humano em manter-se independente nas atividades da vida diária (AVD)”. Como, por exemplo, tomar banho, levantar da cama, ir ao banheiro, vestir-se etc.

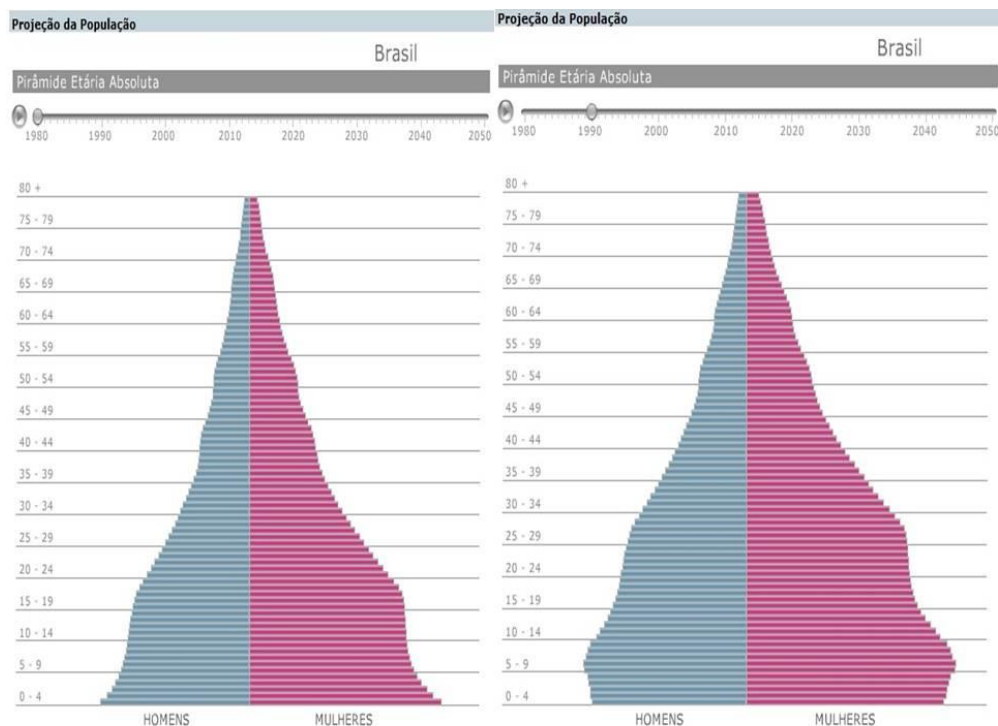


FIGURA 1: Pirâmide etária absoluta do Brasil de 1980-1990.

Fonte: IBGE, Projeção da População 2008.

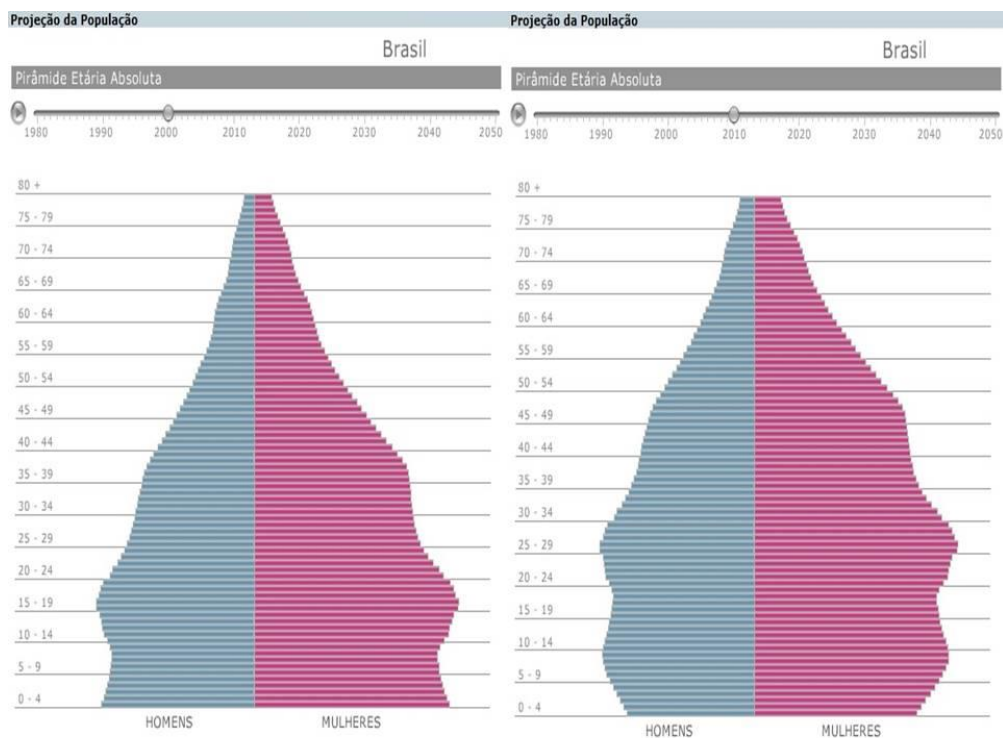


FIGURA 2: Pirâmide etária absoluta do Brasil de 2000-2010.
 Fonte: IBGE, Projeção da População 2008.

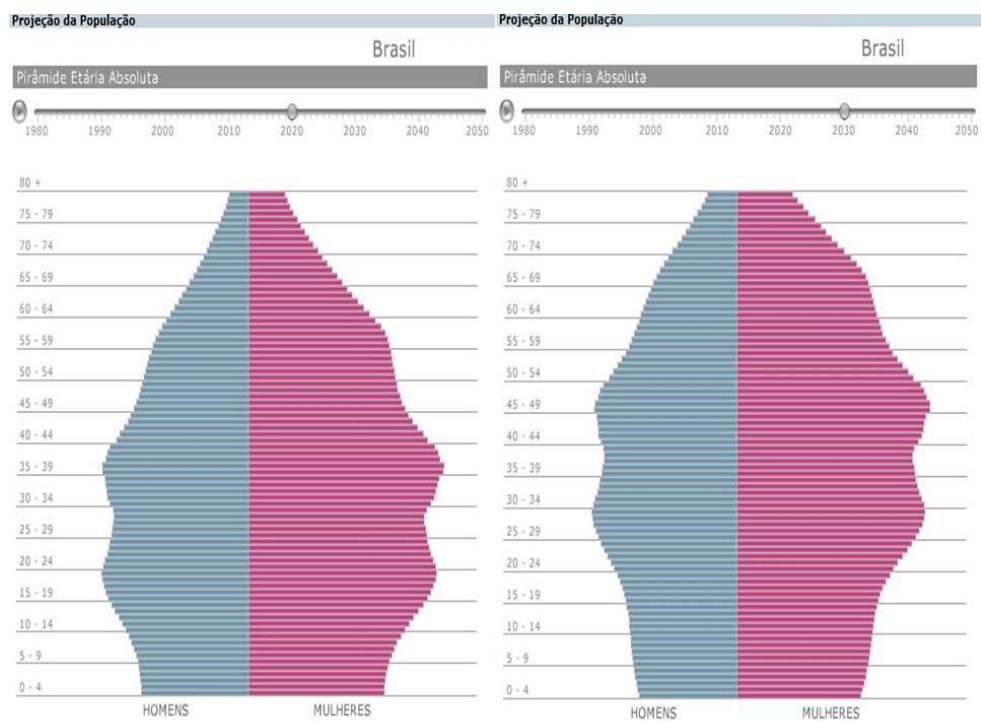


FIGURA 3: Pirâmide etária absoluta do Brasil de 2020-2030.
 Fonte: IBGE, Projeção da População 2008.

