

ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI

A UTILIZAÇÃO DAS ACADEMIAS DA TERCEIRA IDADE
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MARINGÁ-PR

BRASÍLIA- DF

2013



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI

A UTILIZAÇÃO DAS ACADEMIAS DA TERCEIRA IDADE
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MARINGÁ-PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, como requisito parcial ao curso de Mestrado - profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça.

BRASÍLIA-DF

2013

ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI

A UTILIZAÇÃO DAS ACADEMIAS DA TERCEIRA IDADE
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MARINGÁ-PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, como requisito parcial ao curso de Mestrado - profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça
Presidente

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa
Examinadora

Profa. Dra. Wânia Ribeiro Fernandes
Examinadora

Profa. Dra. Nelly Lopes de Moraes Gil
Examinadora Suplente

Dedico este trabalho à minha esposa Julia pelo carinho, apoio, compreensão, cumplicidade e incentivo, e aos meus filhos Andre, Casssiana e Eduarda para que transponham todas as barreiras, nunca desistindo de buscar o aperfeiçoamento e o ideal para as suas vidas.

AGRADECIMENTOS

À Deus que dá sabedoria e abre oportunidades;

À minha orientadora pelo acolhimento e disposição;

Aos idosos participantes da pesquisa pela disponibilidade;

Aos Agentes Comunitários de Saúde, diretores e servidores das Unidades Básicas de Saúde pelo envolvimento e auxílio;

Ao Prefeito Silvio Barros, pela confiança, oportunidade e a idealização das Academias da Terceira Idade, as quais possibilitaram o desenvolvimento da pesquisa;

À equipe da Secretaria de Saúde de Maringá e do CONASEMS, pelo apoio, companheirismo e dedicação.

“...Pois também o Filho do Homem não veio para ser servido, mas para servir, e para dar a sua vida em resgate de muitos...”

(Marcos, 10:45)

RESUMO

NARDI,A.C.F.**A utilização das academias da terceira idade na promoção da saúde em Maringá- PR.** 2012. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Resumo

O envelhecimento da população brasileira é um grande desafio para o sistema de saúde. Uma das estratégias do SUS de promoção da saúde é promover hábitos de vida saudável na população, para reduzir o risco das doenças crônicas. A adesão à prática de atividade física foi objeto deste estudo. Esta pesquisa avaliou a utilização das Academias da Terceira Idade (ATI) entre pessoas idosas em Maringá-PR, comparando aquelas que aderiram à prática de atividade física com as que não aderiram. Trata-se de estudo quantitativo, com amostra de 3.625 idosos cadastrados na base de dados do SIAB, com análise bivariada das variáveis sociodemográficas e epidemiológicas, com uso do teste qui-quadrado para avaliar significância estatística entre elas. Os resultados mostraram a prevalência de prática de atividade física nas ATIs de 34,6% da população pesquisada. Dentre os que praticavam, 53,0% praticavam atividade na ATI duas a três vezes na semana e 17,1% praticavam todos os dias, ou seja, entre os praticantes, cerca de 70% praticavam atividade física no mínimo de 2 vezes por semana. A idade média dos frequentadores da ATI foi de 69 anos, e a dos não frequentadores 69,8. O idoso entre 60 e 69 anos, que vivia sozinho, com escolaridade ensino fundamental incompleto praticava mais atividade física. Conclui-se que ainda são necessárias ações mais eficazes de sensibilização e convencimento dos usuários idosos da rede municipal de saúde para a atividade física e outras ações de hábitos saudáveis de vida devem ser estimuladas pelo poder público para melhorar a qualidade de vida dos idosos maringaenses.

Palavras chaves: Promoção da saúde, Atividade física; Saúde do idoso

ABSTRACT

NARDI, A.C.F. The use of the academies of the third age in health promotion in Maringá-PR. 2012. Thesis (MA) – Collective Health Postgraduate, University of Brasília.

The aging of the population is a major challenge for the health system. One of the strategies of SUS health promotion is to promote healthy lifestyles in the population, to reduce the risk of chronic diseases. Adherence to physical activity was the object of this study. This study evaluated the use of Academies of the Third Age (ATI) among elderly people in Maringá-PR, comparing those who joined the practice of physical activity with not joining. This is a quantitative study with a sample of 3625 elderly registered in the database of the SIAB, with bivariate analysis of epidemiological and sociodemographic variables, using the chi-square test to assess statistical significance between them. Results showed the prevalence of physical activity in ATIs 34.6% of the population surveyed. Among those who do, 53.0% practice in ATI activity two to three times a week and 17.1% practice every day. Between practitioners, about 70% practice physical activity at least 2 times per week. The average age of the patrons ATI was 69 years, and of non-attenders 69.8 years old. The aged between 60 and 69 years, who lives alone with schooling: Elementary incomplete, practice more physical activity. It is concluded that further actions are needed more convincing and effective sensitization of elderly users of the municipal health for physical activity. And the promotion has a good acceptance in this population and that other actions of healthy lifestyles should be encouraged by government to ensure better quality of life for seniors maringaenses.

Key words: Health Promotion; Motor Activity; Health of the Elderly.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	16
1.2 OS BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO CONTROLE DA DOENÇA CRÔNICA.	18
1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PARANÁ	20
2 OBJETIVOS	26
2.1 GERAL.....	26
2.2 ESPECÍFICOS.....	26
3 MÉTODOS	27
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	27
3.2 FONTE DE DADOS	27
3.3 LOCAL DO ESTUDO.....	27
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
3.5 SUJEITOS DA PESQUISA	30
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	31
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	31
4 RESULTADOS.....	32
5 DISCUSSÃO	38
6 CONSIDERAÇÕES.....	44
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	51
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Usuário)	52
ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ	54
ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa com a localização das Unidades Básicas de Saúde de Maringá, 2012.....	24
Figura 2- Frequência da prática de atividade física nas ATI pelos usuários, em Maringá, 2012	32
Figura 3- Tipo de atividade física praticada por idosos que não frequentavam as ATI em Maringá, 2012.....	36

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos idosos de acordo com a UBS, segundo o planejamento amostral e a coleta realizada, Maringá- PR - 2012.....	29
Tabela 1 - Distribuição dos idosos quanto ao perfil sóciodemográfico, segundo a prática de atividade física, Maringá- PR, 2012	33
Tabela 2 - Distribuição dos idosos quanto aos motivos para não adesão de atividade física na ATI, Maringá- PR, 2012	34
Tabela 3 - Distribuição dos idosos quanto à prática ou não de atividade física nas ATI, Maringá- PR, 2012	35
Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo presença de doenças e a prática ou não de atividade física, Maringá- PR, 2012.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
ATI	Academias da Terceira Idade
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada Integrada
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população mundial foi lento até meados do século 19, quando a humanidade atingiu o primeiro bilhão. Cem anos depois, passou para a casa de 2 bilhões. De 1927 a 1960, chegou à marca dos três bilhões de habitantes, e de lá até os dias atuais, esta aceleração do crescimento é cada vez mais substancial (UN,1999). Os dados atuais apontam para 7 bilhões. Nos países em desenvolvimento, o perfil demográfico está mudando, com um contingente bastante elevado de idosos em suas populações¹.

