

VIVIANE APARECIDA IGLECIAS NOGUEIRA

**A ATIVIDADE FÍSICA EM USUÁRIOS ACIMA DE 60 ANOS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: nível, prática e aconselhamento.**

Dissertação apresentada a UNIFESP -
Universidade Federal de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre Profissional em
Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo

2017

VIVIANE APARECIDA IGLECIAS NOGUEIRA

**A ATIVIDADE FÍSICA EM USUÁRIOS ACIMA DE 60 ANOS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: nível, prática e aconselhamento.**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de São Paulo,
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre
Profissional em Ensino em Ciências
da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lélia
Cardamone Gouvêa.

SÃO PAULO
2017

Nogueira, Viviane Aparecida Iglecias

A atividade física em usuários acima de 60 anos de uma Unidade Básica de Saúde: nível, prática e aconselhamento.

/ Viviane Aparecida Iglecias Nogueira – São Paulo, 2017.

76 páginas.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Physical activity in users about 60 years of a basic health unit: level, practice and counseling.

1. Atividade Física. 2. Aconselhamento. 3. Idoso. 4. Saúde Pública.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE –
MODALIDADE PROFISSIONAL

Diretora do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior Em Saúde - CEDESS:
Profa. Dra. Lidia Ruiz-Moreno

Coordenadora do Curso:
Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit

Viviane Aparecida Iglecias Nogueira

A atividade física em usuários acima de 60 anos de uma Unidade Básica de Saúde: nível, prática e aconselhamento.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo *campus* São Paulo, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Aprovada em 29 de setembro de 2017.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Nildo Alves Batista.

Universidade Federal de São Paulo.

Prof. Dr. Douglas Roque Andrade.

Universidade de São Paulo.

Prof. Dr. Neil Ferreira Novo.

Universidade Santo Amaro.

Prof.^aDr.^a Yára Juliano (suplente).

Universidade Santo Amaro.

Prof.^aDr.^a Lélia Cardamone Gouvêa (Orientadora).

Universidade Federal de São Paulo.

Dedicatória

A minha mãe Vilma, ao meu pai Valdir e ao meu irmão Valmir, minhas inspirações para viver. E ao meu esposo Henrique, meu companheiro e à nossa melhor produção, André.

Agradecimentos

À DEUS, pela aprendizagem e paciência me conferida neste percurso.

A minha família e amigos, os de perto e os de longe, pelo amor, suporte, incentivo e confiança.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Lélia Cardamone Gouvêa, por aceitar trilhar esse caminho de áreas distintas, com apoio e paciência.

Aos professores, Dr. Neil Ferreira Novo e Dr^a. Yára Juliano, por oferecer toda a bagagem de suas práticas, pelo ensino e apoio na condução da análise estatística.

Ao Prof. Dr. Mathias Roberto Loch, pelas sugestões e disponibilidade em auxiliar na construção de minhas idéias.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo, pela oportunidade em conduzir esta pesquisa.

À UBS Rudge Ramos, principalmente a todos os Agentes Comunitários de Saúde, por me auxiliarem na organização dos sorteios dos idosos para aplicação dos questionários e acompanharem todas as visitas.

Aos idosos que responderam aos questionários, pela receptibilidade e acolhida durante a aplicação dos questionários, que me fizeram acreditar que valia a pena este esforço.

Não sei... se a vida é curta
ou longa demais para nós,
mas, sei que nada
do que vivemos tem sentido,
se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
o colo que acolhe,
o braço que envolve,
a palavra que conforta,
o silêncio que respeita,
a alegria que contagia,
a lágrima que corre,
o olhar que acaricia,
o desejo que sacia,
o amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não
seja nem curta, nem longa demais,
mas que seja intensa, verdadeira,
pura enquanto ela durar.

(Saber Viver - Cora Coralina)

RESUMO

O aumento da população idosa se tornou um desafio das políticas de saúde. Neste contexto, o objetivo desta pesquisa foi investigar na população acima de 60 anos, moradores da região e usuários da UBS (Unidade Básica de Saúde) Rudge Ramos, o nível e a prática de atividade física e se houve aconselhamento por profissional de saúde, bem como o motivo desses idosos para a prática. Este é um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Foram aplicados questionários em 190 indivíduos maiores de 60 anos, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, que recebiam visitas domiciliares e utilizavam consultas na UBS. Foram utilizados três questionários: 1 – Baseado na ficha de cadastro dos agentes comunitários de saúde, para caracterização da amostra; 2 – Questionário internacional de atividade física (IPAQ) – versão curta, para avaliação do nível de atividade física; e 3 – Identificação da prática que o usuário desenvolve e se recebeu de algum dos trabalhadores de saúde recomendação para a prática de atividade física. Para a análise estatística aplicou-se o teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher, com nível de significância de $p \leq 0,05$. Os resultados demonstraram que a amostra era composta, majoritariamente, de indivíduos do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 80 anos, com ensino fundamental, renda de 1 a 2 salários mínimos, a maioria não trabalha fora de casa, possuem um ou mais problemas de saúde, tem percepção positiva de sua saúde. Foram classificados como ativos fisicamente (48,9%), destes, a atividade mais praticada foi a caminhada em parques e ruas. E (98,5%) afirmaram que praticam atividade física motivados pela melhoria da sua saúde. Do total, (60,5%) relataram que receberam aconselhamento para a prática de atividade física de algum trabalhador da saúde da UBS e o profissional que mais os aconselhou foi o profissional médico em (64,5%). O papel positivo do aconselhamento à prática de atividade física foi demonstrado, pois no grupo ativo (67,4%) foram aconselhados contra (53,6%) do grupo insuficientemente ativo e/ou sedentário, e essa diferença encontrada entre os grupos foi significativa. Considera-se que, os resultados da presente pesquisa tenham demonstrado que o Nível de Atividade Física e o aconselhamento recebido pelos idosos foi superior aos descritos na literatura, mas está ainda aquém da expectativa, pois metade dos idosos que responderam ao questionário não atingiram as recomendações mínimas para que a prática de atividade física promova mudanças positivas na saúde. Cabe destacar, ainda, que os resultados desta pesquisa são delimitados a uma região específica, com pouca condição de generalização para demais UBSs mesmo dentro do mesmo município. O aconselhamento à atividade física pelos profissionais da equipe de saúde pode ter um papel positivo para a conscientização e melhoria da saúde da população idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade física. Aconselhamento. Idoso. Saúde pública.

ABSTRACT

The increase in the elderly population has become a challenge for health policies. In this context, the objective of this research was to investigate the level and practice of physical activity in the population above 60 years of age, residents of the region and users of the UBS (Basic Health Unit) Rudge Ramos, including whether there was professional guidance and the motive that led these seniors to its practice. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. Questionnaires were applied to 190 individuals older than 60 years, accompanied by the Family Health Strategy, who received home visits and had consultations at the UBS. Three questionnaires were used: 1 - Based on the record of the community health agents, to characterize the sample; 2 - International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - short version, to assess the level of physical activity; and 3 - Identification of the practice that the user develops and if they have received recommendation for the practice of physical activity from some of the health agents. For the statistical analysis, the chi-square test and the Fisher's exact test were used, with a significance level of $p \leq 0.05$. The results showed that the sample consisted mainly of female individuals aged between 60 and 80 years, with elementary education, income of 1 to 2 minimum wages, the majority do not have a formal job and have one or more problems, and have a positive perception of their health. They were classified as physically active (48.9%), the most practiced activity was walking in parks and streets. And (98.5%) stated that they practice physical activity motivated by the improvement of their health. Of the total, (60.5%) reported that they received counseling for the physical activity of some UBS health worker and the professional who advised them the most was the medical professional in (64.5%). The positive role of physical activity counseling was demonstrated, since in the active group (67.4%) they were advised against (53.6%) of the insufficiently active and / or sedentary group, and this difference found between the groups was significant. It is considered that the results of the present study have demonstrated that the level of physical activity and the counseling received by the elderly was superior to those described in the literature, but it is still less than expected, since half of the elderly responding to the questionnaire did not reach the recommendations physical activity to promote positive changes in health. It should also be noted that the results of this research are delimited to a specific region with little resources. We emphasize that physical activity counseling by health professional teams can play a positive role in raising awareness and improving the health of the elderly population.

KEY WORDS: Physical activity. Counseling. Elderly. Public health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** População de 60 anos e mais segundo sexo e nível de atividade física. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 22
- Tabela 2:** População de 60 anos e mais segundo prática regular e nível de atividade física. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 22
- Tabela 3:** População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por grupo etário. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016..... 23
- Tabela 4:** População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por escolaridade. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016..... 23
- Tabela 5:** População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por renda familiar em salários mínimos. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 24
- Tabela 6:** População de 60 anos e mais, segundo nível de atividade física e exercer ocupação fora do lar. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 24
- Tabela 7:** População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por situação no mercado de trabalho. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 25
- Tabela 8:** População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por possuir problema de saúde. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 25
- Tabela 9:** População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por doença referida. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 26

Tabela 10: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por autopercepção de saúde. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016 .. 26

Tabela 11: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por tipo de prática realizada. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.... 27

Tabela 12: População de 60 anos e mais, segundo nível de atividade física por local onde realiza a prática. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.
..... 28

Tabela 13: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por preocupação com a saúde. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.28

Tabela 14: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por prática sem prazer. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 29

Tabela 15: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por recebimento de aconselhamento em atividade física. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 29

Tabela 16: Aconselhamento ofertado população de 60 anos e mais segundo profissional que ofertou o aconselhamento em atividade física. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 30

Tabela 17: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por inclinação ao início da prática de atividade física a partir do aconselhamento em atividade física. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 31

Tabela 18: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por prática antes do aconselhamento em atividade física recebido. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016. 31

LISTA DE SIGLAS

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

CEDESS – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS/MS

VIGITEL - Vigilância de doenças crônicas por inquérito telefônico

OMS – Organização Mundial da Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ACS – Agente Comunitário de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SBC – São Bernardo do Campo

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

TCLE – Termo de Consentimento Livre-Esclarecido

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

NAF – Nível de Atividade Física

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
1. INTRODUÇÃO	3
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
2.1 Atividade física e doenças relacionadas à falta de atividade física na população idosa.....	7
2.2. Políticas Públicas de incentivo a prática de atividade física para a população idosa.....	9
2.3. Educação em saúde, educação permanente em saúde e aconselhamento em atividade física no SUS.....	12
3. OBJETIVOS	16
3.1. Objetivo Geral.....	16
3.2. Objetivos Específicos.....	16
4. METODOLOGIA.....	17
4.1. Tipo de Estudo.....	17
4.2. Cenário da Pesquisa.....	17
4.3. Sujeitos da pesquisa.....	19
4.4. Instrumento de Coleta de Dados	19
4.5. Aspectos Éticos	20
4.6. Análise dos Dados.....	20
4.7. Análise de Risco e Benefício	21
5. RESULTADOS	22
6. DISCUSSÃO	32
6.1. Nível de atividade física.....	32
6.2. Dados sociodemográficos.....	33
6.3. Problema de saúde e autopercepção de saúde	34
6.4. Local e prática de atividade física.....	34

6.5. Inclinação para início da prática de atividade física.....	35
6.6. Aconselhamento para a prática de atividade física.....	36
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES.....	49
APÊNDICE 1– Caracterização da amostra	50
APÊNDICE 2 - Questionário de prática e aconselhamento em atividade física.	51
APÊNDICE 3 – TCLE (Termo de consentimento livre-esclarecido).	53
ANEXOS	54
ANEXO A - Questionário internacional de atividade física	55
ANEXO B – APROVAÇÃO CÔMITE DE ÉTICA E PESQUISA UNIFESP.	57

APRESENTAÇÃO

Minha formação na área da saúde iniciou em 2004, no ingresso ao curso de licenciatura plena (Bacharel/Licenciatura) em Educação Física na Universidade Estadual de Londrina, Paraná. Motivada pelas questões da saúde e como cuidar do corpo físico dentro da totalidade, interfere na vida das pessoas.

À época, o conhecimento sobre a saúde coletiva não era muito presente no currículo, assim, vi na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na mesma Universidade, no ano de 2008, a possibilidade de conhecer a saúde pública e suas interações, e aplicar os conhecimentos da graduação nas atividades de campo em uma Unidade Básica de Saúde, junto a sua comunidade adstrita. Após a Residência, trabalhei e trabalho no Sistema Único de Saúde. Primeiramente, como integrante de uma Equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em Maringá/PR, por um ano, e, agora, estou há seis anos como apoiadora em Saúde no Município de São Bernardo do Campo/SP.