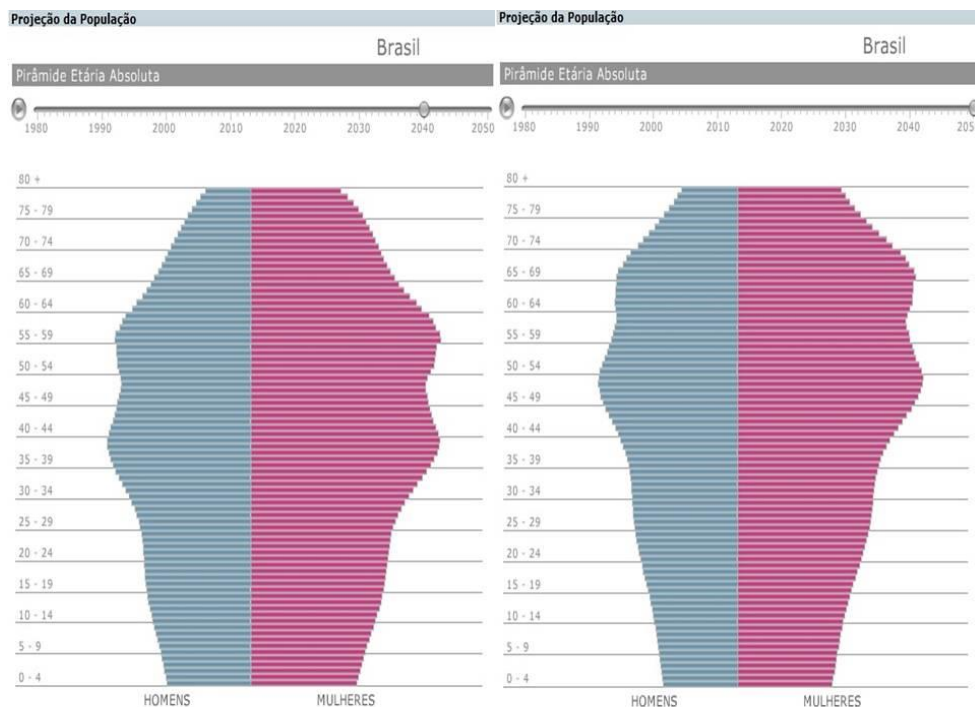


FIGURA 4: Pirâmide etária absoluta do Brasil de 2040-2050.
 Fonte: IBGE, Projeção da População 2008.

Com estas figuras é possível visualizar a transição demográfica tanto do sexo feminino quanto masculino ao longo de setenta anos, mostrando o processo de estreitamento da base, devido à diminuição da natalidade, e alargamento do topo influenciado também pelo aumento da expectativa de vida.

O Índice de envelhecimento (IE) é uma relação entre a população idosa e a população jovem que “[...] avalia o processo de ampliação do segmento idoso na população total em relação à variação relativa no grupo etário jovem”. Utiliza-se a razão entre o número de pessoas acima de 60 anos de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos em determinada área geográfica em determinado ano. E permite analisar e comparar os dados para discutir e formular ações de políticas públicas, sociais e de previdência social (CLOSS, 2012). Além de avaliar a tendência da dinâmica demográfica (DATASUS, 2008). Segundo o IBGE o IE no Brasil saltou de 10,49% em 1980 para 19,77% em 2000, esses dados revelam a velocidade do processo de envelhecimento da população Brasileira.

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015) recomenda mudanças significativas na maneira de se pensar políticas em saúde e na prestação desses serviços às populações que estão envelhecendo. E ressalta que o envelhecimento saudável não é apenas ausência de doença, promover a manutenção da habilidade funcional é mais importante. Para isso, é necessária uma “[...] transformação dos sistemas de saúde para substituir os modelos curativos baseados na doença, pela prestação de atenção integrada centrada nas pessoas [...]” (OMS, 2015, p. 25).

A Promoção de saúde evolui de uma abordagem que objetivava transformar os comportamentos dos indivíduos ou seu estilo de vida para uma abordagem ampliada em que saúde é o resultado da soma de vários fatores como saneamento, emprego e renda, habitação adequada, acesso à boa educação e boa alimentação (FERNANDES, 2012).

A Saúde é um fator determinante para o aumento da longevidade (OMS, 2015). Além de exercer um forte impacto sobre a qualidade de vida (BRASIL, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde a relativa melhoria ao acesso da população a alguns serviços de saúde se associam ao aumento da expectativa de vida, como: campanhas de vacinação, avanços tecnológicos da medicina, aumento do número de atendimentos pré-natais, acompanhamento do recém-nascido, incentivo ao aleitamento materno, aumento do nível de escolaridade da população, melhora na infraestrutura de saneamento básico e mudança na percepção dos indivíduos com relação às enfermidades (BRASIL, 2006).

O custo de serviços de saúde gasto com idosos é muito alto em todo o mundo. Dados brasileiros apontam que a partir de 5^o década de vida a taxa de internação hospitalar aumenta progressivamente e a partir dos 80 anos de idade esse valor quadriplica. O impacto de uma internação é negativo sobre a saúde do idoso, resultando em perda drástica da capacidade funcional e fragilização (PEREZ, 2008). A fragilização é um processo do envelhecimento, estima-se que 10 a 25% da população idosa é frágil e por mais que ainda não se tem um conceito formulado, sabe-se que:

A fragilidade é um estado de vulnerabilidade relacionada à idade, a uma baixa reserva homeostática e a reduzida capacidade de responder a diferentes tipos de estresses, resultando em um risco aumentado de eventos adversos para o idoso. [...] As alterações neuromusculares são centrais na síndrome de fragilidade e resultam em sarcopenia, distúrbio na regulação neuroendócrina e disfunção imunológica (PEREZ, 2008, p. 32).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2014) as DCNT são responsáveis por mais de 72% das causas de morte no Brasil. Especificamente doenças cerebrovasculares estão em primeiro lugar em mortalidade, tanto em idosos quanto a população em geral e doenças cardiovasculares ocupam o segundo lugar. Diferentemente do que acontece em países de alta renda, que se observam as doenças cardiovasculares como as que mais matam. Isso se dá pela alta prevalência de hipertensão arterial na população e o não tratamento ou tratamento inadequado dessa doença, considerando que este é o principal fator modificável de doenças cerebrovasculares (BRASIL, 2010). Esse grupo de doenças é caracterizado por longo período de latência, tempo de evolução prolongado, complicações e lesões que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito (LEBRÃO; DUARTE, 2009).

A OMS (Organização Mundial da Saúde) lançou uma Política de Saúde, em 2005, chamada Envelhecimento Ativo, termo bastante utilizado atualmente, com o objetivo aumentar a expectativa e qualidade de vida de forma saudável. A expectativa de vida saudável é sinônimo de “[...] tempo de vida que as pessoas podem esperar viver sem precisar de cuidados especiais” e qualidade de vida, nesse contexto, se refere à percepção que o indivíduo tem de sua vida quanto a suas expectativas, objetivos, sua posição na cultura que se insere, padrões e outros. E está fortemente associada à manutenção de sua autonomia (capacidade de tomar suas próprias decisões diariamente) e independência (capacidade de executar funções da vida diária, sem ajuda dos outros). Essa medida envolve políticas públicas que promovem modos de viver mais saudáveis e seguros, práticas de atividades físicas no dia a dia e no lazer, prevenção de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis, entre outros. O termo “ativo” se refere à participação contínua também nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis (OMS, 2005).

Essa e outras políticas de promoção de atividades físicas tem o objetivo de induzir a um estilo de vida ativo fisicamente, promover mudanças de comportamento dos indivíduos e na saúde destes, tanto no campo biológico, físico, funcional e também na saúde mental, considerando a interatividade social também proporcionada (BRUST, 2013).

Vários estudos comprovam a eficiência da atividade física na melhora da capacidade aeróbia, já que no envelhecimento há queda no desempenho, reservas cardíacas e no consumo máximo de oxigênio (KAUFFMAN, 2001 apud ROSA, 2006).

Dentre alguns, o estudo de Zago e Gobbi (2003) mostra que idosos sedentários que passam a praticar atividade física melhoram a capacidade aeróbia dos homens e das mulheres. Segundo a OMS (2005) manter essa vida ativa melhora a saúde mental por promover contatos sociais, e também reduz o índice de quedas que para os idosos tem consequências mais graves, como período de internação e reabilitação mais longos, maior risco de dependência e, às vezes, a morte. A flexibilidade é outro fator positivo decorrente da prática de atividades físicas, pois ajuda na realização de tarefas cotidianas, manutenção da postura, mobilidade e motricidade (DANTAS, 1999 apud ROSA, 2006).

Outro estudo aponta aumento da força muscular em idosos quando submetidas a treinamentos de alta ou baixa intensidade e que este primeiro melhora também a resistência, velocidade da marcha e a capacidade de subir e descer escadas (FIATARONE, 1994; CHANETTE, 1991 apud DALLA DÉA, 2009).

Em seu estudo sobre idosos Dalla Déa (2009) citou algumas alterações somáticas e morfofisiológicas que são relevantes para a elaboração de um programa de atividade física para a pessoa idosa, como:

- Perdas no domínio cognitivo e as disfunções físicas que contribuem para maior redução da independência do idoso;
- Deterioração da elasticidade e estabilidade dos músculos, tendões e ligamentos;
- A área transversal dos músculos torna-se menor pela atrofia muscular e a massa muscular diminui em proporção ao peso do corpo, o que leva a uma redução da força muscular;
- Observa-se também um prejuízo na flexibilidade ocasionada por degenerações e danos nas articulações;
- Declínio no consumo máximo do O₂ ou o VO₂ máximo;
- Alterações na função ventricular constatando uma redução na sístole ventricular e diminuição da elasticidade do miocárdio;
- Doenças crônico-degenerativas relacionadas com o envelhecimento, como: osteoporose, artrite, artrose, hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia.