O Brasil é um país que está envelhecendo rapidamente com alterações claras em suas dinâmicas populacionais e até algumas décadas atrás era considerado um país de jovens, o que fez com que se desse pouca atenção a população em processo de envelhecimento, particularmente por se tratar de um país com graves problemas sociais. O aumento de indivíduos idosos na população colabora para transformações em vários setores socioculturais e econômicos, que afetam a sociedade como um todo. Dados divulgados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) apontam que a expectativa de vida do brasileiro atingiu 74,08 anos (74 anos e 29 dias) em 2011, um aumento de 0,31 anos (3 meses e 22 dias) em comparação a 2010 e de 3,65 (três anos, sete meses e 24 dias) em relação a 2000.

O crescimento relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, em face da alta fecundidade prevalente no passado comparativamente à atual e à redução da mortalidade. Enquanto o envelhecimento populacional significa mudanças na estrutura etária, a queda da mortalidade é um processo que se inicia no momento do nascimento e altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade².

Dentre os idosos observa-se um excedente de mulheres em relação aos homens. As mulheres vivem em média sete anos mais dos que os homens, havendo uma maior proporção de viúvas idosas, fato em parte explicada por tradicionalmente as mulheres se casarem com homens mais velhos do que elas e estar associado a maior mortalidade masculina na idade jovem³.

*Pode-se assinalar, sem dúvida, que a velhice se feminilizou, converteu-se em um assunto de mulheres. O fato mais significativo e simples sobre a velhice é que a população idosa é predominantemente feminina. As mulheres idosas enfrentam uma problemática muito particular na sociedade atual, o que as coloca, em uma posição de fragilidade e de vulnerabilidade.*³

O aumento da expectativa de vida ao nascer e o envelhecimento da população brasileira é uma conquista e também um desafio para os gestores do sistema público de saúde. Tal envelhecimento tem implicações consideráveis para a saúde pública, visto que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passaram a representar uma crescente demanda aos serviços de saúde⁴. O enfrentamento dessa realidade exige do Estado um sistema de saúde que garanta um envelhecimento ativo e saudável, por meio de ações integradas em todos os níveis de atenção, incluindo estratégias de promoção de saúde.

A ênfase em promoção da saúde tem sido dada desde o advento da Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa no Canadá, da qual resultou a Carta de Ottawa⁵. De acordo com esse documento, a promoção da saúde significa um processo de capacitação do indivíduo e da comunidade para que possam ter controle sobre sua saúde, com participação ativa na escolha de hábitos de vida. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, um conceito positivo que enfatiza recursos pessoais, sociais e as respectivas capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e mais, vai para além de um estilo de vida saudável para a busca de um bem-estar global, sendo entendida também como um fenômeno social.

A maior parte da carga de doenças, assim como as iniquidades em saúde que existem em todos os países, acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto de condições é chamado “determinantes sociais da saúde”, termo que resume os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais psicológicos e comportamentais que interferem na vida do indivíduo.

De acordo com Carvalho e Buss⁶, esses fatores são organizados em 3 níveis de abrangência: distal, intermediário e proximal. As políticas estruturantes da sociedade, as condições macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção

ambiental, junto com todas aquelas que visam diminuir as desigualdades sociais, de acordo com os autores citados, estão no nível distal. No intermediário, estão as condições de vida e de trabalho que se partilham numa determinada organização da sociedade. Intervenções nesse nível implicam a formulação e implementação de políticas que melhorem as condições de vida, assegurando o acesso à água potável, saneamento básico, moradia adequada, ambientes e condições de trabalho apropriadas, serviços de saúde e de educação de qualidade, e outros. No nível proximal, estão as escolhas dos indivíduos, hábitos e rede de relações. Intervenções nesse nível envolvem estratégias e políticas que favoreçam escolhas saudáveis, mudanças de comportamento para redução de riscos à saúde e a criação e ou fortalecimento de laços de solidariedade e confiança. Neste nível estão os programas educativos, projetos de comunicação social, ações de ampliação do acesso a escolhas saudáveis (alimentação saudável, espaços públicos para a prática de atividade física, e outros) e incentivo a organizações de redes sociais. Os determinantes mais importantes são aqueles que estratificam a sociedade. Os determinantes estruturais, tal como a distribuição de renda, a discriminação, por exemplo, baseada em gênero, classe, etnia, deficiência ou orientação sexual e a existência de estruturas políticas ou de governança que reforçam as iniquidades relativas ao poder econômico.

Esses mecanismos estruturais que influenciam a posição social ocupada pelos indivíduos são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. As discrepâncias atribuíveis a esses mecanismos modelam a saúde dos indivíduos através de determinantes intermediários, como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde⁷.

Apesar dos importantes avanços dos últimos anos na melhoria do valor médio de seus indicadores de saúde, o Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticos e relevantes são evitáveis, injustas e desnecessárias⁸.

O Relatório Final da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)⁹ as estratégias de intervenção para a promoção da equidade em

saúde precisam incidir sobre os diferentes níveis. Num sentido abrangente, a produção da saúde aconteceria pela organização de um contínuo de ações capazes de transformar positivamente os elementos que constroem os nossos modos de viver desde o nível mais próximo do sujeito até aquele mais distante.

Uma das estratégias de promoção da saúde para a redução do risco de várias DCNT é o incentivo e a prática de atividade física. Estudos mostram que atividades físicas frequentes e bem conduzidas, podem estar associadas à baixa morbidade e baixa mortalidade, além de melhorar as condições funcionais e a qualidade de vida. A ratificação da Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde para alimentação, atividade Física e Saúde pela Assembléia de Saúde Mundial em maio de 2004, enfatiza o fato de que a inatividade física vem se tornando um grande problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento⁸.

Para o Instituto Nacional do Câncer, a dieta é considerada como um dos fatores modificáveis mais importantes para o risco de doenças e agravos não transmissíveis. O Relatório da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde aponta que 80% dos casos de doenças coronarianas, 90% dos casos de diabetes tipo 2 e 30% dos casos de câncer poderiam ser evitados com mudanças nos hábitos alimentares, prática de atividade física e combate de produtos derivados do tabaco. Uma alimentação inadequada, rica em gorduras, com alimentos altamente refinados e processados, com baixo consumo de frutas, legumes e verduras está associada ao aparecimento de doenças como aterosclerose, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, doença isquêmica do coração, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus e câncer⁹.

Segundo a OMS *apud* Mendes⁴, as doenças crônicas e os distúrbios representam 59% do total de óbitos no mundo. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão as doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e câncer e as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga de doenças nos países em desenvolvimento.