Faço a relação da função apoiadora que exerço com a necessidade de ampliar saberes, assim, o Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde veio contribuir para reflexão e aprimoramento da prática. O trabalho do apoiador envolve educação permanente em saúde, reorganização das práticas de saúde e implantação de novas políticas, por meio do apoio matricial, institucional e de rede. São equipes multiprofissionais, organizadas por território. Cada núcleo profissional contribui com os serviços de saúde de maneira geral, mas também dentro do seu saber específico. Eu, profissional de educação física dentro do território, fomento ações que desencadeiem, por exemplo, o aumento da atividade física, de forma indireta com o incentivo ao aconselhamento em atividade física por parte de todos os profissionais, identificação de locais para a prática, educação em saúde em grupos de usuários dentro das unidades, e, em menor proporção, grupos de prática.

Essa temática sobre o aconselhamento em atividade física para idosos, especialmente na Unidade Básica de Saúde escolhida, se fez importante

devido à concentração desta população neste bairro da cidade e a necessidade observada em os profissionais estarem mais atentos e apropriados para realizarem o aconselhamento em atividade física.

1. INTRODUÇÃO

Há um crescente aumento no número de idosos na população brasileira e isso se deve ao aumento da expectativa de vida. Progressivamente teremos um maior número de idosos em relação às outras faixas etárias, pois a taxa de natalidade vem caindo e isso reflete no processo de transição demográfica, realidade que os países desenvolvidos já vivenciam há mais tempo.

Nas últimas décadas vem tomando espaço na discussão das políticas de saúde no Brasil a necessidade de reorganizar sua oferta de cuidado frente à nova realidade (BRASIL, 2006a).

No Brasil, segundo o Estatuto do Idoso, instituído pela Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, idoso é o indivíduo com 60 anos ou mais (BRASIL, 2006). Segundo dados do DATASUS (2014), no Brasil, estima-se que haja 20.889.849 de idosos, 10,7% da população total, já no Estado de São Paulo esse número é aproximadamente de 4.841.080, 11,5% do total (BRASIL, 2017).

Com o aumento da população idosa, aumenta-se também a prevalência de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular encefálico, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças musculoesqueléticas (artrite-osteoporose), doenças mentais (principalmente demência e depressão) e diminuição da visão, e estas doenças acabam se transformando nas principais causas de incapacidade e mortalidade no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Assim, é fundamental que pesquisas sejam desenvolvidas no sentido de entender o processo de envelhecimento e quais são as condições favoráveis para um envelhecimento mais saudável e que os indivíduos idosos sejam mais autônomos, reduzindo ao máximo as condições que possam limitar suas atividades de vida diária.

O processo de envelhecimento biológico pode ser atenuado nas suas limitações progressivas, há evidências de que o exercício físico regular pode minimizar os efeitos deletérios de um estilo de vida inativo e aumentar a expectativa de vida, retardando o desenvolvimento e progressão de doenças e condições incapacitantes (ACSM, 2009).

Atividade física é tradicionalmente definida como todo movimento corporal que leve a um gasto energético acima dos níveis de repouso e exercício físico é uma subcategoria da atividade física, e é compreendida como toda prática de atividade física programada, estruturada, repetitiva e proposital (CASPERSEN, POWELL E CHRISTENSON, 1985). O Ministério da Saúde em suas diversas publicações (Política Nacional de Promoção à Saúde (2006c), Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (2011b), entre outros) que incentivam hábitos saudáveis, adota o termo práticas corporais e de atividade física para destacar o conjunto de práticas que inclui caminhada, dança, yoga, lian gong, entre outras. A presente pesquisa adotou o termo atividade física no sentido de incluir todas as manifestações, sejam práticas corporais, esportes ou caminhadas com fim de deslocamento.

Há uma distinção entre os termos adesão e aderência à atividade física. Não há aderência sem o processo anterior de adesão (TELLES *et al.*, 2016). Pode-se dizer, então, que adesão é o processo de iniciar algo, como a prática de atividade física, por exemplo, e aderência é a permanência nesta ação. Telles et al (2016) em seu estudo bibliográfico sobre adesão e aderência ao exercício, diz que a adesão parece ser mais difícil do que a aderência, entendendo que uma vez iniciado o exercício e se obtendo resultados, a aderência torna-se mais fácil.

Não há uma definição única sobre o termo “sedentarismo” e “inatividade física”. Dumith defendeu uma proposta para classificar o nível de atividade física, considerando atividades de intensidade moderada ou vigorosa, na soma dos minutos de prática por semana. Assim, 0 = inativo fisicamente, 1-149 minutos/semana = insuficientemente ativo, 150-299 = ativo e 300 ou mais = muito ativo (DUMITH, 2010). Esta proposta de classificação é compatível com a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que indica prática de no mínimo 150 minutos por semana para o indivíduo ser considerado ativo fisicamente (BRASIL, 2010).

A inatividade física é associada a diversas morbidades (VERAS, 2009; ZAGO, 2010). Dados da pesquisa de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) de 2016 encontraram que 45,1% da população brasileira é fisicamente inativa, considerando

atividades físicas de lazer e deslocamento. Esse número aumenta 71,2% na população com 65 anos e mais (BRASIL, 2016).

Na sociedade há a cultura de que a prática de atividade física traz inúmeros benefícios para a saúde e qualidade de vida para todas as faixas etárias. O posicionamento da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia destaca como benefício para a população idosa: aumento do VO₂ máximo, maiores benefícios circulatórios periféricos, aumento da massa muscular, melhor controle da glicemia, melhora o perfil lipídico, redução do peso corporal, melhor controle da pressão arterial de repouso, melhora da função pulmonar, melhora do equilíbrio e da marcha, menor dependência para realização de atividades diárias, melhora da autoestima e da autoconfiança e significativa melhora da qualidade de vida (NÓBREGA; FREITAS; OLIVEIRA, 1999).

O aconselhamento é definido pelo Dicionário Aurélio como “auxílio ou orientação concedidos, geralmente por um profissional, em determinada situação ou circunstância” (FERREIRA, 2017). O aconselhamento em atividade física, então, são orientações voltadas ao início ou manutenção da prática de atividade física de um indivíduo ou grupo. Já recomendação de atividade física é a quantidade mínima estimada para se obter ganhos para a saúde, como as propostas pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A recomendação para a prática de atividade física mínima para se obter ganhos para a saúde preconizada pela Organização Mundial da Saúde passou de 150 minutos de atividade aeróbia moderada dividida na maioria dos dias da semana para 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada durante a semana, ou pelo menos 75 minutos de atividade aeróbia de intensidade vigorosa ao longo da semana, ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e vigorosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Por fim, o idoso no Brasil necessita ser mais incentivado à prática de atividade física. O aconselhamento para a prática de atividade física deve ser realizado por todo profissional de saúde, no âmbito público ou privado, e fornecer subsídios que encorajem toda a população, em especial o idoso, a aderir a um estilo de vida ativo (SIQUEIRA et al., 2009).

Diante dos desafios que este cenário apresenta, emergem questionamentos que nortearam esta pesquisa: Os idosos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família da UBS Rudge Ramos receberam aconselhamento por parte de algum trabalhador de saúde para a prática de atividade física? Quantos destes idosos são ativos fisicamente? E qual o motivo que levou os idosos ativos fisicamente a prática de atividade física?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atividade física e doenças relacionadas à falta de atividade física na população idosa.

O processo de envelhecimento expõe aos indivíduos maior suscetibilidade ao desenvolvimento de doenças. Isto se dá pelo processo natural e com manutenção das necessidades básicas de vida (senescência) e, principalmente, pela associação a diversas doenças crônicas (senilidade), causadas por questões genéticas e hábitos de vida, dentre eles, o sedentarismo (BRASIL, 2016).

O envelhecimento a partir dos 60 anos de idade é acompanhado de alterações importantes, sendo as mais expressivas: diminuição de força muscular, resistência aeróbia, coordenação e acuidade visual, com aumento de ocorrências de doenças, sendo mais comuns as cardiovasculares, impactando em um aumento de custos para o sistema de saúde pública, devido ao aumento de hospitalização (ZAGO, 2010).

Essa diminuição funcional faz com que haja efeitos deletérios fisiológicos sistêmicos, bioquímicos e metabólicos, fazendo com que ocorra um efeito bola-de-neve, pois idosos sedentários possuem redução funcional e isso leva a menor motivação para a prática de atividade física, prejudicando ainda mais a funcionalidade (DESLANDES, 2013).

Ressalta-se que o processo de envelhecimento biológico gera imunossenescência, uma condição de desequilíbrio entre respostas inflamatórias e antiinflamatórias, o que faz com que haja inflamação crônica e debilidade imune, sendo que esta inflamação crônica afeta órgãos e tecidos, como fígado, pâncreas, tecido adiposo, músculo esquelético e hipotálamo, o que gera disfunções e doenças metabólicas e endócrinas (OISHI e MANABE, 2016).

Em geral, as doenças mais comuns associadas à inflamação crônica e o envelhecimento biológico são: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, síndrome metabólica, artrite reumatóide, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, distrofia muscular, osteoporose, demência senil, mal de

Alzheimer, mal de Parkinson, epilepsia, entre outras (PRASAD, SUNG e AGGARWAL, 2012).

Acrescido ao quadro de envelhecimento biológico acompanhado de inflamação crônica e doenças relacionadas, o sedentarismo ou mesmo a insuficiência de atividade física, é determinante para estes processos degenerativos (BOOTH, ROBERTS e LAYE, 2012). Os mesmos autores inferem que a prática de atividade física em suas diversas manifestações, de forma regular e suficiente, é uma importante estratégia de prevenção primária das diversas doenças.

Sendo a insulina um hormônio com funções metabólicas gerais, também age no cérebro, nos neurônios e células da glia, e participa em conjunto com outros fatores de crescimento neuronais (como o *brain-derived neurotrophic factor*) (SCHUH, et al., 2011), explicando o motivo de desordens metabólicas afetarem a saúde mental de idosos e até mesmo a ligação entre o perfil do humor e de dependência destes (RODRIGUES, et al.; 2015).

A prática de atividade física em suas diversas manifestações (exercício aeróbio, de força muscular, de flexibilidade, coordenativo, etc.) é importante para reverter o quadro clínico de idosos que possuem algum tipo de doença, por promover aumento de força e resistência muscular, melhora do funcionamento do aparelho locomotor, melhora no controle metabólico, na funcionalidade fisiológica e mental (NÓBREGA, et al., 1999).

A melhora na saúde mental em decorrência da prática de atividade física, se dá pelo fato desta prática servir de estímulo para diminuir a inflamação crônica previamente estabelecida em idosos, e com isso permitir uma modulação nas estruturas cerebrais, com melhora na cognição e na memória (JONASSON, et al., 2017; THIELEN, et al., 2016). Esta melhora pode estar associada com a redução de risco de quedas em idosos (RIMLAND, et al., 2016).

Madeira e Agostinho (2017), elaboraram um estudo que enfoca a necessidade de se tratar a atividade física como um medicamento, e coloca, principalmente, pensando na categoria médica, algumas barreiras, como: facilidade em prescrever um comprimido; dificuldade em realizar aconselhamento sobre o estilo de vida; os profissionais de saúde têm a responsabilidade de avaliar a atividade física AF nos seus pacientes, informá-

los do risco de estarem inativos e fornecer uma intervenção adequada para promover atividade física. Aqui não se trata de concordar com o discurso da medicalização da atividade física, mas sim, equiparar, ou até sobrepor, em importância dos tratamentos não farmacológicos com os farmacológicos.

Em um estudo de meta-epidemiologia, Naci e Ioannidis (2015) avaliaram 16 estudos de meta-análise, com um total de 305 experimentos controlados e 339274 participantes, em uma comparação entre a intervenção com medicamento e a intervenção com exercício físico na mortalidade. Após os testes estatísticos, os autores identificaram que o exercício físico e o medicamento geram resultados similares quanto à mortalidade de pacientes em diversas doenças.

2.2. Políticas Públicas de incentivo a prática de atividade física para a população idosa.

O sistema único de saúde (SUS) é uma política de estado, conquistada por meio de movimentos sociais, organizados a partir de 1970, movimentos nomeados de Reforma Sanitária, buscavam uma Saúde Pública universal, integral e equânime. Conceitos estes que vieram a se transformar nos princípios fundamentais desta política, promulgada na constituição federal de 1988 e implementada pela Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990, assim, o SUS é responsável por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Desde então, diversas políticas nacionais buscam concretizar esses princípios e servem de norteadores para estados e municípios. A atenção básica é o lócus de atendimento em saúde à população mais próxima. Seus fundamentos e princípios passam por possuir território adscrito, com planejamento de ação contextualizado com a realidade local, possibilitar acesso universal, adscrever os usuários, com estabelecimento de vínculo de confiança e cuidado longitudinal, ser a porta de entrada preferencial do sistema, responsável por coordenar as ações de saúde nos diversos pontos da rede, sem deixar de compreender que os usuários possuem outras formas de

entrar no sistema, como CAPS (centro de apoio psicossocial) e prontos socorros (BRASIL., 2012).