Algumas dessas características se acentuam com o avançar da idade por causa da baixa prática de atividades neuromuscular que podem gerar outras condições debilitantes.

Porém, para alcançar esses objetivos, a atividade física deve ser realizada com a intensidade, duração e frequência adequada (mínimo de 30 minutos, 3 vezes na

semana), respeitando os limites e a individualidade dos participantes, para assim alcançar as adaptações fisiológicas necessárias para manter uma vida saudável. Para isso, reconheceram a necessidade de ter um profissional de Educação Física compondo a equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) para complementar as medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde, pela resolução CNS nº218 de 06/03/1997. Cabe a este avaliar, prescrever, orientar, acompanhar as atividades físicas, participar das equipes multidisciplinares e interdisciplinares para elaborar informes técnicos e científicos (BRASIL, 1998 apud BRUST et al, 2013).

Um estudo realizado por Siqueira (2008) na região Sul e Nordeste do Brasil conclui que os níveis de sedentarismo, de indivíduos que habitam em áreas que abrangem as unidades básicas de saúde, são elevados. E por mais que essas pessoas saibam da importância da atividade física, a prescrição pelos profissionais ainda é insuficiente para obter mudanças na atitude das pessoas. Então as unidades básicas não estão atendendo essas necessidades relacionadas à prática de atividade física como promoção da saúde. Esse estudo sugere a necessidade de projetos e ações entre os profissionais e a população, além de investimento para reorganizar e qualificar o sistema para que haja promoção de saúde relacionada à atividade física e diminuição do sedentarismo.

Um instrumento fundamental para formular um diagnóstico, um prognóstico adequado que servirão como base para indicar tratamentos e cuidados a cada idoso é a Avaliação Funcional. Esta avaliação verifica sistematicamente o nível das doenças ou agravos que impossibilitam a autonomia e independência de desenvolver as atividades da vida diária, que permite um planejamento assistencial mais adequado (BRASIL, 2006).

Além das Políticas Públicas voltadas para saúde, há escassez de Políticas Públicas de lazer para idosos que se deparam com a nova fase da vida, da aposentadoria e não tem opções para ocupar o tempo livre como equipamentos de lazer, praças, centros comunitários, casas de cultura e outros (MORI, 2010). O que demonstra falta de ações intersetoriais.

2.1 MARCOS HISTÓRICOS

Em 1982 foi realizada a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (ONU) em Viena, que criou um Plano de Ação para sensibilizar os governos e as sociedades sobre a importância de criar políticas públicas para idosos, bem como, desenvolver estudos sobre os aspectos que envolvem o envelhecimento (FERNANDES, 2012).

Em Março de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, pela primeira vez aberta a sociedade, em que o relatório final serviu de base para uma política global que atenderia a população idosa (FERNANDES, 2012).

Até 1994 só existia medidas públicas destinadas a idosos carentes como: PAI (Programa de Assistência ao Idoso) que consistia na organização e implementação de grupos de convivência para idosos previdenciários, nos Postos de atendimento desse Instituto. O PAI foi transformado em PAPI (Projeto de Apoio a Pessoa Idosa), e este projeto visava maior participação dos idosos no meio social promovendo discussões sobre sua situação como cidadãos, reivindicações, seus direitos e a valorização destes dentro das comunidades. Observando a grande procura dos idosos nos grupos de convivência a LBA (Legião Brasileira de Assistência), fez uma parceria com entidades particulares e surgiu o Projeto CONVIVER em que pagavam um valor per capita e forneciam a assistência técnica para esses novos idosos que participavam desses grupos (RODRIGUES, 2001).

Então em 1988 a Constituição garantiu o direito universal e integral à saúde, como descrito em alguns artigos a seguir, e regulamentado através das Leis Orgânicas 8.080/90 com os Princípios e Diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) para assegurar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Além da Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS bem como nos recursos financeiros.

Na Constituição de 1988 vamos considerar aqui os artigos que regem sobre a saúde pública:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

O Princípio da Descentralização da Gestão e Políticas Públicas da Saúde distribuiu o poder e responsabilidade a nível nacional, estadual e municipal com objetivo de ter mais eficiência nas prestações de serviços, qualidade além da fiscalização e controle pela sociedade (FIOCRUZ, s.d.). Isso permitiu uma maior aproximação da realidade social, política e epidemiológica de cada região e a adequação a cada contexto.

A Lei Federal 8.080/90, em seu Art. 2º, reconhece a saúde como direito fundamental do ser humano, sendo do Estado o dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Em seguida, o Art. 5º estabelece os principais objetivos do SUS: (1) identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; (2) formular política de saúde; (3) promover, proteger e recuperar a saúde a partir de ações assistenciais e de atividades preventivas.

As Políticas de Saúde tem o objetivo de ajudar as pessoas a alcançar idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, contribuindo para o envelhecimento ativo e saudável. Mas é necessário considerar a saúde de forma ampliada, sendo “[...] necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável a esta população” (BRASIL, 2010 p.12). Este conceito foi formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, que diz:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho,

transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986, p. 4).

A Atenção Primária a Saúde (APS), proposta pela Alma-Ata em 1978, baseado na reforma sanitária atua como função central do sistema nacional de saúde que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação. Com duas características básicas de regionalização (distribuição em diversas áreas nacionais e identificar as necessidades de saúde de cada região) e integralidade (sem separar ações curativas e preventivas), esse modelo influenciou a criação de vários sistemas de saúde no mundo e hoje o SUS adota o termo Atenção Básica à Saúde (ABS). É regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e tem como ação prioritária a ESF (Estratégia Saúde da Família) (PIUVEZAM, 2016).

Em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, pela Lei 8.842/94 e regulamentada em 1996, pelo Decreto 1.948/96 assegurando direitos sociais aos idosos visando autonomia, integração, participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde pelo atendimento do SUS (BRASIL, 2010). Essa Lei se baseia em alguns princípios:

[...] assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, com a família, a sociedade e o Estado os responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade de forma geral e o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, bem como deve ser o principal agente e o destinatário das transformações indicadas por essa política. E, por fim, cabe aos poderes públicos e à sociedade em geral a aplicação dessa lei, considerando as diferenças econômicas e sociais, além das regionais (FERNANDES, 2012, p. 1497).

Essa lei cria os Conselhos de Direito do Idoso, atendimento domiciliar, entre outros, e implementa várias ações de políticas públicas em várias áreas como assistência, habitação, saúde, educação, cultura, lazer e previdência social (FALEIROS, 2009).

Também em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF) para reorientar e introduzir uma nova dinâmica dos serviços de saúde priorizando a humanização, estabelecendo vínculo com a comunidade (COSTA, 2009).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso em que os órgãos do Ministério da Saúde elaborem ou adequem seus planos, projetos e ações de acordo com as Diretrizes estabelecidas para a atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e a população idosa (BRASIL, 2010, p. 19), com as seguintes Diretrizes:

[...] promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde dos idosos, à reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, e o apoio aos estudos e pesquisas. E ainda, tem a finalidade de assegurar aos idosos sua permanência no meio e na sociedade em que vivem desempenhando suas atividades de modo independente (FERNANDES, 2012).

Em 2002 propuseram organizar e implantar Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002), utilizando a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) como base de gestão. Criaram critérios para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (MACHADO, 2010). E foi realizada a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Madrid – Plano Internacional do Envelhecimento fundamentado em três princípios: Participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; promoção da saúde e bem estar na velhice; e criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento (FERNANDES, 2012).

Em 2003 o Estatuto do Idoso (Lei nº10.741) é aprovado e marca o processo de garantia dos direitos da população idosa, e está sendo um importante instrumento de movimento social na área, adequando cada vez mais às políticas públicas a esse processo de redefinição da velhice. No artigo 3º, dispõe sobre as obrigações familiares e sociais com relação ao idoso. No artigo 4º, diz que é proibido qualquer tipo de discriminação, violência, negligência ou crueldade que atinja ou afronte os direitos do idoso, seja por ação seja por omissão, e, se isso acontecer, há punição prevista em lei. O artigo 9º do estatuto diz que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à

vida e à saúde; e junto com a família e a sociedade, garantir sua liberdade e dignidade. Além de outros direitos como educação, ao exercício da atividade profissional, à habitação. E quando houver violação dos direitos do idoso, cabe ao Ministério Público agir com várias formas de proteção. No artigo 10º são assegurados ao idoso, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, contidos na Constituição Federal e em leis, a liberdade, o respeito e a dignidade. No art. 15º é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe acesso universal e igualitário em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. O direito a educação, cultura, esporte, lazer e diversão, visando à participação e à inserção da pessoa idosa, estão descritos nos artigos 20 a 25. No total o Estatuto tem 118 artigos e contempla, além destes artigos, destacados sobre profissionalização, previdência e assistência social, garantia de moradia, transporte e suas prioridades.