1.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O sistema de saúde brasileiro, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe ações de promoção e recuperação da saúde, delineadas já na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986¹⁰. A Constituição Federal de 1988 baseou-se, no Relatório desta Conferência para a consolidação do sistema público de saúde brasileiro. No entanto, segundo Mendes⁷, no Brasil trabalha-se tradicionalmente em saúde pública com a divisão de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Em 2003, a Organização Mundial de Saúde propôs uma nova tipologia para ser utilizada nos sistemas de saúde: as condições agudas e as crônicas.

Nos últimos 50 anos têm prevalecido os modelos de atenção à saúde para as condições agudas em detrimento às condições crônicas. Embora o enfoque social do processo saúde-doença tenha se tornado frequente nos debates dos serviços de saúde e na formação de profissionais dessa área, o modelo biomédico e curativo no setor saúde prevalece. Ainda há uma lacuna entre retórica e prática das ações de promoção de saúde. Somente a partir de 1974 inicia-se a inserção da importância do estilo de vida como foco principal, somado a biologia humana e fatores ambientais associados, como as principais causas de morbimortalidade¹¹.

É preocupante a situação brasileira quando se trata do enfrentamento das doenças crônicas em especial das DCNT. O sistema público de saúde ainda busca a formulação de um modelo de atenção que priorize ações para o enfrentamento desses agravos, seja na prevenção, seja no combate das patologias ou das suas complicações. Até o momento as práticas acontecem prioritariamente na lógica de serviços de porta de entrada, em ações de intercorrências e pronto atendimento e mesmo nessa perspectiva ainda não garante a plenitude do acesso com qualidade.

As DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude no Brasil e correspondem a 72% das causas de mortes. Elas atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100.000 habitantes¹².

Vários fatores explicam a escalada na incidência de doenças não-

transmissíveis nas economias em desenvolvimento. A taxa de natalidade é maior e as mortes por doenças transmissíveis se reduzem acentuadamente; mais indivíduos portanto, expõem-se aos fatores tipicamente responsáveis pelo aparecimento precoce de doença cardiovascular. A hipertensão arterial, apontada como um dos principais fatores de risco cardiovascular nas economias em transição é tardiamente diagnosticada e, principalmente, mal controlada. O tabagismo dissemina-se entre homens e mulheres com muito mais intensidade do que nas economias desenvolvidas, cuja tendência é geralmente oposta¹³.

Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa de mortalidade na última década, principalmente em relação às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% em 1989 para 15,1% em 2010¹⁴.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi formulada em 2006, para direcionar ações de promoção nos municípios, considerando-se que:

... nas últimas décadas, tornou-se importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura tanto de indivíduos quanto de populações¹⁵.

Esta política expressa duas dimensões da promoção da saúde: uma que organiza as responsabilidades individuais e outra que estimula as responsabilidades coletivas.

O documento afirma que esta é uma estratégia de produção da saúde cuja especificidade é o fortalecimento da abordagem dos determinantes sociais nas ações do setor saúde, potencializando formas mais amplas de pensar e trabalhar os sujeitos e as comunidades. Nessa perspectiva, as ações de promoção à saúde são dirigidas de tal forma que o foco não fique somente no estilo de vida, o qual torna o indivíduo o único responsável pela sua saúde, mas em ações que tornem possível ao indivíduo e à comunidade fazerem opção por um modo de vida saudável,

introduzindo a idéia do empoderamento conforme preconizado na Carta de Ottawa^{5,16}.

Os sete eixos prioritários de ação da PNPS são: alimentação, atividade física, controle do tabagismo, prevenção da violência e cultura da paz, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e drogas e desenvolvimento sustentável.

1.2 OS BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO CONTROLE DA DOENÇA CRÔNICA.

A atividade física contribui para o bom funcionamento do organismo como um todo. Se não houver problemas de saúde que impeçam a prática de atividade física, ela deve fazer parte do cotidiano de todas as pessoas. Segundo a OPAS, estudos comprovam que 30 minutos de atividade física por dia, na maior parte dos dias da semana, trazem muitos benefícios: diminui a ansiedade, o estresse e a depressão, melhora o humor e a auto estima, diminui em 40% a chance de morrer por doenças cardiovasculares, previne diabetes, hipertensão, osteoporose e problemas respiratórios, ajuda a controlar o peso, reduz o câncer de cólon e de mama, auxilia no fortalecimento dos idosos que se tornam mais capazes de se movimentar sem quedas¹⁷.

Atividade física regular contribui para a redução das complicações das doenças crônicas não transmissíveis que atingem principalmente os idosos, podendo ainda, diminuir custos, aumentar benefícios sociais e interferir positivamente na qualidade de vida¹⁸.

Com o aumento da longevidade, se verifica uma maior prevalência de doenças crônicas que trazem consequências econômicas e sociais. Nesse contexto, observa-se um aumento crescente da implantação de programas de atividades físicas em todo o mundo como meio de promoção de hábitos saudáveis. A introdução destes programas voltados à qualidade de vida dos adultos e idosos, com profissionais das mais diversas áreas, atuando para alcançar metas de melhoria, não só da saúde, mas, também, da qualidade de vida e longevidade são importantes, visto que o país terá a sexta maior população de idosos do mundo, ou

seja, com mais de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos¹⁹.

O processo de envelhecimento, independentemente dos fatores étnicos, sociais e culturais inerentes a cada população, está associado a uma maior probabilidade de acometimento por DCNT. Este processo envolve alterações desde o nível molecular, passando pelo morfofisiológico até o funcional. Estas alterações estão associadas à própria idade e também se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, causados, sobretudo, pela interação entre fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como uma dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo¹⁹.

Cabe ressaltar, entretanto, que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de Determinantes Sociais de Saúde, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. As redes comunitárias de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social são de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. As condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicam que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços.

Um estilo de vida inadequado acaba aumentando a ineficiência metabólica, que contribui substancialmente para a quebra da homeostasia corporal. Tal fato, lentamente, torna o indivíduo mais suscetível a lesões orgânicas, culminando no desencadeamento de DCNT²⁰.

As alterações funcionais ocorridas com os idosos com o passar dos anos, associadas à DCNT, têm tornado os gerontes menos ativos e mais dependentes na realização das atividades de vida diária de forma autônoma, tendo sua qualidade de vida comprometida²¹.

Além disso, a prática de exercícios físicos de qualquer natureza pode ser uma maneira definitivamente significativa para prevenir a perda das capacidades físico-funcionais causadas pelo processo de envelhecimento.

1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PARANÁ

A densidade populacional de Maringá é de 732 hab/Km². Índice de Gini de 0,42. A taxa de alfabetização é de 90,4% na população geral ²².

Quanto ao saneamento básico, 99% dos domicílios estão ligados à rede de água tratada e coleta de lixo, enquanto 71,2% têm cobertura de rede de esgoto, a cobertura de energia elétrica é de 99%²³.