A ESF (Estratégia de Saúde da Família), que surgiu como programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1992 oficialmente, e, seguindo, em 1994, como Programa de Saúde da Família, que posteriormente, deixou de ser um programa e se transformou na estratégia prioritária de reorganização da atenção básica (BRASIL., 2012).

A Organização Mundial da Saúde traz o conceito de “envelhecimento ativo” como: “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 13).

O envelhecimento ativo é um termo adotado pela OMS desde o final dos anos 1990 e têm por objetivo aumentar a expectativa de vida de maneira saudável, para todas as pessoas inclusive as que demandam mais cuidados e serve de instrutivo para que governos organizem a oferta de serviços para a população idosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

No Brasil, a primeira Lei promulgada para a implantação de estratégias para as necessidades específicas dos idosos foi em 1994, com a Lei 8.842 que instituiu a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Em 2003 foi criado o Estatuto do Idoso que dispõe sobre a proteção do idoso e também sobre a manutenção de sua qualidade de vida e a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que prevê uma série dispositivos protetores (BRASIL, 2003).

Inúmeras iniciativas, políticas e programas do Ministério da Saúde foram criados para o incentivo de hábitos saudáveis, incluindo atividade física, dentre eles destaca-se: Caderno de Atenção Básica número 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL., 2006a), Política Nacional de Atenção Básica e a ESF (Estratégia de Saúde da Família) (BRASIL, 2006b), Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006c), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL., 2006d), o NASF, que foi a primeira estratégia a incluir o profissional de Educação Física nas equipes da ESF (BRASIL., 2008) e a Academia da Saúde (BRASIL, 2011).

Em maior ou menor grau, todas essas políticas e programas induzem os Estados e Municípios a organizarem ofertas de atividade física a sua população. O Caderno de Atenção Básica número 19 - Envelhecimento e

Saúde da Pessoa Idosa trazem recomendações gerais para a prática de atividade física para a pessoa idosa (BRASIL., 2006a). As demais políticas do SUS citadas recomendam programas de atividade física para população em geral, porém, nos serviços de saúde é comum observar a presença de um maior número de mulheres idosas participando destes programas, isso devido à maior adesão ao autocuidado em comparação aos homens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Uma revisão sistemática realizada por Becker, Gonçalves e Reis (2016), sintetizou as referências de programas de promoção da atividade física no SUS, de 2005 a 2015. Foram incluídos 17 artigos, e pelo tipo de intervenção foi observado que 47,05% (n=8) foram ações de promoção da AF e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis junto ao SUS, 47,05%, eram programas com equipe multiprofissional e 5,88% dos estudos relataram ações desenvolvidas na escola. Os autores concluem que a maioria dos estudos encontrados produziu dados descritivos ou resultados na atividade física ou qualidade de vida dos participantes, sendo escassas as informações sobre processo e impacto dos programas (BECKER, GONÇALVES E REIS, 2016), o que poderia incentivar implementações de programas em diferentes cenários.

Sobre a implantação do eixo práticas corporais e de atividade física da Política Nacional de Promoção da Saúde, Malta *et al* (2014) realizou uma descrição do ano 2006, quando foi lançada a política, até 2014, a partir de documentos e publicações relacionadas. O artigo avaliou os seguintes aspectos: 1) Fortalecimento da promoção da saúde no SUS; 2) Ações de mobilização social e divulgação; 3) Articulação intersetorial e parcerias; 4) Promoção da atividade física/práticas corporais no território, 5) Avaliação e monitoramento. Com destaque para a implantação do Programa Academia da Saúde, sugerindo sua ampliação para os próximos anos e das parcerias com outros setores públicos e também comunitários (MALTA *et al*, 2014).

2.3. Educação em saúde, educação permanente em saúde e aconselhamento em atividade física no SUS.

Souza e Jacobina (2009) em seu estudo sobre Educação em Saúde e suas versões na história brasileira, mostra os avanços estudos, teóricos e metodológicos neste campo, contudo, as práticas não acompanharam o ritmo de mudança.

Passa-se de um período higienista, do final do século XIX e início do século XX, em meio a surtos epidêmicos e ameaças da saúde da força de trabalho e a expansão das atividades capitalistas, no contexto a educação é controladora e ao de acordo com a teoria tradicional, para uma educação sanitária, que é a soma de tudo que modifica ou exerce influência nas atitudes de um indivíduo relacionado à saúde e dos processos necessários para se chegar a estas modificações, com base ainda na teoria tradicional da educação (SOUZA E JACOBINA, 2009).

A educação em saúde está fundada na idéia de se prevenir doenças a partir da eliminação de hábitos insalubres. O responsável pela doença é a própria vítima da doença, e o profissional de saúde sabe o que é “bom para a saúde” e deve fazer com que o individuo mude seus hábitos. Desta forma, não considera a influência social na determinação da doença, assim o individuo teria poder de controlar sua saúde e se o social não interfere entende-se que todas as pessoas vivam nas mesmas condições (OLIVEIRA, 2015).

O conceito de educação em saúde, em construção a partir da década de 60 do século passado, traz a intenção de transformar saberes existentes, e não apenas informar para a saúde. A educação objetiva a autonomia do sujeito pela compreensão da situação de saúde. A estratégia de ação é a comunicação dialógica, para que o indivíduo seja capaz de decidir sobre o que quer para seu cuidado em saúde. Neste contexto surge o Programa Saúde da Família, que depois passa a ser a estratégia prioritária para organização da atenção básica no Brasil, que tem como foco a prevenção e promoção da saúde (SOUZA E JACOBINA, 2009).

Vicente Valla (2014), em seu trabalho sobre a crise de interpretação em relação à educação em saúde, traz a questão da dificuldade em aceitar que as classes subalternas (conceito mais amplo do que apenas classe

trabalhadora) também produzem conhecimento, organizam e sistematizam pensamentos sobre a sociedade e saúde. E conclui que uma das coisas mais difíceis para os profissionais é entender e aceitar que essas classes possuem um conhecimento acumulado que explica sua realidade, e mesmo quando tentam se aproximar, toda sua formação preconceituosa faz com que sua relação seja mais de tutoria do que de mediação no sentido de construir novas possibilidades.

Neste contexto cabe destacar o conceito de promoção da saúde que sugere ações que relaciona fatores físicos, ambientais, culturais e socioeconômicos, para que os indivíduos tenham o poder de fazer escolhas mais saudáveis para suas vidas, assim, as opções mais saudáveis devem ser facilitadas, como coloca o autor “a essência da promoção da saúde é a escolha” (OLIVEIRA, 2015).

O modelo da educação em saúde se propõe a uma educação mais moderna, para tanto, o alvo é o incremento da consciência crítica das pessoas, numa perspectiva de trabalho grupal, pois entendem que o trabalho em grupo favorece trocas de experiências e idéias que potencializariam mudanças coletivas (OLIVEIRA, 2015).

Em oposição à abordagem tradicional, não se utiliza da persuasão das pessoas para mudanças de hábitos, embora os hábitos sejam também objetivados, mas pensa-se que indivíduos mais conscientes sejam capazes de fazer escolhas mais saudáveis para si e, principalmente, interferir coletivamente no ambiente para que essas escolhas sejam possíveis (OLIVEIRA, 2015).

Mesmo que as reflexões teóricas e metodológicas tenham avançado e passam a colocar o indivíduo ativo, autônomo e capaz de escolher o que deseja para si, assim pensado na Educação em Saúde, as práticas ainda estão muito distantes disto. Seja pela formação que não propiciou discussões necessárias neste sentido, seja na descrença no poder de todo e qualquer ser humano ser responsável pelas suas escolhas, e o saber técnico se sobrepõe ao saber popular.

O diálogo que se faz necessário entre a educação em saúde, que se apresentou até aqui, e a prática dos profissionais de saúde, passa pelo processo de formação. Seja ele formal, que com a necessidade de mudança

dos currículos de formação dos cursos da saúde, com a adoção de uma postura mais reflexiva e crítica frente à realidade social e em consonância com os princípios do SUS (BATISTA E BATISTA, 2014), e a Educação Permanente em Saúde, que tem como foco os profissionais em seu lócus de atuação.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde data de 2004 (BRASIL, 2004). Ela prevê, entre outras ações: a identificação das necessidades de formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, e construção de estratégias e processos que busquem qualificar tanto a atenção quanto a gestão; a proposição de políticas de formação orientadas pelas necessidades e princípios do SUS; e a articulação e estimulação da transformação das práticas de saúde e de educação em saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino (BRASIL, 2004).

Neste sentido, há um estreito diálogo entre a Educação em Saúde, pensada no sentido de autonomia dos sujeitos, e a Educação Permanente em Saúde, pensada no aperfeiçoamento das práticas dos trabalhadores de saúde, a fim de construir mudanças de práticas que permitam os sujeitos a serem ativos de seu processo saúde doença.

Nesta perspectiva, o aconselhamento é uma estratégia na qual o conhecimento com vistas a mudanças de hábitos em saúde é elaborado pelo usuário do sistema de saúde, conjuntamente com o profissional, proporcionando ao indivíduo melhores informações e recursos para sua construção e adoção de um modo de vida mais saudável (RODRIGUES, SOARES E BOOG, 2005).

O aconselhamento em atividade física é realizado por todo e qualquer profissional de saúde a uma pessoa ou grupo de pessoas, que pratique ou não atividade física, seja no seu tempo de lazer, ou em seus deslocamentos. É um termo bastante utilizado na área da saúde e muitas vezes confundido com prescrição de exercício físico, esta é uma atividade privativa do profissional de Educação Física devidamente registrado em Conselho de Classe específico (CONFEEF, 2002).

Siqueira et al. (2009) realizaram entrevistas com usuários em algumas regiões do país e identificaram que a prevalência de aconselhamento educativo à saúde, relacionado à atividade física, entre os indivíduos que utilizaram alguma vez na vida uma UBS foi de 28,9% entre os adultos e de 38,9% entre

os idosos. Esse dado é bastante interessante, visto que o local do estudo foi uma UBS, cuja vocação é a promoção à saúde e prevenção de agravos, e a atividade física é comprovadamente um poderoso recurso de promoção e prevenção à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Outro estudo, realizado por Lopes et al. (2014), que também investigou a prevalência de aconselhamento em atividade física por profissionais de saúde, por meio de entrevista com 1616 indivíduos, identificaram que o profissional que mais realiza o aconselhamento em relação à atividade física é o médico, em primeiro lugar com 69%, e por último, está o ACS (agente comunitário de saúde), com apenas 0,5%.

Em contribuição a estes achados em relação ao aconselhamento de atividade física em UBSs, alguns estudos elaboraram propostas de intervenções voltadas para a educação permanente em saúde (SÁ e FLORINDO, 2012; ANDRADE et al, 2012; GOMES, 2008), enfocando as atividades de formação e orientação a ACS e obtiveram melhor qualidade no aconselhamento deste profissional.

Um estudo realizado por Mendonça, Toled e Lopes (2015) sobre incentivo a prática de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde, que desenvolveu um processo de educação permanente em saúde focada no aconselhamento de hábitos saudáveis de forma geral, em profissionais de uma UBS, com aplicação questionário pré e pós-intervenção, concluiu que a intervenção propiciou um aumento do percentual de aconselhamento regular aos usuários, sobretudo, entre aqueles sem alguma doença e aponta caminhos para a ampliação da prática de aconselhamento pela inclusão da temática nas atividades de educação permanente dos serviços (MENDONÇA, TOLED E LOPES, 2015).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar na população acima de 60 anos, moradores da região e usuários da UBS (Unidade Básica de Saúde) Rudge Ramos, o nível e a prática de atividade física e aconselhamento em atividade física ofertado por algum profissional de saúde.

3.2. Objetivos Específicos

1. Avaliar o nível e a prática de atividade física em usuários acima de 60 anos da UBS Rudge Ramos;
2. Identificar os usuários que receberam de algum membro equipe de saúde aconselhamento para a prática de atividade física;
3. Conhecer o motivo para a prática de atividade física dos usuários acima de 60 anos da UBS Rudge Ramos.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Pesquisa quantitativa, transversal e descritiva.

Appolinário (2015), apesar de considerar polêmica a divisão entre pesquisa quantitativa e qualitativa de forma absoluta, prevê a pesquisa quantitativa como a mensuração de variáveis predeterminadas, na busca de identificar e explicar sua relação com outras variáveis, por meio de informações matematizáveis (APPOLINÁRIO, 2015).