Em 2004, a OMS lançou a Estratégia Global para Alimentação, Atividade física e Saúde como uma forma de promoção geral da saúde e prevenção das DCNT em todo o planeta (MORETTI, 2009). Com objetivo de reduzir os fatores de risco de doenças não transmissíveis associadas a uma alimentação pouco saudável e a falta de atividade física mediante uma ação de saúde pública essencial e medidas de promoção da saúde e prevenção da morbidade; promover a consciência e o conhecimento geral acerca da influência da alimentação saudável e da atividade física em saúde, assim como do potencial positivo das intervenções de prevenção; fomentar o estabelecimento, o fortalecimento e a aplicação de políticas e planos de ação mundial, regionais, nacionais e comunitários direcionados a melhorar a alimentação e aumentar a atividade física; respaldar as investigações sobre uma ampla variedade de esferas pertinentes, incluída a evolução das intervenções; e fortalecer os recursos humanos que necessitam nesta área para melhorar a saúde.

Em 2005 a OMS lança a Política de Saúde: Envelhecimento Ativo com a abordagem de reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e sua independência, participação, dignidade, assistência e auto realização. Deixando de ter um enfoque passivo baseado nas necessidades e passando a se orientar nos direitos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida social e política. Frisando que a atividade física é um dos fatores determinantes para manter um estilo de

vida saudável como reduzir o aparecimento de doenças crônicas e declínios funcionais (WHO, 2005 apud ROSA, 2006).

Pela primeira vez na história das Políticas Públicas no Brasil, a Saúde do Idoso aparece como prioridade no Pacto pela Vida pela Portaria/GM nº399, publicada em 22/02/2006 pelas Diretrizes do Pacto Pela Saúde. Todas as metas atendem em âmbito nacional, estadual, regional e municipal. São elas:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

O Pacto pela Saúde compreende um conjunto de reformas institucionais do SUS que tem o objetivo de promover inovações na gestão para aumentar a eficiência e qualidade no atendimento, e também redefinir as responsabilidades de cada gestor para atender as necessidades de saúde da população.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como objetivo a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionar medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim. De acordo com essa Política, a saúde do idoso se baseia na sua condição de autonomia e independência e não pela presença ou ausência de doença orgânica. Deve ser levada em consideração a condição funcional do idoso ao serem formuladas políticas para a saúde da população idosa levando em conta que há pessoas idosas mais independentes e outras mais frágeis e as ações devem ser aplicadas

de acordo com cada particularidade (BRASIL, 2010). Esse novo paradigma está embasado nas seguintes diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde;
- Divulgação e informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Um dos objetivos dessa política é tornar possível identificar e adequar o atendimento de acordo com cada situação.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, familiares e cuidadores. É um instrumento de cidadania com informações relevantes para acompanhar a saúde da população idosa, onde é registrado informações sobre as condições de saúde de cada idoso. Sendo possível: propiciar um acompanhamento periódico; reconhecer a população idosa cadastrada pela ESF (Estratégia Saúde da Família); mapear grupos e locais de maior risco; estabelecer critérios de risco para priorização de atendimento; auxiliar na identificação de idosos em processo de fragilização; sistematizar o cuidado e aprimorar o bem-estar individual e coletivo da população idosa. Além do Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa, Programa de Educação Permanente à Distância para os profissionais da rede de ABA, acolhimento, assistência farmacêutica, Atenção Diferenciada na Internação e Atenção domiciliar.

Com essa Política (PNSPI) o governo trouxe o atendimento à pessoa idosa, por meio da ESF para a rede de Atenção Básica, com o objetivo de garantir a atenção

integral dessa população idosa e através das medidas e ações promover autonomia e independência a esta este grupo (FERNANDES, 2010).

Além dos Princípios gerais da Atenção Básica a ESF deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- Atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- Ser um espaço de construção de cidadania.

Pode ser observado que os princípios que norteiam a ESF são os mesmos princípios gerais do SUS. Porém a ESF atua em territórios com características específicas então o planejamento e ações se adequam a cada região, direcionado aos problemas e necessidades de cada território.

Logo depois foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria nº648 de 28 de Março de 2006, que abrange a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (COSTA, 2009). Recentemente, essa política foi revisada e passa a ser vigente a PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 que aprova a PNAB estabelecendo as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica (AB) e Rede de Atenção a Saúde (RAS). Ampliando o número de equipes que recebem o apoio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e AB. A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território

definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017).

Em 2011 foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, com o intuito de desenvolver e implementar políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para prevenção e controle das DCNT e os fatores de risco relacionados, além de fortalecer os serviços de saúde, em dez anos. Dentre os fatores de risco modificáveis se encontra: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade. Suas diretrizes se baseiam em: vigilância; informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral. Neste Plano uma das principais ações, de atividade física no quesito promoção de saúde, foi a criação do Programa Academia da Saúde com a construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade física/práticas corporais, o lazer e modos de vida saudáveis em articulação com a Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011).

Um estudo de Benetti (2007) diz que envelhecer em países em desenvolvimento é bem diferente que envelhecer em países desenvolvidos, porque nestes, a situação econômica são mais favoráveis garantindo serviços que melhoram a qualidade de vida dos idosos. Enquanto que nos países em desenvolvimento há divergências entre a classe política quanto à criação de leis específicas para a população idosa, frente a problemas primários, como saúde, educação, trabalho que ainda não foram sanados.

Inicialmente os programas de atividade física, com o intuito de promover saúde, foram implantados para a população em geral. O primeiro a oferecer atividades físicas especificamente para idosos foi o SESC em 1977 em São Paulo, depois seguindo esse modelo foi a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) no Rio Grande do Sul e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1985. A partir disso, outras universidades, públicas e privadas, tiveram apoio de associações de bairros e prefeituras para oferecerem este serviço. Hoje, é observado que a maioria dos programas é de Universidades e também houve a implantação em 1993 do Programa de Saúde da Família (PSF) hoje denominado ESF, criado pelo Ministério da Saúde, o qual ajudou na assistência à pessoa idosa.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATIVIDADE FÍSICA E PRÁTICAS CORPORAIS EM ÂMBITO NACIONAL

Dentro das diferentes Políticas Públicas para os idosos, estão aquelas que têm como foco o uso de atividades físicas/práticas corporais, como o Agita São Paulo (1996) e o Programa Nacional de Educação e Saúde através da Atividade Física e do Esporte criado pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Educação Física e Desportos do Ministério da Educação em 1986 buscando: aumentar a prática desportiva e de atividades físicas pela população, além de conscientizá-los sobre a importância deste como fator de saúde; capacitar profissionais da área, em exercício físico e saúde; promover parcerias junto a universidades Federais e Estaduais para desenvolver programas de atividade física para a população, além de fornecer para estes e para os profissionais, materiais salientando a importância de manter uma vida ativa entre outras estratégias (MORETTI, 2009). De 1987 a 1988 esse Programa foi implantado em 14 Estados através de convênios com universidades públicas e a Secretaria de Educação Física e Esporte do MEC. Até a referida data, a coordenação geral do Programa está sediada na UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), e implantada em 27 Estados brasileiros (FERREIRA, 2005).