Ocupa a sexta posição em relação aos demais municípios paranaenses e 67ª posição em relação aos municípios brasileiros (0,841) no IDH²³.

Em março de 2005, o município instituiu um grupo de representantes de todas as secretarias municipais para realizar um evento em comemoração ao dia mundial da saúde, reunindo cerca de 2 mil pessoas de vários bairros da cidade para uma caminhada. Esta mobilização ocorreu através das UBS, Centros Esportivos, escolas, associações de bairro e organizações não governamentais.

Em agosto de 2005, foi realizado o 1º Seminário Maringá Saudável, com participação de cerca de 600 pessoas de diversos setores da sociedade, com o objetivo de envolver a comunidade local no desenvolvimento do município saudável, divulgar através de debates a promoção da saúde, desencadear processos de multiplicação das ações educativas e despertar os cidadãos para a concepção de saúde que destaca o caráter preventivo, para a promoção do bem estar individual e coletivo. A partir desse evento, o grupo passou a se reunir regularmente. Nomeou-se um coordenador, e passou-se a perseguir o objetivo de desenvolver projetos de promoção da saúde. O grupo foi denominado, através de decreto municipal, Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI).

Em 10 de outubro de 2005, o município aderiu à Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), passando a atuar em rede e na construção do conceito de cidade saudável.

A RMPS é ligada à Organização Mundial de Saúde (OMS). Sua missão é colaborar na conformação das políticas públicas saudáveis de forma participativa e articulada por meio dos diferentes representantes. Desde 2003, conta com o apoio técnico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP/ Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Medicina Preventiva e Social), do Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade (IPES).

Os objetivos da RMPS são viabilizar, ampliar e monitorar projetos e estratégias da Organização Pan-Americana da Saúde para as Cidades Saudáveis; construir políticas públicas saudáveis; promover a participação social de todos os setores; criar iniciativas sustentáveis; incorporar a colaboração de múltiplos setores e parceiros; instrumentar a administração municipal para que possa desenvolver um projeto de governo único e integrado; subsidiar gestores, técnicos, acadêmicos, organizações e sociedade para a construção de políticas públicas que considerem a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida como eixo principal do desenvolvimento dos seus projetos ²⁴.

Um município potencialmente saudável não é o que apresenta índices invejáveis de desenvolvimento humano, mas, sobretudo, aquele onde se desenvolve uma rica teia de relações entre o poder público e a sociedade local, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos ²⁵.

Nesse sentido, os municípios que integram a rede devem desenvolver suas ações com ênfase na participação popular em todas as fases do processo, objetivando a integração das diferentes políticas públicas, a valorização da questão ambiental, o desenvolvimento de políticas inovadoras em diversas áreas e formas de intercâmbio e adoção de indicadores que permitem a avaliação das ações²⁶.

Algumas experiências de RMPS são reconhecidas nacionalmente, pela inovação na promoção da saúde. O exemplo de Rio Claro/SP, estimula a participação da comunidade na formulação, implementação e avaliação das diferentes políticas públicas, por meio dos diversos Conselhos Municipais existentes e da realização de Conferências Municipais temáticas. A cidade foi pioneira na realização das Conferências da Cidade, que permitem a abordagem transdisciplinar

dos desafios urbanos. Pedreira/SP conseguiu um olhar diferenciado ao considerar as Associações de Moradores como exemplos de participação popular, na identificação e solução das questões referentes aos seus territórios e um incentivo à cidadania. Americana/SP instituiu fórum de discussão permanente, que possibilitou a viabilização de vários projetos, tais como a inclusão digital, por meio da Secretaria da Educação, a alfabetização sem Exclusão, Turismo e Comunidade, Turismo e Entidades, Casa de Eventos e outros, tendo como resultado mais importante o caminho para o resgate da confiança pessoal^{26,27,28}.

1.3.1- Integração da promoção e assistência à saúde

A gestão da saúde de Maringá adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2000. Em 2011 a cobertura foi de 63% da população, de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Das 66 equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde, 53 estão completas e 11 são equipes de Agentes Comunitários da Saúde. Dentre as equipes, 18 contam com equipe de Saúde Bucal. A manutenção integral dessas equipes tem se tornado um grande desafio, devido à dificuldade de contratação e fixação do médico na rede pública de saúde, especialmente na atenção básica, realidade esta, percebida não só em Maringá, mas em diversas cidades brasileiras.

Em 2010 foram implantadas sete equipes do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Estas equipes são compostas por profissionais das áreas de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, educação física, nutrição, serviço social e farmácia. Suas ações são voltadas para a promoção da saúde desenvolvidas nos diversos equipamentos sociais, com ênfase em ações intersetoriais, além das atividades voltadas ao matriciamento da atenção à saúde e apoio na gestão. A maioria dos trabalhadores do NASF participa de capacitações para realizar o apoio integrado às UBS, favorecendo a melhor integração dos pontos de atenção e melhorando a gestão do cuidado, o processo de trabalho e a participação da comunidade. Como estratégia para alcance dos resultados propostos a Secretaria Municipal de Saúde adotou a Política Nacional de Humanização, com várias experiências exitosas.

Tomando como base os sete eixos prioritários propostos pela PNPS, o município de Maringá foi inovador na iniciativa em implantar ações que favorecem não só o bem estar físico e mental, mas também a geração de renda, por meio da implantação de 25 hortas comunitárias em diferentes regiões do município e a instalação do programa de controle do tabagismo, que abrange desde a proibição de uso do tabaco em ambientes fechados até a organização de grupos de tratamento para cessação do tabagismo nas UBS.

Também são desenvolvidas ações pontuais e nos grupos programáticos das UBS (hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, puericultura) com relação à importância da alimentação saudável para manter e/ou promover a saúde, com ênfase no consumo de frutas, verduras e legumes.

Com relação ao eixo que trata da prevenção das violências e promoção da cultura da paz, foi criada uma rede descentralizada formada por 13 grupos de profissionais das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Educação, Assistência Social, Ministério Público, conselhos de direitos, polícias militar e civil, tendo por finalidade conhecer, discutir e buscar soluções para todos os casos de violência, envolvendo cada um dos órgãos de acordo com as respectivas abrangências. Para a implementação dessa ação foi realizada uma série de capacitações acerca do tema, incluindo: alinhamento conceitual sobre a violência, o que é e como realizar a escuta qualificada pelos profissionais e a importância e o valor do preenchimento adequado da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Com a adoção dessas medidas houve um aumento de cerca de 170% no número de notificações no período de 4 anos (31 em 2009 para 213 de 2010 até setembro de 2012). Todas essas iniciativas alicerçadas na visão de município saudável. O programa municipal foi denominado “Maringá Saudável”.

Complementando as ações saudáveis e visando incentivar a prática de atividade física entre os idosos, implantou as “Academias da Terceira Idade” (ATI) em parceria com empresas privadas. Essas academias são compostas por equipamentos metálicos (aparelhos de ginástica corporal) que servem para alongar, fortalecer, desenvolver a musculatura em geral e trabalhar a capacidade aeróbica.