Com relação à temporalidade, o mesmo autor define a pesquisa de corte transversal como aquela que avalia uma mesma variável em uma única mensuração, e a pesquisa descritiva se faz quando o pesquisador buscar descrever a realidade, sem nela intervir, apenas a partir da observação da realidade existente (APPOLINÁRIO, 2015).

4.2. Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de São Bernardo do Campo, estado de São Paulo. A cidade tem uma população de aproximadamente 800 mil habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017). A rede de saúde pública conta com trinta e quatro UBS, nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA), três policlínicas de atenção especializada, além de cinco Centros e Apoio Psicossocial (CAPS) e quatro hospitais públicos. A secretaria de saúde é organizada por nove territórios de saúde, cada território compreende uma UPA, de três a cinco UBS e demais serviços de base municipais de referência.

A pesquisa foi realizada na UBS Rudge Ramos, localizada no território dois, que corresponde a mais três UBS e uma UPA, com uma população aproximada de 90 mil habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017). A UBS Rudge Ramos é referência para uma população de 35 mil habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO

BERNARDO DO CAMPO, 2017) e os moradores que são acompanhados pela estratégia de Saúde da Família correspondem a aproximadamente 15 mil habitantes (levantamento realizado por meio das fichas de cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde em julho de 2016).

Esta UBS foi escolhida por conveniência, devido ser campo de trabalho da pesquisadora, e porque sua região é conhecida por residirem muitos idosos, por ser um bairro antigo na cidade. A população é caracterizada como classe média alta, que vem perdendo poder aquisitivo ao longo do tempo, assim, muitas pessoas migraram dos planos de saúde privados e se tornaram exclusivamente SUS, segundo dados empíricos dos profissionais de saúde desta UBS.

A UBS Rudge Ramos tem três equipes da estratégia saúde da família. O município de São Bernardo do Campo, devido às características do território e dos profissionais da rede, desenvolveu um modelo de estratégia de saúde da família ampliada, no qual as equipes são compostas por dois enfermeiros, quatro auxiliares ou técnicos de enfermagem, de oito a doze agentes comunitários de saúde e três médicos, um deles, generalista, e os outros dois variam entre pediatra, ginecologista e/ou clínico geral e as Equipes de Saúde Bucal (dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal).

Há, ainda, outros profissionais do NASF, como psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social e profissional de educação física. Nesta UBS específica, o profissional de educação física é o presente pesquisador, e compõe um projeto chamado “Apoiadores em Saúde”, que, para além das atividades comumente desempenhadas pelo NASF, utiliza-se do apoio matricial, institucional e de rede para fortalecer a política de saúde do município. Assim, atividades diretas com a população são mínimas, e as dirigidas às equipes de saúde ocupam quase a totalidade da agenda.

A população em geral possui casa própria, é aposentada, tem idosos acamados e restritos ao leito, muitos idosos são cuidadores de outros idosos, dentro da própria família ou como contratados.

Na região, os equipamentos disponíveis à prática de atividade física contam com dois parques que são muito utilizados pela população para a prática de atividade física. A Praça dos Meninos e o Parque Salvador Arena, ambos possuem, uma pista de caminhada com 400 metros de distância e uma

academia ao ar livre (AAL) com aparelhos, situados dentro da extensão dos parques. Nestas praças acontecem grupos de prática corporal, como Lian Gong, orientada por voluntários. Além disto, há um centro esportivo que oferece atividades gratuitas com supervisão de profissionais de educação física da Secretaria Municipal de Esportes e o projeto “de bem com a vida”, que é desenvolvido dentro da UBS Rudge Ramos, uma parceria entre as secretarias municipais de saúde e esporte, desde 2010.

Há também um clube particular, o “Meninos Futebol Clube”, que pela parceria com a secretaria municipal de esportes oferece algumas atividades gratuitas supervisionadas, desde 2010.

4.3. Sujeitos da pesquisa

4.3.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa indivíduos maiores de 60 anos, acompanhados pela ESF, que possuíam cadastro dos ACSs, recebiam visitas domiciliares e utilizavam consultas na UBS.

4.3.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os usuários acamados e que possuíam alguma patologia em que não pudessem responder por si (como Alzheimer e outras demências) e que não responderam completamente aos questionários.

4.4. Instrumento de Coleta de Dados

Para caracterização da amostra foi utilizado o questionário baseado na ficha de cadastro dos agentes comunitários de saúde (APÊNDICE 1).

O nível de atividade física dos usuários foi levantado por meio do Questionário internacional de atividade física (IPAQ) – versão curta (ANEXO A), validado no Brasil (MATSUDO et. al., 2001).

Para esta pesquisa foi desenvolvido um questionário, pela pesquisadora, com o objetivo de identificar qual prática o usuário desenvolve e se recebeu alguma recomendação para a prática de atividade física por algum dos trabalhadores de saúde da UBS Rudge Ramos (APÊNDICE 2).

4.4.1. Procedimentos para Coleta de Dados

A amostra não foi estratificada e o seu dimensionamento foi baseado no tempo previsto para coleta dos dados e na viabilidade da aplicação dos questionários. Considerando que foi possível realizar três a aplicação de três questionários por dia, em um período de 80 dias de coleta (quatro meses segundo o cronograma), foram aplicados 190 questionários. Levou-se em consideração a existência de 19 microáreas, e foram selecionados 10 indivíduos de cada. A seleção dos participantes da pesquisa foi aleatória por meio de sorteio a partir de uma listagem dos pacientes cadastrados que preencheram os critérios de inclusão. Quando o indivíduo sorteado não foi encontrado, optou-se pelo número subsequente, assim, sucessivamente.

O pesquisador foi pessoalmente, em visita domiciliar, aplicar os questionários, acompanhado do ACS da área, que neste dia alteraram seu itinerário para visitar apenas os idosos sorteados para o presente estudo. Os usuários responderam conforme suas atividades diárias. Foram preservados os princípios da ética mantendo o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

4.5. Aspectos Éticos

O presente projeto foi encaminhado à Secretária Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo/SP para obtenção da carta de anuência e então, enviado e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), devidamente cadastrado na Plataforma Brasil (ANEXO B).

Os sujeitos da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para autorizarem a aplicação do questionário e a posterior publicação dos resultados desta pesquisa (APÊNDICE 3).

4.6. Análise dos Dados

O nível de atividade física foi quantificado e agrupado, como propõe o IPAQ (MATSUDO et. al., 2001) em:

Muito ativo = indivíduos que cumpriram atividade vigorosa em cinco dias na semana, com 30 minutos por sessão, ou, atividade vigorosa em três dias, 20 minutos por sessão mais moderada ou caminhada por cinco dias na semana e 30 minutos por sessão;

Ativo = atividade vigorosa em três dias de uma semana e 20 minutos por sessão ou atividade moderada ou caminhada por cinco dias em uma semana, com duração de 30 minutos por sessão, ou, qualquer atividade somada durante cinco dias e 150 minutos em uma semana;

Irregularmente ativo A = atinge um dos dois critérios: frequência de cinco dias em uma semana ou duração de 150 minutos em uma semana;

Irregularmente ativo B = indivíduo que não atingiu nenhum dos critérios quanto à frequência e duração;

Sedentário = aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Para a análise estatística aplicou-se o teste de qui-quadrado (SIEGEL, 2006), com o objetivo de comparar os grupos ativo e insuficientemente ativo e/ou sedentário, em relação às frequências das características estudadas. Para o caso dos dois grupos serem comparados em relação a apenas duas características, aplicou-se o teste exato de Fisher (SIEGEL, 2006). O nível de significância foi fixado em 0,05 ou 5%.

Para apresentar os resultados sobre tipo e local de prática de atividade física e o profissional que mais realizou o aconselhamento em atividade física, utilizou-se a análise descritiva.

4.7. Análise de Risco e Benefício

Esta pesquisa teve risco mínimo aos envolvidos, uma vez que os indivíduos que aquiesceram foram inquiridos pelo questionário, sendo sempre preservado seu anonimato.

5. RESULTADOS

Foram aplicados 190 questionários, destes, 93 (48,9%), foram classificados como ativos fisicamente. Os resultados apresentados na tabela 1 mostram a distribuição do Nível de Atividade Física (NAF) da população estudada por sexo. Notam-se diferenças significantes entre os sexos, sendo o grupo feminino maior nos níveis insuficientemente ativo B e sedentários, e o grupo masculino maior no nível ativo.

Tabela 1: População de 60 anos e mais segundo sexo e nível de atividade física. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de atividade física	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Ativo	56	41,5	37	67,3
Insuficientemente ativo A	25	18,5	8	14,5
Insuficientemente ativo B	31	23,0	6	10,9
Sedentário	23	17,0	4	6,2
Total	135	100	55	100

$X^2=11,20$ ($p=0,0107$) *Diferença significativa.

Na tabela 2, os resultados demonstram similaridade entre os sexos no que diz respeito aos idosos que praticam algum tipo de atividade física em seu momento de lazer (prática de atividade física) e o Nível de Atividade Física encontrado, não houve diferença significativa entre os sexos. Ou seja, tanto homens quanto mulheres que reservam um tempo para praticar atividade física possuem níveis de atividade física similares. Já, como mostrou o resultado da tabela 1, os homens, de forma geral, incluindo atividade de deslocamento, são mais ativos que as mulheres.

Tabela 2: População de 60 anos e mais segundo prática regular e nível de atividade física. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Prática de atividade física Nível de atividade física	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Ativo	33	64,7	25	80,1
Insuficientemente ativo A	10	19,6	4	12,9
Insuficientemente ativo B	8	15,7	2	6,5
Total	51	100,0	31	100,0

$X^2=2,55$ ($p=0,2797$). Diferença não significativa.

A partir da tabela 3, optou-se pela apresentação dos resultados sem a separação por sexo, devido a esta diferença não ser objeto deste estudo e não ter apresentado, nas variáveis posteriores, diferenças significativas.

Conforme os resultados apresentados na tabela 3 é possível afirmar que faixa etária predominante no grupo ativo é de 60 a 80 anos, já no grupo insuficientemente ativo e/ou sedentário, de 60 a 70 anos. Houve diferença significativa entre os grupos.

Tabela 3: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por grupo etário. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de Atividade Física	Ativo		Insuficientemente ativo / sedentário	
	n	%	N	%
60 – 70	40	43,0	41	42,3
71 – 80	42	45,1	26	26,8
81 – e mais	11	11,8	30	30,9
Total	93	100	97	100

$X^2=12,50$ ($p=0,0019$). Diferença significativa.

Os resultados apresentados na tabela 4 mostram o nível de escolaridade na população estudada. Não houve diferença significativa entre os grupos ativo e insuficientemente ativo e/ou sedentário para o nível de escolaridade.

Tabela 4: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por escolaridade. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de Atividade Física	Ativo		Insuficientemente ativo / Sedentário	
	n	%	N	%
Escolaridade				
Analfabeto	1	1,1	3	3,1
Ensino Fundamental	57	61,3	65	67,0
Ensino Médio	25	26,9	21	21,6
Ensino Superior	10	10,7	8	8,2
Total	93	100	97	100

$X^2=2,01$ ($p=0,5701$). Diferença não significativa.

A pesquisa demonstra, conforme visualizado na tabela 5, que na população estudada, a renda familiar não foi um fator determinante. A análise

mostrou diferença não significativa entre os grupos. Sendo os valores similares entre os grupos, ativo e insuficientemente ativo/sedentário segundo a faixa de renda.

Tabela 5: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por renda familiar em salários mínimos. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de Atividade Física	Ativo		Insuficientemente ativo / Sedentário	
	n	%	n	%
Renda familiar				
1 a 2	62	66,6	65	67
3 a 4	25	26,7	27	27,8
5 e +	6	6,4	5	5,1
Total	93	100	97	100

$X^2=0,16$ ($p=0,9256$). Diferença não significativa.

Os resultados apresentados na tabela 6 demonstram a relação entre trabalhar fora de casa e nível de atividade física. Houve pela análise, diferença significativa entre os grupos. Do total de idosos ativos, 23,7% trabalham fora de casa, contra apenas 11,3% do total de indivíduos insuficientemente ativo e/ou sedentário.

Tabela 6: População de 60 anos e mais, segundo nível de atividade física e exercer ocupação fora do lar. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de atividade física	Sim n	Trabalha fora		Sim %
		Não n	Total n	
Ativo	22	71	93	23,7
Insuficientemente ativo / Sedentário	11	86	97	11,3

$X^2=5,02$ ($p=0,0251$). Diferença significativa.

A pesquisa mostra, conforme visto na tabela 7, que todos idosos inquiridos que ainda são ativos no mercado de trabalho, 6 (6,4%) são também ativos fisicamente. Contudo, para a categoria não ativos no mercado de

trabalho seja aposentado e pensionista ou não-aposentado, a proporção de ativos fisicamente, foi semelhante nos dois grupos.