O Agita São Paulo foi desenvolvido pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafiscs) a pedido da Secretaria do Estado de São Paulo com o objetivo de promover saúde por meio da atividade física. Além de incrementar o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física e aumentar a interação destes. O Programa conta com o apoio do poder público, de várias instituições (governamentais e não governamentais), universidades e assessores científicos que se reúnem periodicamente para definir ações e estratégias anuais, na elaboração de material educativo e organização de eventos. Em 2001, o poder público federal ampliou essas estratégias de promoção de saúde a nível nacional, ficando conhecido como “Programa Nacional de Promoção de Atividade Física – Agita Brasil”, com o objetivo de divulgar informações sobre os benefícios da atividade física, envolver e enfatizar a população quanto à importância da atividade física como um fator de proteção a saúde, incentivar a prática como hábito de vida, promover ações e atividades

para induzir as pessoas a adotar essa prática regularmente e desenvolver estudos para avaliar os impactos na qualidade de vida e no controle das DCNT (BRASIL, 2001 apud FERREIRA, 2005). Esse Programa, apesar da dimensão, é muito criticado por autores da área da Educação Física por conta desse discurso que culpabiliza o indivíduo por sua condição de saúde e insere o sentido de descuido, displicência, irresponsabilidade, negligência e introduzem o estilo de vida ativo como um remédio para sanar os males da sociedade atual como sedentarismo, obesidade, hipertensão e DCNT. Além de persuadir o indivíduo que realizar apenas 30 minutos de atividade física diária faz a diferença e que esse tempo pode ainda ser fracionado ao longo do dia. O Agita São Paulo oferece “[...] atividade física para consumo rápido, uma espécie de “MacAtividade”, um produto que pode ser adaptado à rotina diária sem muitos transtornos, com ganho de tempo e satisfação garantida – um fast food da vida ativa”. São discursos e propagandas sutis que nos rodeiam com o intuito de dizer que somos o que desejamos ser e que nossa aparência é fruto de nossas escolhas, e que você precisa comprar a ideia mercadológica dos benefícios da vida ativa (FRAGA, 2006).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na rede de serviços. A função primordial do NASF é qualificar o cuidado, discutindo casos, construindo projetos, educando os profissionais e desenvolvendo políticas e ações específicas voltadas para a comunidade. E uma das estratégias essenciais é a construção de uma rede de cuidados. Dessa forma, as equipes criam espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo e a divisão de responsabilidades sob a coordenação do gestor local. No NASF, há profissionais de múltiplas áreas do conhecimento, atuando juntos para ampliar a abrangência das ações de atenção básica. A composição das equipes é definida pelos gestores municipais, que identificam as prioridades e necessidades locais e a disponibilidade de cada profissional das diversas ocupações (GOIÂNIA, 2012).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Academia da Saúde, pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, com o objetivo de promover práticas corporais, atividade física, educação em saúde e alimentação, além de contribuir para produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Implantando polos da Academia da Saúde que são espaços públicos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Em 2013, o Programa teve ajustes e passou a vigorar a

Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 de acordo com o conceito ampliado de saúde. Apesar do nome, este programa não se restringe apenas a atividades físicas, agora são estabelecidos oito eixos para desenvolvimento das atividades: práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudável, práticas integrativas e complementares, e planejamento e gestão. O Programa faz parte da estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014). De acordo com o site do Ministério da Saúde – Saúde Brasil (2017), em todo o território nacional já são mais de 2330 unidades concluídas sendo três tipos de polos: básica (com área ao ar livre, equipamentos para práticas corporais e atividades físicas e um coreto); intermediária (com área ao ar livre, equipamentos para práticas corporais e atividades físicas, coreto, banheiros e almoxarifado); e ampliada (com área ao ar livre, equipamentos para práticas corporais e atividades físicas, coreto, sala de vivência, estrutura de apoio e banheiros). Presente nas três modalidades, o espaço com equipamentos consiste em um ambiente ao ar livre possuem barra paralela, espaldar simples ou duplo, bancos, pranchas para abdominal, barra horizontal tripla e barras marinheiro.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS REGIONAIS E DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA

Dados da Secretaria de Estado da Saúde revela que o Estado de Goiás tem 6.778.831 habitantes e Goiânia 1.466.353.

A Secretaria de Cultura, Esportes e Lazer criou o Projeto Caminhando com Saúde na cidade de Goiânia em maio de 1993. Isso se deu pela necessidade de acompanhamento profissional dos usuários de espaços públicos que se exercitavam por conta própria. Inicialmente foi implantado no Jardim Zoológico e após um ano de avaliação o projeto foi se expandindo para atender a demanda de cada região. A equipe profissional contava com Professores de Educação Física, médicos e nutricionistas. Atendia a dois tipos de caminhantes, o eventual e o efetivo, a este primeiro era prestados informações e esclarecimentos sobre atividade física, bem como verificação

de pressão arterial, frequência cardíaca e outras formas de avaliação física. Ao caminhante efetivo com mais de 30 anos era exigido um atestado médico e os de menos idade era atendido pelo médico da equipe do programa, preenchia uma anamnese depois passava pela avaliação nutricional e então havia a prescrição individual da caminhada, como frequência semanal, duração e intensidade. Depois era agendada uma reavaliação física para mensurar a eficácia do programa. No ano de implementação foram atendidas 52.418 pessoas no total. Em 1997 a SEMEL (Secretaria Municipal de Esporte e Lazer) passou a administrar o Programa e em 2013 chegou a ser registrado cerca de 3 mil atendimentos por dia em 14 postos implementados na cidade (PARREIRA, 2014). Hoje, segundo o site da SEMEL, o atendimento acontece no período matutino, variavelmente das 6h30 às 9h30, e alguns locais no período noturno/fim de tarde das 17h às 20 horas. As atividades desenvolvidas são: Alongamento, ginástica localizada, ginástica laboral, orientação aos caminhantes, verificação de pressão arterial, entre outras atividades.

Em 1999 a Secretaria Estadual de Saúde participou do projeto CARMEN (Conjunto de Ações Para Redução Multifatorial de Doenças Não Transmissíveis), um estudo multicêntrico pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), para levantar dados das regiões de Goiás e a partir dos resultados implementar ações de promoção da saúde diminuindo alguns fatores de risco para as DCNT. Aplicaram esse questionário e realizaram diversos exames em 3084 habitantes da região leste de Goiânia e observaram uma maior prevalência do sedentarismo dentre os fatores de risco e maior prevalência entre o sexo feminino (71,3%) que o masculino (58,6%) (GOIÁS, 2012). Veja figura 5.

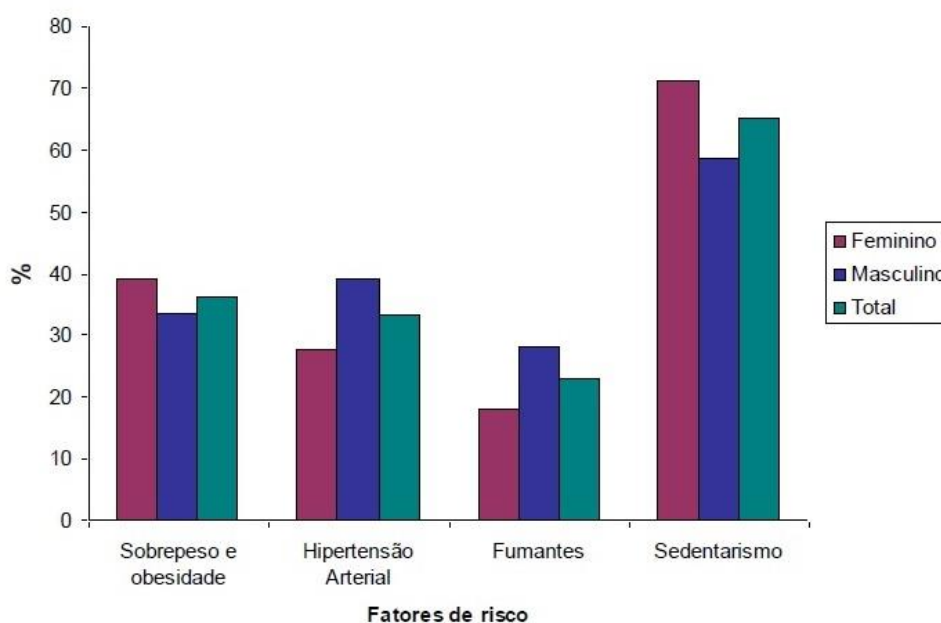


FIGURA 5: Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis por sexo, Carment, Goiás.

A partir destes dados, foram desenvolvidas estratégias de prevenção e redução dos níveis de sedentarismo como:

Promover a atividade física como prática habitual da população; desenvolver campanhas onde haja a divulgação da prática de atividade física associada à alimentação saudável; desenvolver programas de educação continuada para profissionais de saúde sobre orientações de métodos saudáveis para controle de peso corporal, entre elas a atividade física; realizar dois (2) eventos/ano de mobilização da população para combate ao sedentarismo nos municípios envolvidos; promover atividade física e hábitos alimentares saudáveis.

A partir dessas ações houve uma redução de 1,3% no nível de sedentarismo da população de 1999 a 2004 (GOIÁS, 2012, p. 37).