Em 2006 foi instalada a primeira ATI e em 2012, já contava com 50 “academias” distribuídas na cidade; estrategicamente localizadas, próximas às UBS, com o objetivo de facilitar o envolvimento dos profissionais da ESF. Sua instalação visou a incorporação de ações que promovem a qualidade de vida na rotina dos serviços de saúde e no dia-a-dia das pessoas, na redução da morbimortalidade e das complicações das doenças crônicas não transmissíveis, considerando o número de idosos, hipertensos/diabéticos e os benefícios da atividade física para a saúde.

A ATI é uma versão maringaense de experiência chinesa existente há quase vinte anos nas Praças de Pequim, com resultados bastante positivos, segundo as autoridades de saúde daquele país. É composta por dez equipamentos de metal, para a prática de exercícios físicos ao ar livre, que servem para alongar, fortalecer, flexibilizar, estimular a mobilidade articular, desenvolver a musculatura em geral e trabalhar a capacidade aeróbica.

Elas são implantadas pela Prefeitura de Maringá, por meio de parceria entre as Secretarias de Saúde, Secretaria de Esportes e empresas privadas que financiam a compra dos equipamentos.

O terreno, a terraplanagem, a mão-de-obra para instalação, a manutenção dos equipamentos e os profissionais para orientação da prática da atividade física são de responsabilidade do setor público municipal.

A Secretaria de Esportes mantém um coordenador e estagiários nas ATI, orientando a realização dos exercícios, e a Secretaria de Saúde viabiliza o envolvimento dos profissionais das ESF no processo visando incentivar, principalmente entre os idosos, a prática regular de atividade física, a socialização, a melhora da auto-estima e da saúde em geral.

São realizadas atividades educativas, de orientação, avaliação e acompanhamento das atividades pelos profissionais das UBS e ESF. São incentivados a iniciar a atividade física na ATI os participantes dos grupos do programa HIPERDIA e outros grupos acompanhados pelas ESF. Desenvolvem-se junto aos freqüentadores das ATI atividades de detecção de glicemia capilar e verificação de sinais vitais, com o intuito de monitorar a saúde principalmente dos idosos, hipertensos e diabéticos.

Estudos preliminares da Gerência do Programa Maringá Saudável, setor responsável pelas ações da política de promoção à saúde, em parceria com a Universidade Estadual de Maringá, mostraram que a sociabilização, a diminuição de frequência aos serviços de saúde foi percebido entre os idosos.

Além das ações desenvolvidas pela atenção básica, sua organização e funcionamento fazem parte da rede, quatro unidades de referência em saúde mental (Centro Integrado de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial tipo II, Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) e duas policlínicas com consultas e exames especializados: a Policlínica Zona Norte, onde também estão o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Ambulatório de Ostomias e Tratamento de Feridas e a Policlínica Zona Sul, com o Ambulatório de DST e HIV/ AIDS ²⁹.

O município conta também com rede contratualizada, com serviços especializados e hospitais de média e alta complexidade. Possui Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados que em 2007 apresentava lista de espera para consultas especializadas de 17.144 ²⁹.

A rede hospitalar é composta por 13 hospitais, dos quais dois são públicos (1 estadual e 1 municipal), com um total de 1.306 leitos, sendo 767 (58,72%) destinados ao SUS. Dos leitos SUS, 252 (32,85%) são de psiquiatria, 515 leitos gerais e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para atender a Maringá, outros municípios da 15ª RS e macrorregião noroeste. O déficit de leitos hospitalares para o município é de aproximadamente 150. Em 2008 ocorreram 30.156 internações, sendo 35% de não residentes. O número de internações de residentes em 2008 foi de 19.578, com taxa de internação de 5,9%.

O presente estudo pretendeu recorrer a uma avaliação da utilização das ATI pelos idosos, comparando o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos frequentadores das ATI e dos não frequentadores, os motivos da adesão e não adesão às atividades físicas nas ATI, a fim de subsidiar os gestores, na tomada de decisões para a condução das atividades do Programa Maringá Saudável.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a utilização das Academias da Terceira Idade (ATI), pela população idosa residente no município de Maringá- PR, com foco na presença de doenças crônicas e suas relações com as práticas de exercícios físicos, com vista à promoção da saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil demográfico, social e cultural do município de Maringá;
- Realizar levantamento do número de idosos que frequentam e dos que não frequentam as ATI;
- Relacionar os portadores de DCNT com a prática de exercício físico;
- Investigar as causas da não adesão ao uso das ATI;
- Contribuir com os gestores municipais, fornecendo subsídios para a definição de implantação de ATI.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com enfoque quantitativo, analítico. Segundo Almeida Filho e Rouquayrol³⁰ estudos de corte transversal produzem investigações, que por sua vez, são “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros, produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado. São estudos com finalidade de obter o diagnóstico comunitário da situação local de saúde.

3.2 FONTE DE DADOS

O levantamento foi realizado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. O SIAB contém informações sobre as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família. Permite conhecer a realidade socioeconômica das famílias acompanhadas, da atenção à saúde e das condições mórbidas e situações de risco prioritárias.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