Tabela 7: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por situação no mercado de trabalho. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de Atividade Física	Ativo		Insuficientemente ativos / Sedentário	
	n	%	n	%
Situação no mercado de trabalho				
Aposentado e pensionista	77	82,3	82	84,5
Ativa	6	6,4	0	0
Não-aposentado	10	10,7	15	15,5
Total	93	100	97	100

$X^2=7,08$ ($p=0,0291$) Diferença significativa.

Os resultados apresentados na tabela 8 trazem, que do total de indivíduos inquiridos, 83,9% do grupo ativo e 87,6% dos insuficientemente ativos e ou sedentários, afirmaram possuir um ou mais problemas de saúde, diferença não significativa entre os grupos pela análise estatística.

Tabela 8: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por possuir problema de saúde. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de atividade física	<u>Possui problema de saúde</u>			
	Sim N	Não n	Total n	Sim %
Ativo	78	15	93	83,9
Insuficientemente ativo / Sedentário	85	12	97	87,6

$X^2= 0,55$ ($p= 0,4583$). Diferença não significativa.

As doenças mais referidas pelos pacientes do grupo ativo foram 39,1% Hipertensão Arterial, 15,9% Diabetes Melitus, 15,2% Problemas Osteomusculares e 29,3% outras doenças, como mostra os resultados apresentados na tabela 9. Já o grupo insuficientemente ativo e/ou sedentário

obteve 37,2% Hipertensão Arterial, 14,9% Diabetes Melitus, 18,9% Problemas Osteomusculares e 29,0% outras doenças. Não houve diferença significativa entre os grupos segundo a análise estatística.

Tabela 9: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por doença referida. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de atividade física Doença referida	<u>Ativo</u>		<u>Insuficientemente ativo / sedentário</u>	
	n	%	n	%
Hipertensão Arterial	54	39,1	55	37,2
Diabetes Melitus	22	15,9	22	14,9
Problemas osteomusculares	21	15,2	28	18,9
Outros	41	29,7	43	29,0
Total	138	100	148	100

$X^2= 0,71$ ($p= 0,8713$). Diferença não significativa.

Os resultados apresentados na tabela 10 nos mostram a questão da auto percepção de saúde, onde 63,4% dos indivíduos ativos consideraram sua saúde positiva (excelente, muito boa ou boa) contra 50,5% dos indivíduos insuficientemente ativo e/ou sedentários. Também não houve diferença significativa entre os grupos estudados.

Tabela 10: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por auto percepção de saúde. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016

Nível de atividade física	<u>Auto percepção de saúde.</u>			
	+	-	Total	+
	n	n	n	%
Ativo	59	34	93	63,4
Insuficientemente ativos / Sedentário	49	48	97	50,5

$X^2= 3,23$ ($p= 0,0722$). Diferença não significativa.

Os resultados descritos na tabela 11 nos indicam as atividades mais praticadas pelos indivíduos que responderam aos questionários. Apenas os indivíduos classificados como ativo e insuficientemente ativo foram questionados. Nos dois grupos, ativo e insuficientemente ativo, a atividade

mais praticada é a caminhada, com 59,7% e 48,1%, respectivamente, seguido da hidroginástica (11,1%) e musculação (6,9%), no grupo ativo.

Tabela 11: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por tipo de prática realizada. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de atividade física	Ativo		Insuficientemente ativo	
	n	%	n	%
AAL	3	4,2	0	0
Alongamento	1	1,4	0	0
Caminhada	43	59,7	13	48,1
Corrida	1	1,4	0	0
Dança	0	0	2	7,4
De bem com a vida	2	2,8	2	7,4
Ginástica	3	4,2	1	3,7
Hidroginástica	8	11,1	2	7,4
Ioga	1	1,4	1	3,7
Musculação	5	6,9	2	7,4
Natação	3	4,2	2	7,4
Tai Chi Chuan	1	1,4	2	7,4
Vôlei	1	1,4	0	0
Total	72	100	27	100

Os resultados descritos na tabela 12 nos informam o local escolhido pelos idosos que responderam aos questionários para a prática da atividade física. Apenas os indivíduos que referiram praticar atividade física foram questionados. Os dois grupos, ativo e insuficientemente ativo, informaram que utilizam mais os parques e ruas para a prática, sendo 41,7% e 23,6%, respectivamente para o grupo ativo, e 44,0% e 16,0%, para o grupo insuficientemente ativo.

Tabela 12: População de 60 anos e mais, segundo nível de atividade física por local onde realiza a prática. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de atividade física	Ativo		Insuficientemente ativo	
	n	%	n	%
Academia	10	13,9	2	8,0
Casa	4	5,5	1	4,0
Clube	6	8,3	2	8,0
Condomínio	2	2,7	0	0,0
Igreja	0	0,0	1	4,0
Mercado	1	1,4	0	0,0
Parque	30	41,7	11	44,0
Rua	17	23,6	4	16,0
Teatro	0	0,0	1	4,0
UBS	2	2,7	2	8,0
Universidade	0	0,0	1	4,0
Total	72	100	25	100

Dos indivíduos que praticam atividade física e responderam sobre o motivo de sua prática, apenas um não respondeu ser por preocupação com a saúde, conforme apontam os resultados apresentados na tabela 13, no entanto, não encontramos diferença significativa entre os grupos, ativo e insuficientemente ativo.

Tabela 13: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por preocupação com a saúde. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de atividade física	<u>Prática por preocupação com a saúde</u>			
	Concordo	Discordo	Total	Concordo
	n	n	n	%
Ativo	57	1	58	98,3
Insuficientemente ativo	24	0	24	100,0
Total	81	1	82	98,8

Teste exato de Fisher $p=0,9999$. Diferença não significativa.

Os resultados apresentados na tabela 14 nos trazem a questão da prática de atividade física, por outro motivo, mas sem sentir prazer com essa prática. A predominância de respostas é no item discordo, ou seja, praticam atividade física porque sentem prazer com ela. Contudo, a concordância

(praticam atividade física, mas não sentem prazer com ela) do grupo ativo (31,0%) foi significativamente maior do que a observada no grupo insuficientemente ativo (8,3%).

Tabela 14: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por prática sem prazer. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de atividade física	<u>Prática sem prazer.</u>			
	Concordo n	Discordo n	Total n	Concordo %
Ativo	18	40	58	31,0
Insuficientemente ativo	2	22	24	8,3
Total	20	62	82	24,4

Teste exato de Fisher $p= 0,0457$. Diferença significativa.

Todos os indivíduos foram questionados se receberam ou não, algum tipo de aconselhamento para a prática de atividade física de algum trabalhador de saúde da UBS, cujo território foi alvo desta pesquisa,.

Como mostram os resultados apresentados na tabela 15, do total de idosos inquiridos, 115 (60,5%) responderam afirmativamente. O percentual de aconselhamento referido pelo grupo ativo (67,4%) foi significativamente maior do que o do grupo insuficientemente ativo e/ou sedentário (53,6%).

Tabela 15: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por recebimento de aconselhamento em atividade física. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de atividade física	<u>Recebeu aconselhamento.</u>			
	Sim n	Não n	Total n	Sim %
Ativo	63	30	93	67,4
Insuficientemente ativo / sedentário	52	45	97	53,6
Total	115	75	190	60,5

$X^2= 3,97$ ($p= 0,0463$). Diferença significativa.

Dentre os 115 idosos que responderam afirmativamente sobre ter recebido aconselhamento para a prática de atividade física, alguns responderam terem sido incentivados por mais de um profissional. E dentre os profissionais, a categoria profissional mais vezes citada, foi a médica (100 vezes), conforme os resultados descritos na tabela 16.

Tabela 16: Aconselhamento ofertado população de 60 anos e mais segundo profissional que ofertou o aconselhamento em atividade física. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Profissional	Quantidade de aconselhamento	
	n	%
ACS	34	21,9
Médico	100	64,5
Psicólogo	5	3,2
Enfermeiro	13	8,4
Aux. de enfermagem	2	1,3
Nutricionista	1	0,6
Total	155	100

Os dados apresentados na tabela 17 mostram a inclinação ao início da prática de atividade física relatada pelos idosos inquiridos que receberam o aconselhamento. Dos 115 indivíduos que receberam o aconselhamento, 78(67,8%) afirmaram que se sentiram mais motivados a praticar atividade física, após o aconselhamento recebido.

O grupo ativo teve 73,0% de resposta sim para maior inclinação ao início da prática de atividade física após o aconselhamento, contra 61,5% do grupo insuficientemente ativo. Mas comparando esses resultados entre os dois grupos, a diferença não foi significativa.

Tabela 17: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por inclinação ao início da prática de atividade física a partir do aconselhamento em atividade física. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de atividade física	<u>Inclinação ao início da prática de atividade física a partir do aconselhamento</u>			
	Sim	Não	Total	Sim
	n	n	n	%
Ativo	46	17	63	73,0
Insuficientemente ativo	32	20	52	61,5
Total	78	37	115	67,8

$X^2= 1,72$ ($p= 0,1897$). Diferença não significativa.

Conforme os resultados apontados na tabela 18, foram 44 os idosos que já praticavam atividade física antes de ter recebido o aconselhamento, e 10 foram motivados a praticar atividade física após terem recebido aconselhamento. Somente três idosos dos 11 insuficientemente ativos e 7, dos 43 ativos, afirmaram ter se sentido motivado à praticar atividade física após aconselhamento recebido, porém, não houve diferença significativa entre os grupos estudados, ativo e insuficientemente ativo.

Tabela 18: População de 60 anos e mais segundo nível de atividade física por prática antes do aconselhamento em atividade física recebido. Município de São Bernardo do Campo, SP, 2016.

Nível de atividade física	<u>Já praticava antes do aconselhamento.</u>					
	<u>Sim</u>		<u>Não</u>		<u>Total</u>	
	n	%	n	%	n	%
Ativo	36	81,8	7	70	43	79,6
Insuficientemente ativo	8	18,2	3	30	11	20,4
Total	44	100	10	100	54	100

Teste exato de Fisher $p= 0,3492$. Diferença não significativa.

6. DISCUSSÃO

6.1. Nível de atividade física.

A relação de idosos e atividade física foi estudada numa revisão sistemática desenvolvida por Sun, Norman e While (2013), na qual foram incluídos 53 artigos do mundo todo, dentre eles, três estudos brasileiros. Nesta revisão não foi possível chegar a uma conclusão única sobre o nível de atividade física em idosos porque os estudos variam conforme população estudada e recomendações seguidas (SUN, NORMAN & WHILE, 2013).

O VIGITEL de 2016 (BRASIL, 2016) mostrou que 71,2% dos idosos brasileiros acima de 65 anos são inativos fisicamente, porém, o presente estudo destaca que do total de idosos contatados, 51,1% são inativos fisicamente. Cabe ressaltar nesta comparação que mostrou que os idosos entrevistados são aproximadamente 20% mais ativos fisicamente, teve uma estratificação de idade de 60 anos e mais, contra 65 anos e mais do adotado pelo VIGITEL.

Estudos com a população idosa mostram que a população feminina vive mais que a masculina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). A presente pesquisa corrobora com este dado, apesar de não poder afirmar este dado devido à amostra não estratificada escolhida. Do total de 190 idosos inquiridos, a prevalência maior foi de indivíduos do sexo feminino (71,05%) em comparação ao sexo masculino (28,9%).

O NAF da população estudada demonstrou que, estatisticamente, os indivíduos masculinos são mais ativos que o grupo feminino, conforme os resultados demonstrados na tabela 1, e que não existe diferença entre os sexos no que diz respeito ao NAF e a prática de atividade física no lazer ou no deslocamento, como os resultados mostrados na tabela 2. Ou seja, no deslocamento e atividade da vida diária ou na prática de uma atividade, como caminhada no parque ou musculação em uma academia, os grupos, ativo e insuficientemente ativo e/ou sedentário, não diferiram quanto ao sexo. A pesquisa VIGITEL de 2016 (BRASIL, 2016), vai ao encontro deste achado, pois mostra que 54,5% das mulheres acima de 18 anos é insuficientemente ativa fisicamente, contra apenas 34,1% dos homens.

6.2. Dados sociodemográficos.

O VIGTEL de 2016 (BRASIL, 2016) concluiu que a frequência de prática insuficiente de atividade física tendeu a aumentar com a idade, o que vai ao encontro desta presente pesquisa que mostrou, como apresentado na tabela 3, que quanto mais idade, menos ativo fisicamente os indivíduos se tornam.