Em 2006 foi implantando o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas), com abrangência nacional, que investiga a frequência de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas e morbidade de adultos acima de 18 anos com linha fixa de telefone nas capitais do país. Assim o nível de atividade física da população goiana começou a ser analisado por meio de inquérito telefônico, abordando três dimensões: atividade física no tempo livre, atividade física suficiente no tempo livre e ou no deslocamento e inatividade física. A prática de, no mínimo, trinta

minutos de atividade física pelo menos cinco dias por semana, entre os adultos residentes das capitais do Brasil, passou de 14,8% em 2006 para 14,9% em 2010. Os homens, pessoas jovens e de maior escolaridade são os mais ativos. Em 2010, 14,2% dos adultos foram considerados inativos e 28,2% relataram assistir a três ou mais horas de televisão por dia (BRASIL, 2011).

O Programa Academia da Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) oferecem prática de exercícios regulares no SUS. De acordo com o site Saúde Brasil, em Goiás há 104 pólos da Academia da Saúde concluídos (BRASIL, 2017). As Unidades Básicas de Saúde oferecem atendimento básico em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia. São instaladas perto onde as pessoas moram, trabalham e vivem por isso é considerada a porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. De acordo com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), em Goiás há 322 obras concluídas de UBS (BRASIL, s.d.).

A discussão inicial da implementação do NASF em Goiânia começou em 2009, com o credenciamento das equipes. Em 2010, houve a aprovação pelo Ministério da Saúde, o processo seletivo e a convocação dos profissionais. Em 2011, depois de sancionada a lei, veio o lançamento no mês de junho. Seguindo os critérios para implantação do NASF preconizados pelo Ministério da Saúde, o distrito precisa ter mais de oito Equipes de Saúde da Família implantadas. No caso de Goiânia, o distrito sanitário escolhido, Noroeste, tem o maior número de equipes, com cobertura de aproximadamente 100% da região. Também é uma área socialmente prioritária, mais vulnerável e necessitada desse apoio. E a equipe é composta por assistentes sociais, professor de educação física, farmacêutico, pediatra, ginecologista, psiquiatra, nutricionista e psicólogo (GOIÂNIA, 2012).

O Centro de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (CRASPI) foi inaugurado no dia 26 de Junho de 2008 sua unidade fica em Goiânia, com a função de: promoção do envelhecimento ativo e saudável, prevenção de doenças, recuperação da saúde dos idosos que adoecem e reabilitação dos que tem sua funcionalidade comprometida. O CRASPI também contribui efetivamente na capacitação/ atualização dos profissionais da rede municipal de saúde e colabora com outras instituições de ensino na formação, especialização e pesquisa na área de saúde da pessoa idosa. A Unidade também desenvolve atividades para promover o envelhecimento ativo e

saudável, são elas: roda de conversa, grupo de memória, grupo de coral, grupo de flauta doce, grupo de iogaterapia, grupo de fuxico, grupo de abordagem intensiva ao fumante, grupo de atividade física, grupo cuidando do cuidado e grupo de fisioterapia.

O programa Vida Ativa foi criado pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SEMEL) em 1992, com o objetivo de incentivar a prática da atividade física e o convívio social em núcleos situados em diferentes regiões da cidade. Oferecendo aulas de alongamentos, ginástica, ginástica localizada, natação, hidroginástica, dança, treinamento funcional, jogos, ioga, grupos de caminhada e corrida. As atividades são voltadas para pessoas com mais de 40 anos, ministrados em núcleos estabelecidos em diversas regiões da cidade como: Clube do Povo no setor Alto do vale, Associação de moradores na Vila caiçara, Associação de moradores no Jardim Guanabara, Condomínio Obreiros da Paz - Setor Negrão de lima, UMAS – Setor Criméia Leste, Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família Lucas Faria de Souza – Setor Criméia Oeste, Programa Saúde da Família - Vila Canaã, Associação dos moradores do Jardim Vila boa, AIB – Associação dos Idosos do Brasil, Centro Esportivo Morada nova, Ginásio de Esportes do Parque Atheneu e Cais do Finsocial (Grupo Saúde da Família) (MACEDO, 2013).

O Centro de Convivência de Idosos Cândida de Moraes é voltado para o atendimento a pessoas com mais de 60 anos. O local visa à interação social, troca de experiências e valorização dos idosos. A unidade oferece atividades gratuitas como cozinha terapêutica, informática, dança, teatro, coral, teclado, oficina de beleza, roda de conversa e momentos lúdicos, sessão de cinema e atividades pedagógicas. O atendimento conta com equipe de pedagogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo. Os interessados devem se cadastrar para participar das atividades (GOIÁS, 2015).

Organizado pelo SESC Centro, o Grupo Social com Idosos Vida Plena promove a autonomia, resgate da autoestima e melhoria da qualidade de vida da terceira idade. O grupo oferece palestras, oficinas, dinâmicas, reflexões, visitas institucionais e minicursos, além de acompanhamento nutricional, atividades físicas com avaliação físico-funcional, rodas de conversa sobre saúde e curso de inclusão digital (CURTAMAIS, 2017).

A Organização das Voluntárias de Goiás (OVG) oferece o Centro de Convivência de Idosos Vila Vida que conta com 30 casas lares para atender pessoas da

terceira idade em situação de vulnerabilidade. Os moradores recebem atenção especial à saúde, atendimento psicológico, de enfermagem e serviço social. No Centro de Convivência, idosos da comunidade contam com atendimento odontológico e participam de diversas atividades gratuitas, como palestras, coral, oficina de beleza, hidroginástica, pilates, ginástica laboral, aula de dança de salão e coreografia, tardes dançantes e bailes. Há ainda um espaço para prática de trabalhos manuais que estimulam a capacidade produtiva e criativa dos idosos. Além de atender mensalmente cerca de 3 mil idosos da comunidade que, durante o dia, também participam destas atividades (GOIÁS, 2016.).

Há também o Centro de Convivência de Idosos Norte Ferroviário que oferece atividades gratuitas para pessoas com 60 anos de idade ou mais. É um espaço de socialização que valoriza a terceira idade, permitindo a troca de experiências e o exercício do corpo e da mente. A unidade oferece, gratuitamente, aulas de dança, coral, teatro e teclado, contação de histórias, pedagogia social, inclusão digital (noções de digitação, edição de texto e internet), atividades laborativas e reciclagem, oficina de beleza, treinamento funcional e pilates. O atendimento conta com equipe multidisciplinar, formada por pedagogo, assistente social, psicólogo e professor de educação física (GOIÁS, 2016).

Essas informações foram encontradas através do site da SEMEL, OVG, Portal da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e não foram encontrados dados atualizados ou informações sobre a efetividade ou não destes projetos e programas apresentados. Portanto, foi constatada uma carência de dados sobre a avaliação dessas ações e projetos, pois, além de se fazer necessário esse processo em qualquer Política Pública é de suma importância avaliar os resultados e se necessário fazer ajustes para alcançar seus objetivos, melhor atender a população e para aumentar seu alcance.

E como já mencionado, as Universidades oferecem muitos Projetos de Extensão de atividades físicas voltado especificamente para esse público. Como exemplo, a Universidade Estadual de Goiás, campus Eseffego em Goiânia, tem um Projeto chamado Universidade Aberta à terceira Idade (UNATI), que atende idosos acima de 60 anos desde 2009. Oferecendo atividades como yoga, pilates, dança, hidroginástica e musculação além de contribuir com a formação dos alunos do curso de Educação Física e Fisioterapia que estão envolvidos do projeto (UEG, s.d.).

Na Universidade Federal de Goiás (UFG) foi criado em 2014 o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Envelhecimento (NEPEV) por profissionais de diversas áreas, sendo apoiados por várias instituições e entidades, com o objetivo de incluir conteúdos de Geriatria e Gerontologia, apresentar projetos de extensão que aumentem o conhecimento e qualidade de vida das pessoas idosas em Goiás e aglutinar esforços e contribuir para o avanço do conhecimento nessa área. A coordenadora do Projeto, Vanessa Santana, professora de Educação Física informou que há cerca de 46 projetos de extensão na UFG envolvendo essa temática e isso mostra que é um movimento interdisciplinar e multiprofissional.

Estes são alguns modelos de programas, projetos e ações que são oferecidos, em sua maioria, aos idosos no Brasil.

3. PENSANDO A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO

“À desinformação e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade somam-se a precariedade de investimentos públicos [...] a falta de instalações adequadas, a carência de programas específicos e de recursos humanos” (LIMA, 2010 p.866).

Alguns fatores foram direcionados por idosos pela baixa taxa de atividade física, como: “[...] baixo nível socioeconômico; comprometimento funcional; presença de doenças; medo de ocorrência de lesão; falta de companhia; local e clima inadequados e ausência de infraestrutura” (RIBEIRO, 2016, p.484). Por isso cada município deve identificar quais fatores estão associados à inatividade física entre os idosos e, a partir disso, buscar políticas públicas de saúde locais, de acordo com os recursos e necessidades, pra incentivar a prática de atividade física para melhorar os hábitos de vida e combater um dos fatores de risco para as DCNT (RIBEIRO, 2016).