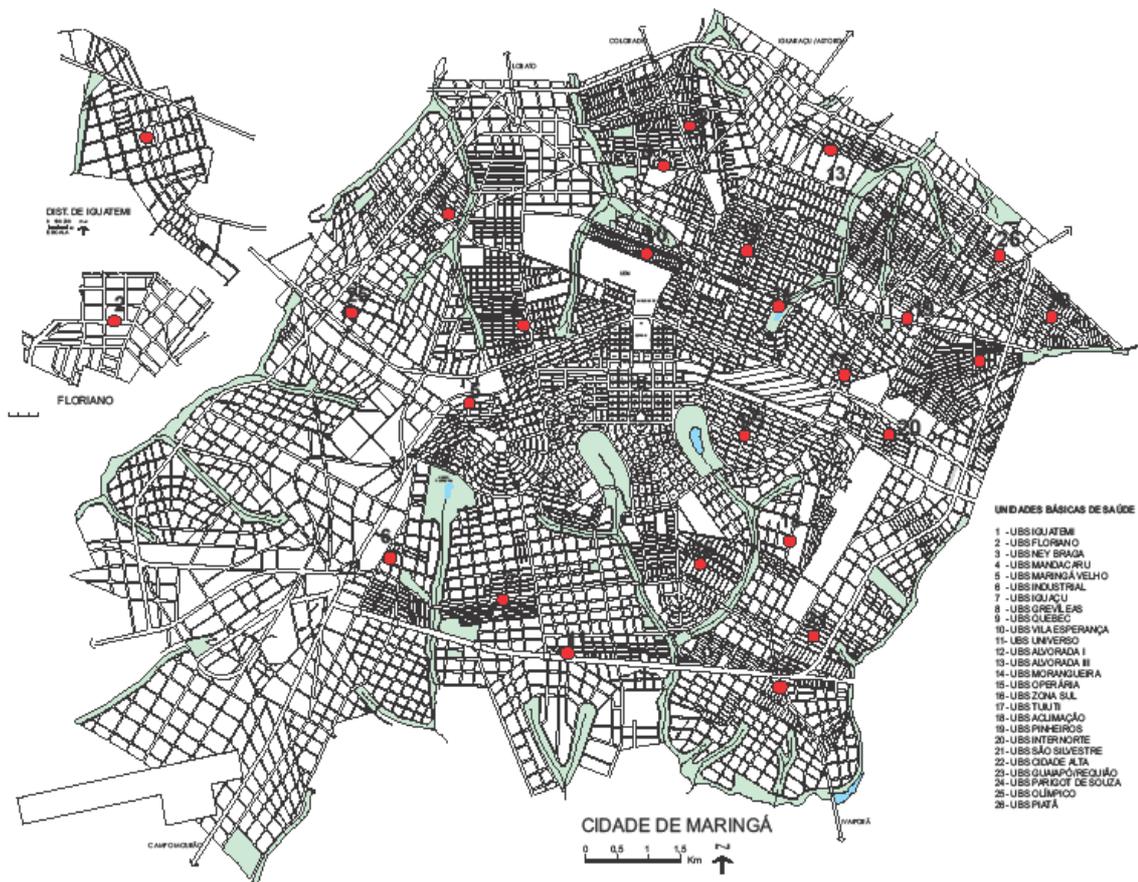
O estudo foi realizado no município de Maringá-PR, com população de 367.410 habitantes²², em todas as 26 UBS de Maringá, cujos dados são relativos ao número de idosos registrados nas respectivas áreas de abrangência. No que se refere à qualidade de vida da população, Maringá se destaca pela qualidade de vida de sua população.

O município assumiu a gestão de sua rede de serviços desde 1998 e possui uma infraestrutura de saúde organizada, com rede básica de atenção à saúde composta de 26 UBS, com cobertura atual da Estratégia Saúde da Família de 63% e

7 equipes de NASF. Porém padece com a crescente demanda por serviços de saúde, especialmente de leitos hospitalares.

A cidade de Maringá foi selecionada para realização desta pesquisa considerando que a experiência das ATI está consolidada.

Em 2012, a cidade contava com 50 ATI implantadas, que são frequentadas por aproximadamente 4 mil pessoas diariamente, principalmente por adultos de diferentes faixas etárias, especialmente os idosos.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (Planejamento), 2012.

Figura 1- Mapa com a localização das Unidades Básicas de Saúde de Maringá, 2012.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A partir do número total de idosos cadastrados no SIAB, (35.115) utilizando o programa StatDisk versão 8.4, calculou-se uma amostra de 3.150 idosos, considerando confiabilidade amostral de 98% e margem de erro de 2%, com 10% de possíveis perdas. Deste modo, optou-se por trabalhar com uma amostra de 3.500 idosos cadastrados, e posteriormente, novo cálculo para extração de amostra proporcional para cada UBS do município, de acordo com a concentração de idosos nos respectivos territórios.

A coleta de dados ultrapassou a amostra, sendo incluídos os 3.625 idosos na pesquisa.

Quadro 1-Distribuição dos idosos de acordo com a UBS, segundo o planejamento amostral e a coleta realizada, Maringá- PR -2012.

	UBS	Nº total de idosos	Amostragem inicial	Amostragem final
1	Aclimação	857	85	85
2	Alvorada I	2.198	219	220
3	Alvorada III	1.534	153	153
4	Cidade Alta	1.056	105	112
5	Distrito de Floriano	231	23	25
6	Grevíleas	1.182	118	118
7	Iguaçu	2.323	232	232
8	Distrito de Iguatemi	874	87	88
9	Industrial	723	72	73
10	Internorte	1.249	124	132
11	Mandacaru	2.053	205	205
12	Maringá Velho	1.613	161	161
13	Morangueira	2.237	223	242
14	Ney Braga	1.431	143	145
15	Olímpico	824	82	85

	UBS	Nº total de idosos	Amostragem inicial	Amostragem final
16	Parigot de Souza	1.180	118	121
17	Piatã	708	71	78
18	Pinheiros	2.397	239	269
19	Quebec	2.621	261	265
20	Requião	1.038	103	103
21	São Silvestre	777	77	77
22	Tuiuti	1.786	178	178
23	Universo	481	48	52
24	Vila Esperança	1.101	110	110
25	Vila Operária	1.419	141	173
26	Zona Sul	1.222	122	123
	Total	35.115	3.500	3.625

Fonte: SIAB – 2011.

3.5 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram selecionadas para o presente estudo, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas no SIAB das UBS.

A coleta dos dados se deu por meio de aplicação de questionário, realizado em visita domiciliar na residência do idoso, sendo excluídos os idosos que se recusaram a participar da pesquisa, portadores de transtornos mentais, com déficit auditivo ou de fala.

Os entrevistadores foram previamente capacitados e o questionário aplicado em pré-teste aos idosos na UBS Floriano para sua validação.

Para realização da coleta foram selecionados, aleatoriamente, idosos de todas as UBS do município de Maringá, proporcionalmente ao número de idosos de cada uma delas (Quadro 1) contemplando assim todas as áreas de abrangências das ATI, além dos Distritos (Iguatemi e Floriano).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a aplicação dos questionários (Apêndice A) estes foram digitados em planilha do software Microsoft Excel 2010. A análise dos dados foi realizada utilizando o Software Statistica 8.0. Inicialmente foi realizada a análise descritiva das variáveis sócio demográficas e epidemiológicas, seguida de aplicação do teste t e do teste qui-quadrado de Mantel-Haenscel. O teste t é utilizado quando se tem interesse em verificar se existe diferença entre duas médias e o teste qui-quadrado de Mantel-Haenscel é utilizado quando se tem intenção, com no caso do presente estudo, de verificar quais os fatores que possam influenciar a prática de atividade física. É uma análise univariada que verifica o quanto cada uma das variáveis isoladamente interfere na prática de atividade física.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília recebendo parecer favorável número 131/2012, de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Todos os entrevistados receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (Apêndice B) tendo como garantia o sigilo de sua identidade.

4 RESULTADOS

Foram aplicados questionário a 3.625 idosos com idade variando de 60 anos a 98 anos. Do total de idosos que responderam ao questionário aplicado, verificou-se uma prevalência de prática de atividade física nas ATI de 34,6%. Desses, 17,1% praticavam todos os dias da semana, 53,0% duas a três vezes na semana e 29,9% somente uma vez na semana, conforme demonstrado na figura 2.