Muito se relaciona o nível de atividade física com a escolaridade, supõe-se que quanto mais anos de estudo, mais ativo o indivíduo se torna. Dados do VIGTEL (2016) confirmam esta constatação. 24,5% da população adulta que estudou de zero a oito anos é ativa fisicamente, contra 40,4% que estudou entre nove e onze anos e 47,9% que estudou doze anos ou mais (BRASIL, 2016). Assim, neste levantamento do VIGTEL, quanto mais anos de estudo, mais ativa fisicamente a população adulta passava a ser.

Porém, no presente estudo, os resultados apresentados na tabela 4, foi possível analisar, na população estudada, que o nível de escolaridade não foi um fator determinante para diferenciar os grupos quanto ao NAF. O estudo de Quadros Junior, Lamonato e Gobbi (2011) teve o mesmo achado. Eles compararam o nível de escolaridade com o nível de atividade física de 53 idosos participantes de um programa de atividade física em uma universidade e não houve diferença entre estas características (QUADROS JUNIOR, LAMONATO E GOBBI, 2011).

Assim como o item escolaridade, a renda familiar não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados na presente pesquisa, conforme os resultados apresentados na tabela 5. O estudo de Rocha et. al. (2013), que buscou identificar os fatores da prática insuficiente de atividade física no lazer entre idosos, entrevistou 562 indivíduos de Feira de Santana/BA, e encontrou frequência de prática de atividade física no lazer maior entre os indivíduos com renda maior que um salário mínimo.

Trabalhar fora para complementar à renda da aposentadoria ou pensão vem se tornando algo muito comum entre os idosos, principalmente pela defasagem os benefícios. Entretanto, algumas pesquisas indicam que indivíduos que trabalham fora de casa tendem a ser mais ativos em suas atividades diárias (BRASIL, 2016). O presente estudo também mostrou essa relação, como visto nos resultados apresentados na tabela 6, diferença

estatisticamente significativa, os idosos que trabalham fora são mais ativos fisicamente, o mesmo ocorreu, como os resultados apresentados na tabela 7, com os idosos inquiridos que são ativos no mercado de trabalho.

6.3. Problema de saúde e autopercepção de saúde

As políticas indutoras de ações de prevenção primária, secundária e terciária são fundamentais para atender a população idosa, que em larga escala, já é acometida de algum agravo de saúde (BRASIL, 2006C; BRASIL, 2011b).

Nos resultados apresentados na tabela 8 foi possível ver que não houve diferença significativa entre os grupos, ativo e insuficientemente ativo e/ou sedentário, quanto às doenças referidas. O estudo que Benedetti, Mazo e Borges (2012) conduziram, 1062 idosos, categorizados em dois grupos (participantes de um grupo de convivência em uma universidade e não participantes). O grupo que participava de um grupo de convivência foi mais ativo, porém, teve um maior percentual (74%) de doenças referidas do que o grupo que não participava, resultado que diverge da presente pesquisa.

E diverge, também, com relação à autopercepção de saúde. Enquanto a presente pesquisa não teve diferença entre os grupos com relação à autopercepção positiva ou negativa da saúde, como mostram os resultados apresentado na tabela 10, o estudo de Benedetti, Mazo e Borges (2012), encontrou que mesmo que os idosos mais ativos tivessem maior número de doenças referidas, a sua autopercepção de saúde foi mais positiva do que o grupo que não participava.

6.4. Local e prática de atividade física

A caminhada, em parques e ruas, foi majoritariamente a atividade mais citada pelos idosos participantes desta pesquisa e que praticam alguma atividade física no lazer, como descrevem os resultados apresentados nas tabelas 11 e 12. Possivelmente isso se dá devido à região do estudo possuir dois parques adequados e agradáveis, para caminhada e algumas aulas

ofertadas pela prefeitura e por voluntários, além de ruas extensas com calçadas adequadas.

Sobre a questão dos parques urbanos serem um espaço de promoção da saúde e da atividade física, Arana e Xavier (2017), conceituam:

“Ainda que constitua apenas um único fator, parques urbanos são espaços públicos comuns que podem desempenhar um papel significativo no aumento dos níveis de atividade física da população. Eles fornecem locais propícios para que as pessoas caminhem ou corram, muitas vezes possuem instalações específicas para esportes, exercícios e outras atividades vigorosas, oferecendo a oportunidade de incluir atividades físicas nos momentos de lazer de forma gratuita” (ARANA e XAVIER, 2017, p. 203-204).

Arana e Xavier (2017) desenvolveram uma pesquisa bibliográfica sobre o que determina a realização de atividade física em parques urbanos e destacaram os fatores: - proximidade e estética como determinantes para a adesão e aderência dos frequentadores, além de outros fatores como facilidade de acesso e qualidade e quantidade de infraestrutura.

Em concordância com o encontrado pelos autores acima citados, os parques da região estudada, englobam os mesmos fatores destacados para realização de atividade física por seus frequentadores.

6.5. Inclinação para início da prática de atividade física.

Neste estudo é possível inferir que a prática de atividade física, na população e faixa etária estudada, em quase em sua totalidade a finalidade de contribuir para melhoria da saúde, apenas um idoso inquirido relatou ser por outro motivo. Porém, não tivemos diferença significativa entre os grupos, ativo e insuficientemente ativo, como mostrou os resultados demonstrados na tabela 13.

O estudo de Gomes e Zazá (2009), que entrevistou 40 idosas praticantes de atividade física por no mínimo seis meses, questionou o motivo da permanência no programa, e “melhorar ou manter o estado de saúde” foi o motivo mais referido, com 92,5%, seguido de “aumentar o contato social”, com 85% e prevenir doenças, 85%. Ribeiro et. al. (2012), realizou um estudo com 199 idosos participantes de um programa de atividade física, em Pelotas/RS. Do total, 68,8% indicaram a prevenção de problemas de saúde como o principal motivo de adesão ao programa, e 75,9% destacaram como primordial a prática de atividade física. Dados que vão ao encontro do achado no presente estudo.

Um ponto importante para a manutenção da prática de atividade física é a questão do prazer. O presente estudo mostrou uma diferença significativa entre os grupos, grupo ativo (31,0%) e insuficientemente ativo (8,3%), conforme resultados apresentados na tabela 14. Assim, apesar de ativos, mais idosos fazem atividade física por outras questões, como ordem médica, do que por prazer. Esse dado é importante, pois tem relação com a aderência em longo prazo. Freitas et. al. (2007) realizou um estudo sobre os aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. Entrevistou 120 idosos de Recife/PB. Dentre os motivos elencados para a manutenção da prática, 66,7% dos idosos apontaram o “sentir prazer” para a continuidade da prática. Assim, o contraponto que se faz é que quando a atividade física realizada não dá prazer, há um abandono precoce. Reforça-se aqui a idéia de que não existe atividade física ideal, e sim, aquela que mais se encaixa com as preferências do praticante, e, assim, tem maiores chances de entrar para a sua rotina.

6.6. Aconselhamento para a prática de atividade física.

É estabelecido que o aconselhamento em atividade física é fundamental para a mudança de comportamento dos indivíduos (BRASIL, 2008). Nesta pesquisa, como os resultados apresentados na tabela 15, evidenciou-se que do total de 190 idosos que responderam aos questionários, 60,5% disseram que já receberam aconselhamento para atividade física de algum trabalhador da

saúde da UBS que frequentam, e que o grupo ativo recebeu mais (67,4%) aconselhamento para atividade física, do que o grupo insuficientemente ativo e/ou sedentário (56,3%), diferença significativa.

Siqueira et. al. (2009) em sua pesquisa conduzida com indivíduos que utilizaram pelo menos uma vez na vida uma UBS, entrevistou 1.891 idosos da região sul do Brasil, e 2.112 idosos da região nordeste. Sobre a questão: “Alguma vez na vida, em uma consulta, algum médico lhe disse que o(a) Sr. (a) deveria fazer exercícios para melhorar a sua saúde? ”, apenas 38,9% dos idosos responderam que sim.

Em outro estudo realizado em Belo Horizonte, Lopes et. al. (2014) entrevistaram 1616 indivíduos maiores de 20 anos, que utilizavam uma UBS. Eles foram questionados sobre o recebimento de aconselhamento para alimentação saudável e atividade física de algum profissional de saúde. Do total, apenas 51,1% afirmaram terem recebido tal aconselhamento.

A presente pesquisa encontrou que 60,5% dos idosos inquiridos receberam aconselhamento para atividade física, contra apenas 38,9% encontrados na pesquisa de Siqueira et.al. (2009) e 51,1% na pesquisa de Lopes et. al. (2014). Considerando que os três cenários das pesquisas foram o mesmo (usuários de uma UBS) os valores encontrados podem ser considerados baixos, devido a um dos princípios da atenção básica à saúde ser o de promoção à saúde e a atividade física ser incentivada em todas as diretrizes (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Todo trabalhador de saúde pode e deve realizar o aconselhamento para a prática de atividade física, dentre suas orientações (BRASIL, 2008). No presente estudo, a categoria de trabalhador da UBS que apareceu mais vezes nos relatos dos indivíduos que foram aconselhados para a prática da atividade física foi à médica (100), seguida de ACS (34), psicólogo (5), Enfermeiro (13), Aux. de enfermagem (1) e Nutricionista (1), conforme os resultados apresentados na tabela 16.

O estudo realizado por Siqueira et. al. (2009) mostrou resultado semelhante, 69% dos entrevistados referiram que foram aconselhados sobre alimentação saudável e atividade física pelo médico, porém, no mesmo estudo, apenas 0,5% relataram terem sido aconselhados por ACS, dado que difere do

presente estudo. É importante considerar que, no presente estudo, a aplicação dos questionários foram acompanhados pelo ACS da área, mas que este não interferiu diretamente nas respostas, porém, podem ter influenciado de maneira indireta.

A pesquisa mostra como é possível visualizar na tabela 17, a inclinação para início da prática de atividade física relatada pelos idosos que responderam ter recebido o aconselhamento. Dos 115 indivíduos que receberam o aconselhamento, 78 afirmaram que se sentiram mais inclinados a iniciar a praticar atividade física, correspondendo a 67,8% do total. E, mais uma vez, não houve diferença significativa entre os grupos. O grupo ativo teve 73,0% de resposta sim para maior inclinação para iniciar a prática de atividade física após o aconselhamento, contra 61,5% do grupo insuficientemente ativo e/ou sedentário. Sobre a prática antes do aconselhamento, não houve diferença significativa entre os grupos estudados, conforme indicou os resultados apresentados na tabela 18, porém, nota-se que dez idosos inquiridos passaram a se exercitar após serem aconselhados por algum profissional da saúde, o que sugere que o aconselhamento para a prática de atividade física recebido, por estes idosos, pode ter influenciado positivamente para iniciarem a prática de atividade física.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população idosa vem aumentando em número e necessidades, principalmente de saúde. O presente trabalho buscou sob a perspectiva dos idosos que fazem acompanhamento de saúde pela estratégia saúde da família na UBS Rudge Ramos, em São Bernardo do Campo, São Paulo, conhecer o perfil de nível e prática de atividade física e se receberam aconselhamento para a prática da atividade física, dos trabalhadores de saúde. Com isso, será possível traçar estratégias mais eficientes para se aumentar o nível de atividade física desta população, e, por consequência, aumentar a saúde e diminuir incapacidades físicas.

O nível da atividade física da população estudada (48,9%) foi maior do que a verificada na população idosa de forma geral. A prática de escolha dos idosos ativos do presente estudo foi à caminhada em parques e ruas, em detrimento a outras práticas, isto pela condição do bairro com espaços adequados as caminhadas.

Identificamos que (60,5%) dos usuários da UBS foram aconselhados pela equipe de saúde a praticar atividade física. E a categoria profissional apontada pelos entrevistados como a que mais os incentivou foi a categoria médica em (64,5%). Este estudo sugere o papel positivo do aconselhamento à prática de atividade física, pois no grupo ativo (67,4%) foram aconselhados contra (53,6%) do grupo insuficientemente ativo e/ou sedentário, e essa diferença encontrada entre os grupos foi significativa.

Em relação ao motivo encontrado para a prática de atividade física, no grupo dos idosos ativos, (98,3%) relataram que o principal motivo para sua prática é por preocupação com a saúde.

Apesar dos resultados desta pesquisa terem tido com relação ao Nível de Atividade Física e o aconselhamento recebido pelos idosos valores superiores aos encontrados na literatura, está ainda aquém da expectativa, pois metade dos idosos que responderam ao questionário não atingiram as recomendações mínimas para que a prática de atividade física promova mudanças positivas na sua saúde.