Assim como outro estudo, realizado por Rocha (2013), apontou que os hábitos sedentários estão atrelados à diminuição dos espaços disponíveis de lazer e atividade física, devido ao crescimento das cidades, além da violência urbana e elevadas horas de jornadas de trabalho. E revelou que mais de 80% dos idosos, de uma cidade do nordeste brasileiro, apresentam níveis insuficientes de atividade física no lazer. Um dado alarmante considerando que esta é uma medida de prevenção para diversas doenças e contribui para a melhora do bem estar. O autor incentiva a inclusão de atividade física na atenção primária, com programas de saúde e educação com objetivo de adotar um estilo de vida ativo, como também a construção de equipamentos de lazer (pistas de caminhada, piscinas, quadras poliesportivas), como medidas públicas eficazes para aumentar o nível de atividade física da população em geral e principalmente dos idosos.

A discussão sobre a situação dos idosos brasileiros engloba as angústias com a desvalorização das pensões e aposentadorias, com o abandono em hospitais ou asilos, medos e depressões. Bem como a falta de assistência e de atividades de lazer, falta de instalações adequadas, carência de programas específicos e de recursos humanos, tanto em quantidade e qualidade (PARAHYBA; SOMÕES, 2006 apud LIMA, 2010, p. 867).

Na pesquisa feita por Benetti (2007), a autora compara as políticas públicas de países da Europa com as existentes no Brasil e revela que não há significativa diferença em relação às aulas (exercícios) como tipo, frequência e duração. Seria uma espécie de consenso mundial quanto à prática necessária para promover saúde ao idoso. Isso mostra que a equipe técnica e as aulas ministradas estão em níveis adequados, o que falta é incentivo político para ampliar esses atendimentos a todos idosos brasileiros. Por fim, a autora sugere a construção de um sistema de rede que interliga programas e ações a diferentes secretarias e órgãos competentes para o planejamento também de atividades físicas com o objetivo único de manter uma vida ativa como sugere a ONU e a OMS.

As políticas e as leis para idosos são pensadas, discutidas e criadas, mas não cumpridas em sua maioria. Como também foi identificado que há problema com o processo de avaliação, depois da implementação dessas políticas públicas, e isso reflete na falta de dados e informações importante para determinar a efetividade e os benefícios dessas ações, programas e projetos.

Para que essas propostas se concretizem vários desafios precisam ser enfrentados, como escassez de equipes multiprofissionais, pensando na atenção básica, com conhecimento específico em envelhecimento e saúde do idoso, também há necessidade de estabelecer parcerias institucionais do SUS com suas respectivas áreas de abrangência ampliando seu conjunto de ações (BRASIL, 2010 p.27).

A política de saúde que o SUS instituiu ainda hoje enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações entre esses diferentes profissionais, como também fragmentação da rede assistencial, precária interação das equipes, burocratização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e formação dos profissionais de saúde longe do debate e da formulação da política pública de saúde (OLIVEIRA e col., 2006 apud LIMA, 2010).

Os profissionais envolvidos devem ser capacitados e especializados para cumprir com o objetivo de promover o envelhecimento saudável. Para isso é necessária a atuação nos campos de estágio durante o processo de formação profissional para uma adequada visão sobre este processo nos aspectos físicos, sociais e psicológicos. O futuro profissional da área de Educação Física deverá ser “[...] capaz de avaliar a capacidade funcional, prescrever exercícios, planejar aulas, formular e implantar programas de atividade física” (BENETTI, 2007 p.396).

Nos seus estudos Brust (2013) destaca a resolução CNS n°218 de 06/03/1997 que reconhece o Profissional de Educação Física como profissional da área da saúde e então deve estar inserido na atenção básica e nos hospitais. Mas que esse Profissional de Educação Física necessita de maior conhecimento para atuar na ESF (Equipe Saúde da Família) avaliando o estado funcional e morfológico do usuário, prescrevendo e orientando atividades físicas para pessoas “saudáveis” ou para grupos com alguma doença ou agravos; e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) sendo competente para:

“[...] coordenar, planejar, programar, supervisionar, dirigir, organizar, avaliar e executar trabalhos e programas, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos na área de atividades físicas e do desporto” (BRASIL, 1998, apud BRUST, 2013, p. 9).

Mesmo sabendo da importância do Professor de Educação Física para a população várias cidades não têm esse profissional nas equipes das ESF e outros nem conhecem a lei que regulamenta e reconhece essa atuação (BRUST, 2013).

A Declaração de Adelaide em 1988 fala sobre a importância de implementar nos currículos de instituições educacionais sobre a “nova saúde pública” em busca de “melhoras as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública” (FERNANDES, 2010, p. 374).

Moretti (2009) diz que deve ser pensada uma nova forma de gestão integrada e participativa que vai além dos três níveis de gestão municipal, estadual e federal; deve haver envolvimento das autoridades políticas e civis, das instituições públicas e privadas, dos empresários e trabalhadores agindo em conjunto e pensando na melhoria das condições de vida, trabalho e cultura num todo. E não uma gestão de forma fragmentada com inadequados recursos financeiros como ocorre atualmente.

Como citado anteriormente, muitas das ofertas de atividade física para idosos são oferecidas como projeto de extensão pelas Universidades, e isso vem sobrecarregando os professores universitários com essas atividades pela alta demanda dessa comunidade (BENETTI, 2007).

De acordo com Neri (2009), o envelhecimento saudável depende de investimentos sociais contínuos dirigidos aos cidadãos em todas as fases da vida, e não somente de investimentos individuais e esporádicos.

Foi observado que a quantidade dos serviços oferecidos à população idosa ainda não é suficiente para atender de forma eficiente a demanda atual. Que há muitos idosos que não tem acesso a esses serviços, e uma parcela nem sabe da existência desses programas. Quando pensamos na população total de idosos no Brasil, na população idosa de Goiás e na porcentagem que é de fato atendida e participa das ações dos programas de políticas públicas e promoção de saúde, notamos que se restringe a uma pequena parcela da população idosa, então há necessidade de aumentar essa abrangência para se alcançar resultados significativos quanto a melhora da qualidade de vida, diminuição do sedentarismo e da taxa das DCNT.

Quanto à qualidade destes serviços, é questionada a falta de investimento e infraestrutura destinados aos programas de saúde, esporte e lazer. Assim como há um déficit na formação dos profissionais envolvidos que nem sempre têm em suas grades curriculares matérias que priorizem e englobam a atenção e cuidado necessário à população idosa em todas suas dimensões e complexidades.

Para concluir, é importante retomar que as Políticas Públicas são necessárias para atender uma demanda, nesse caso, para diminuir a taxa de mortalidade e agravos das DCNT, proporcionar atenção e cuidado com o idoso de forma integral com práticas corporais e atividade física de saúde, esporte ou lazer. Através da diretriz do SUS de descentralização, é possível e necessário que cada região ou município adeque suas ações de atenção básica pensando em atender a comunidade conforme suas necessidades específicas. Também foi notado que não há dados atuais, dados de avaliação, que deve fazer parte do processo de implementação de uma política pública, que dê um aporte necessário para discutir a efetividade, as mudanças, benefícios e adesão da população.

Essas pertinentes observações sugerem que são necessários, além de investimentos na atenção básica para um maior alcance e melhor atendimento, projetos e ações estruturadas com a participação dos profissionais e da sociedade para juntos discutirem medidas que possam efetivamente diminuir o sedentarismo e melhoras a qualidade de vida das pessoas.

Todas essas informações e dados apresentados nos remetem a novas questões que devem ser refletidas e possivelmente incentivar novos estudos, como: Essas Políticas Públicas de atividade física e práticas corporais, destinadas a população idosa, são efetivas e suficientes para atender a demanda atual?

4. REFERÊNCIAS

ALVES, V.; VIANNA, L. Políticas públicas para a educação gerontológica na perspectiva da inserção social do idoso: desafios e possibilidades. **Revista Ensaio: Avaliação de Políticas Públicas em Educação**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 68, p. 489-510, jul./set. 2010.

ANDRADE, D. Políticas públicas: o que são e para que existem, 2016. Disponível em: <http://www.politize.com.br/politicas-publicas-o-que-sao/> Acesso em: 19 de Out. 2017.

BENEDETTI, T.R.B.; GONÇALVES, L.H.; MOTA, JÁ.P.S. Uma Proposta de Política Pública de Atividade Física para Idosos. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 387-98.