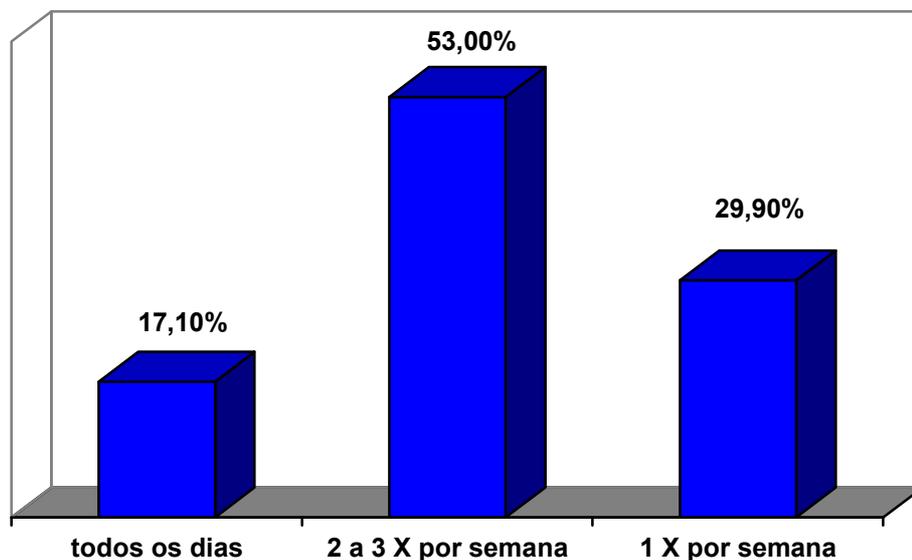


Figura 2- Frequência da prática de atividade física nas ATI pelos usuários, em Maringá, 2012

A idade média dos frequentadores da ATI $69 \pm 6,3$ foi ligeiramente menor que a dos não frequentadores $69,8 \pm 7,0$ e a idade foi significativamente menor pelo teste t para comparação de médias ($p=0,007294$).

O idoso que tinha idade entre 60 e 69 anos ($p=0,00001$), vivia no momento sozinho ($p=0,03682$), que tinha escolaridade de ensino fundamental incompleto ($p=0,01301$) apresentou mais chances de praticar atividade física do que os outros idosos. As demais variáveis não apresentou p significativo, portanto não foram fatores importantes para a prática de atividade física (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos quanto ao perfil sócio-demográfico, segundo a prática de atividade física, Maringá- PR, 2012.

Perfil	Frequência da ATI				OR	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Idade						
60 a 69 anos #	700	19,3	1260	34,8	1,8581	0,00001
70 a 79 anos	464	12,8	876	24,2		
80 a 89 anos	89	2,5	222	6,1		
90 a 99 anos	0	0,0	14	0,4		
Sexo						
Masculino	391	10,8	807	22,3	0,87965	0,07985
Feminino #	862	23,8	1565	43,2		
Vive no momento						
Com filhos e/ou parceiro	464	12,8	876	24,2	1,1442	0,03682
Vive sozinho (a) #	700	19,3	1260	34,8		
Com parentes	89	2,5	222	6,1		
Não informou	0	0,0	14	0,4		
Escolaridade						
Ensino fundamental in/completo #	862	23,8	1540	42,5	1,19005	0,01301
Ensino médio in/completo	219	6,0	378	10,4		
Ensino superior in/completo	67	1,8	92	2,5		
Sem escolaridade	96	2,6	342	9,4		
Não informou	9	0,2	20	0,6		
Renda						
Até 1 salário mínimo	471	13,0	959	26,5	1,05029	0,47768
1 a 3 salários mínimos #	577	15,9	1052	29,0		
3 a 5 salários mínimos	89	2,5	105	2,9		
Mais de 5 salários mínimos	20	0,6	36	1,0		
Não informou	96	2,6	220	6,1		
Situação trabalhista						
Não informou	700	19,3	1260	34,8	0,97924	0,72094
Empregado #	464	12,8	876	24,2		
Aposentado / Pensionista	0	0,0	14	0,4		

Referência; OR=OddsRatio; * p Significativo, logo a OR é significativa considerando 95% de confiança.

Foi questionado somente aos frequentadores se estes consideravam que a ATI possibilitou vínculos com outras pessoas. Destes, 95,3% relataram que sim e 4,7% que a ATI não possibilitava vínculos. Dos praticantes, 96,6% relataram que a ATI melhorou seu bem estar, e 3,4% relataram que a prática de atividade física não

melhorou o seu bem estar.

Um dos motivos mais apontados pelos não usuários das ATI para a sua opção de não frequentá-las, foi a falta de interesse relatada por 27,1% (642) e falta de tempo relatada por 26,1% (619), dentre outros motivos apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos quanto aos motivos para não adesão de atividade física na ATI, Maringá- PR, 2012

Motivo(s) pelo(s) qual(is) não frequênta as ATI	n	%
Falta de tempo		
Sim	619	26,1
Não	1753	73,9
ATI distante		
Sim	502	21,2
Não	1870	78,8
Falta de segurança		
Sim	57	2,4
Não	2315	97,6
Ausência de educador		
Sim	113	4,8
Não	2259	95,2
Indicação Médica		
Sim	402	16,9
Não	1970	83,1
Falta de interesse		
Sim	642	27,1
Não	1730	72,9
ATI lotada		
Sim	36	1,5
Não	2336	98,5
Outros motivos		
Sim	101	2,8
Não	2271	62,6

O idoso que praticava outra atividade física apresentou 5,04 vezes mais chances de realizar a atividade física nas ATI do que o não praticante ($p=0,00001$). Os que receberam orientações para a prática apresentaram 2,38 vezes mais chances de praticar do que aqueles que não receberam ($p=0,02931$). O idoso que tinha doença crônica apresentou 2,38 vezes mais chance ($p=0,00001$), de praticar

atividade física.

Aqueles que utilizavam medicamentos de uso contínuo tinham 1,21 vezes mais chances de praticar atividade física na ATI e quem fazia acompanhamento na UBS tinham menos chances de praticar atividade física na ATI (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos idosos quanto à prática ou não de atividade física nas ATI, Maringá- PR, 2012.

Variáveis	Frequência da ATI				OR	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Prática de outra atividade física						
Sim #	934	25,8	871	24,0	5,0456	0,00001
Não	319	8,8	1501	41,4		
Orientação para a prática de atividade física						
Sim #	1012	27,9	1512	41,7	2,3883	0,00001
Não	241	6,6	860	23,7		
Doença Crônica						
Sim	1015	28,0	1877	51,8	2,38842	0,00001
Não #	238	6,6	495	13,7		
Uso de medicamentos contínuos						
Sim #	1054	29,1	1929	53,2	1,2163	0,03038
Não	199	5,5	443	12,2		
Acompanhamento na UBS						
Sim #	285	7,9	604	16,7	0,84608	0,00001
Não	968	26,7	1768	48,8		

Referência; OR=Odds Ratio; * p Significativo, logo a OR é significativa considerando 95% de confiança.