Considera-se fundamental ampliar o aconselhamento em atividade física realizada pelos trabalhadores de saúde, e potencializar e divulgar as atividades

desenvolvidas e oferecidas pelo bairro e UBS. Com este objetivo, o produto técnico que será desenvolvido a partir dos resultados desta pesquisa será um programa de Educação Permanente em Saúde, com foco na atividade física para os trabalhadores de saúde da UBS estudada e uma cartilha de orientações para os usuários idosos, como um recurso para esses trabalhadores. O produto conterá oficinas sobre a importância da prática de atividade física para a população idosa, estratégias de aconselhamento e será ofertado aos profissionais uma cartilha como recurso para auxiliar no aconselhamento aos idosos com tópicos sobre a importância da atividade física para os idosos, as contraindicações e os locais e horários de prática com supervisão técnica na região. Este material deverá ser ofertado aos usuários em momentos de orientação sobre atividade física, seja em grupo, consultas individuais ou visitas domiciliares.

Cabe destacar, ainda, que os resultados desta pesquisa são delimitados a uma região específica, com pouca condição de generalização para demais UBSs do país e mesmo dentro do mesmo município. Contudo, é uma ferramenta para aumento das iniciativas dos trabalhadores desta UBS para o aumento do nível de atividade física de seus idosos acompanhados, pois agora conhecem os locais de práticas na região e que talvez algumas atividades precisam ser mais cativantes e exploradas, como as oferecidas dentro da própria UBS.

REFERÊNCIAS

ACSM. Exercise and physical activity for older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 41, n. 7, p. 1510–1530, 2009.

ANDRADE, D. R.; COSTA, E. F.; RIBEIRO, E. H. C.; GARCIA; L. M. T.; FLORINDO, A. A. Do diagnóstico à ação: a experiência da pesquisa Ambiente Ativo na promoção da atividade física em Ermelino Matarazzo, na zona leste de São Paulo, SP. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas. v.17, n. 3, p. 235-238, Junho. 2012.

APPOLINÁRIO F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2. ed. São Paulo. Cengage Learning. 2015.

ARANA, A.R.A; XAVIER, F.B. Qualidade ambiental e promoção de saúde: o que determina a realização de atividades físicas em parques urbanos? **Geosul**. Florianópolis. v. 32, n. 63, p. 201-228, jan./abr. 2017.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. A docência em saúde: desafios e perspectivas. IN: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. **Docência em saúde: temas e experiências**. 2ª ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2014. p. 17-27.

BECKER, L. A.; GONÇALVES, P. B.; REIS, R. S. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade & Física e Saúde**. v. 21, n. 2, p. 110-122, 2016.

BENEDETTI, T.R.B.; MAZO, G.Z.; BORGES, L.J.. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 8, p. 2087-2093, 2012.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o**

funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, setembro. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da União, seção 1 de 05 de janeiro. 1994.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, p. 1 em 3 de outubro. 2003.

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 13 de fevereiro. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Portaria n. 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006 - **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Diário oficial, p. 19, 2006d.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Publicada no Diário Oficial da união nº 43, Seção 1, fls. 38 a 42, 04 de março. 2008.

BRASIL. Portaria nº 1.402 de 15 de junho de 2011. **Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção**

da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. Diário Oficial da União de 15 de junho de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília : Ministério da Saúde. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS.** 2014. Disponível em <www.datasus.saude.gov.br>. Disponível em: 07.set.2017.

BRASIL. Vigitel 2016. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da saúde. 2016.

BOOTH, F. W.; ROBERTS, C. K.; LAYE, M. J. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. **Comprehensiv Physiology.** v. 2, n. 2, p. 1143-1211, 2012.

CARPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. **Public Health Reports.** v. 100, n. 2, p. 126-131, march/april. 1985.

CONFED. Resolução CONFED nº 046/2002. **Dispõe sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física e respectivas competências e define os seus campos de atuação profissional.** 2002.

DESLANDES, A. The biological clock keeps ticking, but exercise may turn it back. São Paulo. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria.** v. 71, n. 2, p.113-118, 2013.

DUMITH, S. C. Atividade física e sedentarismo: diferenciação e proposta de nomenclatura. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde,** v. 15, n. 4, p. 253–254, 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Eletrônico Aurélio Século XXI.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em <www.dicionariodoaurelio.com>. Acesso em: 07.set.2017.

FREITAS, C. M. S. M; SANTIAGO, M. S.; VIANA, A. T; LEÃO, A. C.; FREYRE, C. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. v.9, n.1, p. 92-100, 2007.

GOMES, K. V.; ZAZÁ, D. C.; Motivos de adesão a prática de atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v.14, n.2, p. 132-138, 2009.

GOMES, M. A; DUARTE, M. F. S. Efetividade de uma intervenção de atividade física e adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa ação e saúde Floripa – Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v. 13, n. 1, p. 44-56, 2008.

JONASSON, L. S.; NYBERG, L.; KRAMER, A. F.; LUNDQUIST, A.; RIKLUND, K.; BORAXBEKK, C-J. Aerobic exercise intervention, cognitive performance, and brain structure: results from the physical influences on brain in aging (PHIBRA) study. **Frontiers in Aging Neuroscience**. v. 8, art. 336, p. 1-15, 2017.

LOPES, A. C.; TOLEDO, M. T. T; CÂMARA, A. M. C. S; MENZEL, H. J. K.; SANTOS, L. C. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiologia nos Serviços de Saúde [online]**., v. 23, n.3, p. 305-316, 2014.

MADEIRA, S. G; AGOSTINHO, M. Aconselhamento breve em Atividade Física nos Cuidados de Saúde Primários. **Revista Factores de Risco**. n. 44, p. 51-58, abr./jun. 2017.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A.; ALBUQUERQUE, G. M.; AMORIM, R. C. A.; RODRIGUES, G. B. A.; SILVA, T. S.; JAIME, P. C. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas/RS. v. 19, n. 3, p 286-299, mai. 2014.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; OLIVEIRA, L.C.; BRAGGION, G.. Questionário Internacional De Atividade Física (IPAQ): Estudo de Validade E Reprodutibilidade No Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5–18, 2001.

MENDONÇA, R. D.; TOLED, M. T. T.; LOPES, A. C. S. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**. v. 19, n. 1, jan./mar. 2015.

NACI, H.; IOANNIDIS, J. P. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. **British Journal of Sports Medicine**. v. 49, n. 21, p. 1414-22, 2015.

NÓBREGA, A. C. .; FREITAS, E. V.; OLIVEIRA, M. A. . Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 5, n. 6, p. 207–211, 1999.

OLIVEIRA, D. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-31, jun. 2015.

OSHI, Y.; MANABE, I. Macrophages in age-related chronic inflammatory diseases. **NPJ Aging and Mechanisms of Disease**. v. 2, p. 1-8, 2016.

PRASAD, S.; SUNG, B.; AGGARWAL, B. B. Age-associated chronic diseases require age-old medicine: role of chronic inflammation. **Preventive Medicine**. v. 54, p. 29-37, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017. Disponível em <www.saobernrodocampo.sp.gov.br>. Acesso em 07.set.2017.

QUADROS JUNIOR, A. C.; LAMONATO, A. C. C; GOBBI, S. Nível de escolaridade não influencia nível de atividade física em idosos. **Revista Motriz**. Rio Claro. v. 17, n. 1, p.202-208, jan./mar. 2011.

RIBEIRO, J. A. B.; CAVALLI, A. S.; CAVALLI, M. O.; POGORZELSKI, L. V.; PRESTES, M. R.; RICARDO, L. I. C. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**. Florianópolis, v. 34, n. 4, p. 969-984, out./dez. 2012.

RIMLAND, J. M.; ABRAHA, I.; DELL'AQUILA, G.; CRUZ-JENTOFT, A.; SOIZA, R.; GUDMUSSON, A.; PETROVIC, M.; O'MAHONY, D.; TODD, C.; CHERUBINI, A. Effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent falls in older people: a systematic overview. The SENATOR Project ONTOP Series. **PLoS ONE**. v. 11, n. 8, p. 1-29, 2016.

RIZZI, L.; ROSSET, I.; RORIZ-CRUZ, M. Global epidemiology of dementia: Alzheimer's and vascular types. **BioMed Research International**. 2014.

ROCHA, S. V.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAUJO, T. M.; SANTOS, L. B.; RODRIGUES, W. K. M. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 19, n. 3, p. 191-195, mai/jun. 2013.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. T. P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**. Campinas. v. 18, n. 1, p. 119-128, 2005.

RODRIGUES, G. H.P.; GEBARA, O. C. E.; GERBI, C. C. da S.; PIERRI, H.; WAJNGARTEN, M. Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 104, n. 6, p. 443-449, 2015.

SÁ, T. H; FLORINDO, A. A. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas. v. 17, n. 4, p. 293-299, ago. 2012.

SCHUH, A. F.; RIEDER, C. M.; RIZZI, L.; CHAVES, M.; RORIZ-CRUZ, M. Mechanisms of brain aging regulation by insulin: implications for

neurodegeneration in late-onset Alzheimer's disease. **International Scholarly Research Network**. 2011.

SIEGEL, S. E.; CASTELLAN JR, N. J. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. 2.^a ed. Artmed, Porto Alegre, 2006. 448 p.

SIQUEIRA, F. V.; NAHAS, M. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 203-213, jan. 2009.

SOUZA, I. P. M. A.; Orientador: JACOBINA, R. R. Educação em Saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, p. 618-627, 2009.

SUN, F.; NORMAN, I. J.; WHILE, A. E. Physical activity in older people: a systematic review. **BMC Public Health**. p. 1-17, 2013.

TELLES, T. C. B; ARARUNA, L. C.; ALMEIDA, M. S.; MELO, A. K. Adesão e aderência ao exercício: Um Estudo Bibliográfico. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**. São Paulo. v. 6, n. 1, jan./jun. 2016.

THIELEN, J-W.; KARGEL, C.; MULLER, B. W.; RASCHE, I.; GENIUS, J.; BUS, B.; MADERWALD, S.; NORRIS, D. G.; WILTFANG, J.; TENDOLKAR, I. Aerobic activity in the healthy elderly Is associated with larger plasticity in memory related brain structures and lower systemic inflammation. **Frontiers in Aging Neuroscience**. v. 8, art. 319, p. 1-12, 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548–554, 2009.

VALLA, V. V. **A crise da interpretação é nossa**: procurando entender a fala das classes subalternas. Caderno de educação popular e saúde II. Ministério da Saúde: Brasília. p 36-49, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** p. 60, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health.** 2010. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf>. Acesso em 07.ago.2017.

ZAGO, A. S. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro. n. 13, v. 1, p.153-158, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 1– Caracterização da amostra

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento: __/__/__ **3. Sexo:** ()Feminino ()Masculino

4. Raça/Cor:

()Branco ()Negro ()Pardo ()Amarelo ()Vermelho ()Outras.

5. Estado civil:

()Solteiro(a) ()Casado(a) ()Viúvo(a) ()Divorciado(a) ()Outro _____

6. Escolaridade:

()Analfabeto ()Ensino Fundamental ()Ensino Médio

()Ensino Superior ()Pós graduação

7. Renda familiar: ()Salários mínimos

8. Ocupação: _____

9. Situação no mercado de trabalho: _____

10. Possui plano de saúde privado: _____

11. Tem alguma deficiência: _____

APÊNDICE 2 - Questionário de prática e aconselhamento em atividade física.

Assinale SIM ou NÃO

1. Você pratica atividade física regularmente? () SIM () NÃO

Se sua resposta à questão anterior foi NÃO. PULE PARA A QUESTÃO 4.

Se sua resposta à questão anterior foi SIM, prossiga com o questionário.

2. Quais atividades você pratica:

<input type="checkbox"/> Caminhada	<input type="checkbox"/> Pilates	<input type="checkbox"/> Lutas
<input type="checkbox"/> Musculação	<input type="checkbox"/> AAL	<input type="checkbox"/> Hidroginástica
<input type="checkbox"/> Dança	<input type="checkbox"/> Ginástica	<input type="checkbox"/> Futebol
<input type="checkbox"/> Ioga		

Outros: _____

2a Em que local?

<input type="checkbox"/> Parque	<input type="checkbox"/> Academia	<input type="checkbox"/> UBS
<input type="checkbox"/> Rua	<input type="checkbox"/> Associação	<input type="checkbox"/> Universidade
<input type="checkbox"/> Clube		

Outros: _____

3. Agora eu vou ler 2 frases (afirmações) e você me responda se CONCORDA ou DISCORDA (PRECISA MELHORAR – Parte relacionada ao 3º objetivo específico).

	CONCORDO	DISCORDO
Pratico atividade física porque me preocupo com minha saúde.		
Pratico atividade física porque preciso, mas não me dá prazer.		

4. Algum trabalhador da UBS Rudge Ramos o incentivou a praticar atividade física regular?

Sim Não

Se a resposta foi NÃO, agradecemos sua participação.

Se a resposta foi SIM, prossiga.