BRASIL. Governo do Brasil. **Pesquisa revela que 57,4 milhões de brasileiros têm doença crônica**. 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/pesquisa-revela-que-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-doenca-cronica>> Acesso em: 20 Out de 2017.

_____. IBGE. **Projeção da População**. Pirâmide etária absoluta. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm> Acesso em: 22 Set. 2017.

_____. IBGE. **Tendências Demográficas**. Razão de dependência das crianças e dos idosos e índice de envelhecimento, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação - 1980/2000. Rio de Janeiro. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/tabela17.shtm> Acesso em: 22 Set. 2017.

_____. Ministério da Saúde – FIOCRUZ. **Descentralização**. S.d. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>> Acesso em: 30 Set de 2017.

_____. Ministério da saúde 2010. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde 2006 v.12. Brasília, 1º ed.

_____. Ministério da Saúde. **Atividades físicas, alimentação saudável e práticas culturais em um só lugar**. Saúde Brasil. 2017. Disponível em: <http://saudebrasilportal.com.br/eu-queiro-me-exercitar-mais/destaques/1029-atividades-fisicas-alimentacao-saudavel-e-praticas-culturais-em-um-so-lugar>> Acesso em: 20 de Out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2013. 3. Edição, 2. Reimpressão.

_____. Ministério da Saúde. **Índice de Envelhecimento**. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Brasília, 2008. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/a15.pdf>> Acesso em: 22 Set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica n. 19.

_____. Ministério do Planejamento. **Unidades Básicas de Saúde-Goiás**. Programa de aceleração do crescimento - PAC. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude/go>> Acesso em 4 Nov. 2017.

BRUST, A.T. et al. Políticas Públicas: Projetos de Atividade Física e Saúde dos Municípios de Abrangência da Universidade de Cruz Alta. **Revista Dialogus**, v.2, nº1 p. 2316-4034. Ano 2013.

CAMACHO, A.C.L.F; COELHO, M.J. Políticas Públicas para a Saúde do Idoso: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 279-84.

CLOSS, V.E.; SCHWANKE, C.H.A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, p. 443-458, 2012.

COSTA, MF.B.N.A.; CIOSAK, S.I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, p.437-44, 2010.

CURTAMAIS. **Programas e endereços em Goiânia para a terceira idade**. 2016. Disponível em: <<http://www.curtamais.com.br/goiania/programas-e-enderecos-em-goiania-para-a-terceira-idade>> Acesso em: 22 Out de 2017.

DALLA DÉA, Vanessa Helena Santana. **Autoconceito e Capacidades Físicas de Idosos Depressivos e não Depressivos Participantes de um Programa de Atividade Física de longa duração**. 2009. 247. Tese (Doutorado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. In: NERI, Anita Liberalesso (Org). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009. p. 153-167.

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 46(6):1494-1502, 2012.

FERNANDES, W.R.; SIQUEIRA, V.H.F. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. **Revista Interface - Comunicação, Saude, Educação**, v.14, n.33, p.371-85, abr./jun. 2010.

FERREIRA, M.S.; NAJAR, A.L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.207-19, 2005.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da Informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**, Campinas, SP: Autores Associados, 2006.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Esporte e Lazer. **Programas**. Disponível em: <<http://www.goiania.go.gov.br/html/semel/index.htm>> Acesso em: 20 Out de 2017.

GOIÁS. Organização das Voluntárias de Goiás. **Centro de Convivência de Idosos Cândida de Moraes**. Goiás, 2016. Disponível em: <<http://www.ovg.org.br/post/ver/200827/centro-de-convivencia-de-idosos-candida-de-morais>> Acesso em: 20 Out de 2017.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Versão Preliminar: **Plano Estadual Intersetorial para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em Goiás (2013-2022)**. Goiânia, 2012.

_____. Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento. **Centro de Convivência de Idosos Norte Ferroviário**. Organização das Voluntárias de Goiás – OVG. Goiânia, 2016. Disponível em: <<http://www.ovg.org.br/post/ver/209792/centro-de-convivencia-de-idosos-norte-ferroviario>> Acesso em: 30 Out. 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) completa um ano. Goiânia, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/12/06/nasf.shtml>> Acesso em: 20 Out. 2017.

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Saúde e Independência. In: NERI, Anita Liberalesso (Org). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009. p.191-207.

LIMA, T.J.V. et al. Humanização na Atenção Saúde do Idoso. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.4, p.866-877, 2010.

MACEDO, B.T. A importância do lazer público na terceira idade: um estudo de caso nos parques de Goiânia, 2013.

MORETTI, A.C. et al. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.2, p.346-354, 2009.

MORI, G.; SILVA, L.F. Lazer na terceira idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida. **Revista Motriz**, Rio Claro, v.16 n.4 p.950-957, out./dez. 2010.

NERI, Anita Liberalesso. Atitudes e Preconceitos em Relação à Velhice. In: NERI, Anita Liberalesso (Org). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009. p.33-46.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Brasília, 2015.

PARREIRA, Fernanda Ramos. **Corpo marginal: o processo de inclusão social nas Políticas Públicas desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, no município de Goiânia, entre 1997 e 2013**. 2014. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

PEREZ, M. A população Idosa e o Uso dos Serviços de Saúde. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, Ano 7, p. 30-7, 2008.

PIUVEZAM, G. et al. Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa 34(1): 92-100, 2016.

RIBEIRO, A.Q. et al. Prevalência e fatores associados à inatividade física em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, p. 483-493, 2016.

ROCHA, S.V. et al. Fatores Associados à Atividade Física Insuficiente entre Idosos. **Revista Brasileira Medicina do Esporte**, Bahia Vol. 19, No 3 – Mai/Jun, 2013.

RODRIGUES, N.C. Política Nacional do Idoso - Retrospectiva Histórica. **Revista Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001.

ROSA, Michelle Flores. **Programa de Atividade Física para Idosos: Aptidão Física e Período de Interrupção**. 2006. Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura em Educação Física) - Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, UESC, Florianópolis, 2006.

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

SIQUEIRA, Maria Eliane Catunda. Velhice e Políticas Públicas. In: NERI, Anita Liberalesso (Org). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009. p.209-223.

UEG. Universidade Estadual de Goiás. **Programa da UEG leva saúde aos idosos de Goiânia.** Disponível em: < <http://www.comunicacao.ueg.br/referencia/6023>> Acesso em: 20 Out de 2017.

VIRTUOSO, J.S.J. et al. Prevalência de Incapacidade Funcional e Fatores Associados em Idosos. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 521-9.

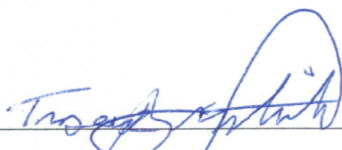
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DANÇA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA PARA
IDOSOS DO BRASIL, DE GOIÁS E GOIÂNIA**

Trabalho apresentado para obtenção de título de Bacharel em Educação Física pela Universidade Federal de Goiás sob orientação da Profª Tadeu João Ribeiro Baptista.

Este memorial foi revisado após a defesa em banca e está aprovado

Goiânia, 12 de dezembro de 2017



Prof/a. (orientador/a)

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS MONOGRAFIAS
ELETRÔNICAS REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DE MONOGRAFIAS DA UFG – RIUFG**

1. Identificação do material bibliográfico monografia:

[] Graduação [] Especialização

2. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso

Autor (a):	Suellen da Silva Moura
E-mail:	szusu08@hotmail.com
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim [] Não
Título:	Políticas Públicas de Saúde e Atividade Física para idosos no Sionil, de Goiás e Goiânia
Palavras-chave:	Políticas públicas; Idosos; Atividade física, saúde
Título em outra língua:	
Palavras-chave em outra língua:	
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	07/12/2017
Graduação/Curso Especialização:	Educação Física / Bacharel
Orientador (a)*:	Tadeu João Ribeiro Baptista

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO-EXCLUSIVA

O referido autor:

a) Declara que o documento em questão é seu trabalho original, e que detém prerrogativa de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento em questão contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal de Goiás os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento em questão.

Termo de autorização

Na qualidade de titular dos direitos do autor do conteúdo supracitado, autorizo a Biblioteca Central da Universidade Federal de Goiás a disponibilizar a obra, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional de Monografias da UFG (RI-UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data, sob as seguintes condições:

Permitir uso comercial de sua obra? Sim () Não

Permitir modificações em sua obra?

() Sim

() Sim, contanto que outros compartilhem pela mesma licença .

Não

A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.

Local e Data Goiânia, 12 de Dezembro de 2017.

Suellen da S. Moura

Assinatura do Autor e/ou Detentor dos Direitos Autorais