5. Qual(ais) trabalhador(es) desta UBS o incentivou a prática de atividade física?

<input type="checkbox"/> Gerente	<input type="checkbox"/> ACS	<input type="checkbox"/> Psicólogo
<input type="checkbox"/> Nutricionista	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Assistente Social
<input type="checkbox"/> Recepcionista	<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Téc./Aux. deenf.
<input type="checkbox"/> Oficial Administrativo	<input type="checkbox"/> ASB/THB	<input type="checkbox"/> Aux. de farmácia
<input type="checkbox"/> Aux. de limpeza	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Farmacêutico

Outros: _____

SÓ PARA OS QUE RESPONDERAM SIM PARA A PRIMEIRA QUESTÃO.

6. Você já praticava atividade física antes de receber o incentivo do trabalhador da UBS?

Sim Não.

APÊNDICE 3 – TCLE (Termo de consentimento livre-esclarecido).

Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida por mim, Viviane Aparecida Iglecias Nogueira, orientada pela Prof.^a Dr.^a Lélia Cardamone Gouvêa, como parte das atividades para obtenção do título de mestre pelo Mestrado Profissional em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), campus São Paulo.

Esta pesquisa se intitula “Nível, prática e aconselhamento de atividade física em idosos usuários da Unidade Básica de Saúde Rudge Ramos, município de São Bernardo do Campo/SP”.

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física você faz como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na ÚLTIMA semana, quais atividades você pratica e qual ou quais trabalhadores da UBS Rudge Ramos já o incentivou a praticar atividade física e como o incentivou.

Informamos que não haverá identificação dos questionários, sua identidade estará resguardada. As respostas terão validade somente para os fins desta pesquisa. Sua participação é voluntária. Não haverá nenhum tipo de gratificação e poderá desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Este Termo será assinado em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com você.

Em caso de dúvida, entre em contato com o pesquisador pelo telefone (11) 95791 1930 ou no endereço Rua Botucatu, nº 740 – 5º andar – Vila Clementino – São Paulo – SP – CEP: 04023-062.

Obrigado pela sua participação!

Usuário

Viviane Aparecida Iglecias Nogueira (pesquisadora)
São Bernardo do Campo, ____ de ____ de 2016.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário internacional de atividade física

VERSÃO CURTA

Nome: _____

Data: ____/____/____ Idade : ____ Sexo: F () M ()

Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não

Quantas horas você trabalha por dia: _____

Quantos anos completos você estudou: _____

De forma geral sua saúde está:

() Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

Para responder as questões lembre que:

Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.

Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias ____ por SEMANA () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo; pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar: se moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

dias ____ por SEMANA () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo; correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por SEMANA () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

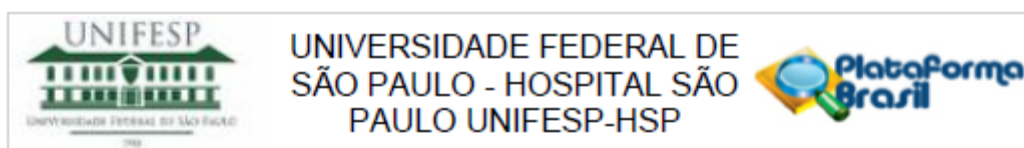
Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas ____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana? _____ horas ____ minutos

ANEXO B – APROVAÇÃO CÔMITE DE ÉTICA E PESQUISA UNIFESP.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Nível, prática e aconselhamento: A atividade física entre usuários acima de 60 anos de uma Unidade Básica de Saúde.

Pesquisador: Viviane Aparecida Iglecias Nogueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58414516.8.0000.5505

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.682.283

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 1080/2016

Há um crescente aumento no número de idosos na população brasileira e isso se deve ao aumento da expectativa de vida. Progressivamente teremos um maior número de idosos em relação às outras faixas etárias, pois a taxa de natalidade vem caindo e isso reflete no processo de transição demográfica, realidade que os países desenvolvidos já vivenciam há mais tempo. Como esse aumento do número de idosos, aumenta-se também a prevalência do número de doenças crônicas, assim, o estilo de vida, incluindo a prática de atividade física para proteção ou recuperação da saúde passa a ser alvo de políticas públicas. Assim, o objetivo deste estudo é investigar na população acima de 60 anos, moradores da região e usuários da UBS (Unidade Básica de Saúde) Rudge Ramos, a prática de atividade física e se houve aconselhamento por profissional de saúde, bem como avaliar o nível e a prática de atividade física em usuários acima de 60 anos da UBS Rudge Ramos, conhecer o conteúdo do aconselhamento para a atividade física, ofertado por algum membro equipe de saúde, conhecer a motivação dos usuários acima de 60 anos da UBS Rudge Ramos para a prática de atividade física e levantar as sugestões dos usuários para o aprimoramento das orientações à prática de atividades físicas realizadas pela equipe da UBS. Para tanto, será realizada uma pesquisa transversal, descritiva, com abordagem quantitativa. Os

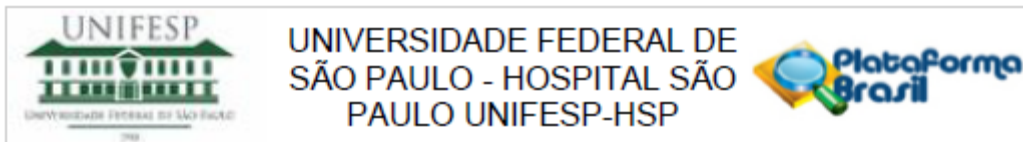
Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-081

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1082 **Fax:** (11)5539-7182

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.682.283

instrumentos de coleta serão: para caracterização da amostra será utilizado o questionário baseado na ficha de cadastro dos agentes comunitários de saúde para caracterização da amostra, o nível de atividade física dos usuários será levantado por meio do Questionário internacional de atividade física (IPAC) – versão curta, validado no Brasil (MATSUDO et. al., 2001) e para esta pesquisa foi desenvolvido um questionário com o objetivo de identificar qual prática o usuário desenvolve, se recebeu alguma recomendação.

Objetivo da Pesquisa:

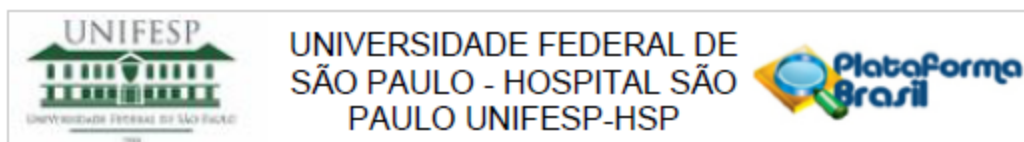
- Hipótese: O nível de atividade física e o tipo de prática realizados pelos idosos está diretamente associado ao tipo de acolhimento recebido por algum profissional de saúde.
- Objetivo Primário: Investigar na população acima de 60 anos, moradores da região e usuários da UBS (Unidade Básica de Saúde) Rudge Ramos, a prática de atividade física e se houve aconselhamento por profissional de saúde.
- Objetivo Secundário: Objetivos Específicos Avaliar o nível e a prática de atividade física em usuários acima de 60 anos da UBS Rudge Ramos; Conhecer o conteúdo do aconselhamento para a atividade física, ofertado por algum membro equipe de saúde; Conhecer a motivação dos usuários acima de 60 anos da UBS Rudge Ramos para a prática de atividade física; Levantar as sugestões dos usuários para o aprimoramento das orientações à prática de atividades físicas realizadas pela equipe da UBS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

- Riscos: A priori esta pesquisa não oferece riscos aos envolvidos, uma vez que os indivíduos serão entrevistados e será preservado seu anonimato.
- Benefícios: Com os resultados desta pesquisa poder-se-á identificar as fragilidades e potencialidades do contexto sobre atividade física para os idosos da região estudada, bem como qualificar a oferta de aconselhamento à prática ofertado pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde estudada.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.682.283

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo com o objetivo acadêmico de Mestrado, em Ensino Em Ciências Da Saúde - Modalidade Profissional, vinculado ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - Cedess, Campus Vila Clementino, com orientação da Prof.^a Dr.^a Lélia Cardamone Gouvêa.

Centros Coparticipantes: Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campos; responsável: Fábio Souza dos Santos; Instituição NÃO Selecionada Via Plataforma Brasil .

TIPO DE ESTUDO: :Pesquisa transversal, descritivo, com abordagem quantitativa.

LOCAL: A pesquisa será realizada na Unidade Básica de Saúde Rudge Ramos, localizada no município de São Bernardo do Campo, estado de São Paulo. A UBS é referência a uma população de 35 mil habitantes (IBGE) e os moradores acompanhados pela estratégia de Saúde da Família correspondem a aproximadamente 15 mil habitantes (levantamento realizado por meio das fichas de cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde em julho de 2016). Esta UBS foi escolhida porque sua região é conhecida por residirem muitos idosos, por ser um bairro antigo na cidade. A população é caracterizada como classe média alta, que vem perdendo poder aquisitivo ao longo do tempo, assim, muitas pessoas migraram dos planos de saúde privados e se tomaram exclusivamente SUS.

PARTICIPANTES:

Critério de Inclusão: Indivíduos maiores de 60 anos, acompanhados pela ESF, possui cadastro dos ACSs, recebem visitas domiciliares e utilizam consultas na UBS. **Critério de Exclusão:** Serão excluídos do estudo os usuários que não atenderem os critérios de inclusão e aqueles questionários que não forem completamente respondidos ou os usuários desistentes a qualquer momento da pesquisa.

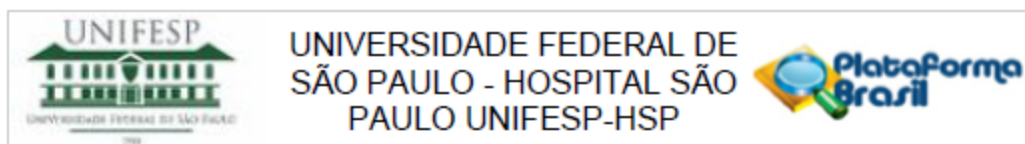
PROCEDIMENTOS:

-Para caracterização da amostra será utilizado o questionário baseado na ficha de cadastro dos agentes comunitários de saúde (anexo 1).

-O nível de atividade física dos usuários será levantado por meio do Questionário internacional de atividade física (IPAC) – versão curta (Anexo 2), validado no Brasil (MATSUDO et. al., 2001).

-Para esta pesquisa foi desenvolvido um questionário com o objetivo de identificar qual prática o usuário desenvolve, se recebeu alguma recomendação para a prática de atividade física por algum dos trabalhadores de saúde da UBS Rudge Ramos. Neste questionário há uma questão aberta para sugestão dos usuários sobre as orientações que gostariam de receber da equipe da UBS sobre a prática de atividade física (anexo 3).

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.682.283

-O pesquisador irá pessoalmente fazer as perguntas e os usuários responderão conforme suas atividades diárias. O questionário número 1 de caracterização da amostra (anexo 1) será respondido por meio da ficha de cadastro dos Agentes Comunitários de saúde.

-Serão preservados os princípios da ética mantendo o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

-Os dados para caracterização da amostra serão obtidos por meio das fichas de cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde. Serão utilizados dados populacionais do IBGE e do cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde para estimativa e sorteio da amostra.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; TCLE
- 2- Todos os questionários estão anexados no final do projeto detalhado

Recomendações:

Atenção à informação dada, no campo "Riscos", que indica que a pesquisa não pode causar riscos. Conforme orientação da CONEP, lembramos que qualquer pesquisa com seres humanos pode causar algum risco, por mínimo que seja. No que diz respeito a esta pesquisa, por exemplo, embora pouco provável, a entrevista pode causar algum constrangimento do participante. Em submissões futuras, atentar para este fato.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado (ver recomendação)

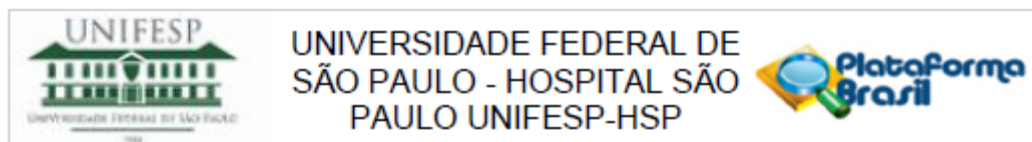
Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir da data de aprovação final, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_755805.pdf	05/08/2016 09:37:08		Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.682.283

Folha de Rosto	d5.pdf	05/08/2016 09:35:34	Viviane Aparecida Iglecias Nogueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Viviane.docx	13/07/2016 16:47:29	Viviane Aparecida Iglecias Nogueira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/07/2016 16:46:20	Viviane Aparecida Iglecias Nogueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 17 de Agosto de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com