Foi observado que dos idosos que receberam orientação para a prática da atividade física, 48,9% (1.772), ou seja, a maior parte recebeu esta orientação pelas equipes das UBS para praticar atividade física, embora somente 19,0% (689) realizavam a prática na ATI.

Dos idosos que praticavam outra atividade, 70% (1.387) deles faziam caminhada, 12,9% (256) exercícios em outra academia ou em casa, 10,8% (215) natação ou hidroginástica, 2,5% (49) ciclismo e 2,6% (51) outra atividade física como

atletismo, corrida, bocha, tênis, vôlei e futebol, conforme demonstrado na figura 3.

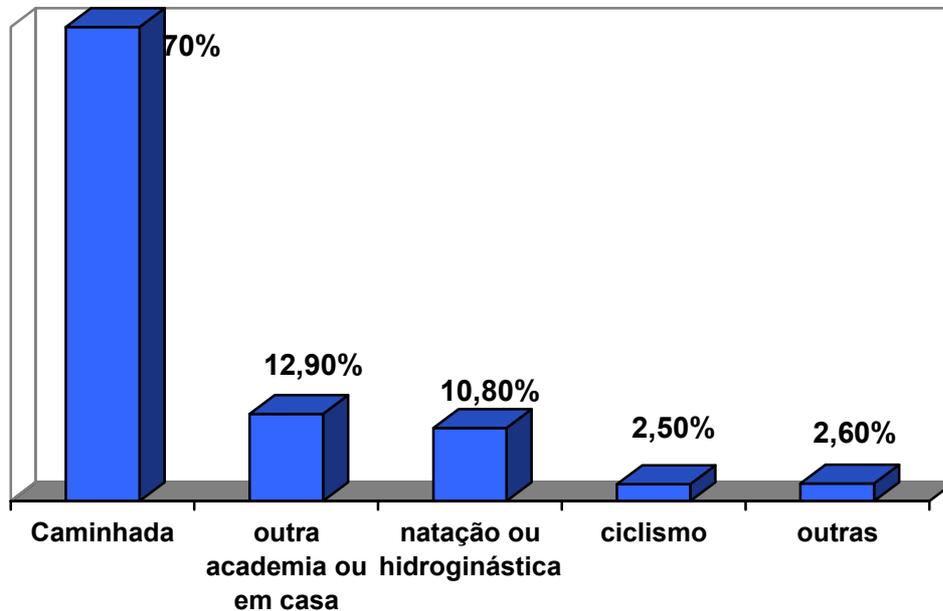


Figura 3- Tipo de atividade física praticada por idosos que não frequentavam as ATIs em Maringá, 2012

Em relação a ser portador de doenças crônicas, foi observado que a maior prevalência foi de hipertensão, 65,0% (2.355), seguida de diabetes por 22,8% (828).

Quando realizada a comparação entre os grupos que frequentavam as ATIs e os que não frequentavam e a presença de doença crônica, foi observado que somente as doenças cardiovasculares apresentaram diferença estatística entre esses dois grupos. Os idosos que frequentavam as ATIs eram portadores de doenças cardiovasculares de forma mais significativa dos que os que não frequentavam, conforme demonstrado na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo presença de doenças e a prática ou não de atividade física, Maringá- PR, 2012.

Doença	Frequência da ATI				OR	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Hipertensão						
Sim	8	0,2	18	0,5	1,19	0,84027
Não	1245	34,3	2354	64,9		
Diabetes						
Sim	270	7,4	558	15,4	1,12	0,19152
Não	983	27,1	1814	50,0		
D. Cardiovascular						
Sim	91	2,5	223	6,2	1,32	0,03444*
Não	1162	32,1	2149	59,3		
Epilepsia						
Sim	8	0,2	18	0,5	1,19	0,84027
Não	1245	34,3	2354	64,9		
Artrites/reumatismo						
Sim	101	2,8	190	5,2	0,99	0,90645
Não	1152	31,8	2182	60,2		
Hepatites						
Sim	8	0,2	8	0,2	0,52	0,11776
Não	1245	34,3	2364	65,2		
Osteoporose/osteopenia						
Sim	66	1,8	141	3,9	1,13	0,44722
Não	1187	32,7	2231	61,5		
Depressão						
Sim	5	0,1	14	0,4	1,48	0,60571
Não	1248	34,4	2358	65,0		
Outra doença						
Sim	27	0,7	37	1,0	0,71	0,15387
Não	1226	33,8	2335	64,4		

Referência; OR=OddsRatio; * p Significativo, logo a OR é significativa considerando 95% de confiança.

5 DISCUSSÃO

Segundo a OPAS¹³, as doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro, principalmente as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias, reflexo do estilo de vida das pessoas no mundo.

Em Maringá esta situação não é diferente. As principais causas de mortalidade são as doenças cardiovasculares e as neoplasias, refletindo o painel epidemiológico do restante do país.

A partir do entendimento de que atuar somente sobre a doença, dificilmente este quadro epidemiológico seria revertido, em Maringá, buscou-se consolidar a estratégia de município potencialmente saudável proposto pela OPAS. Nos últimos oito anos tem sido feito um investimento substancial no sentido de consolidar esta estratégia.

Os resultados encontrados nesta pesquisa expressam uma primeira aproximação da avaliação de ações de promoção à saúde da população de Maringá, enfocando a atividade física como uma das alternativas para a melhoria da qualidade de vida, que vem sendo implementadas desde o início de 2005.

A gestão municipal decidiu assumir como uma das bandeiras para a organização do sistema de saúde municipal a promoção da saúde dos munícipes, com os sete eixos prioritários propostos pela PNPS¹⁵, que são: alimentação, atividade física, controle do tabagismo, prevenção da violência e cultura da paz, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e drogas e desenvolvimento sustentável.

Passados praticamente oito anos desta decisão, podemos afirmar que o município de Maringá tornou-se vanguarda na iniciativa de promoção da saúde de sua população com a implantação de políticas que atuam na mudança do paradigma curativo/assistencial para os cuidados preventivos/promocionais, favorecendo não só o bem estar físico e mental, mas também a geração de renda. Essas iniciativas foram alicerçadas também no ideário de município saudável proposto pela OPAS, através do programa municipal que foi denominado “Maringá Saudável”.

Em março de 2005, realizou-se um evento de âmbito municipal, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, mas com a participação na organização de representantes de todas as demais Secretarias Municipais da Prefeitura, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde. Este evento reuniu cerca de duas mil pessoas de vários bairros, para uma grande caminhada.

A realização do 1º Seminário Maringá Saudável, com participação de diversos setores da sociedade, visando envolver a comunidade local no desenvolvimento do município saudável; divulgar por meio de debates a promoção da saúde; desencadear processos de multiplicação das ações educativas despertando os cidadãos para a concepção de saúde que destaca o caráter preventivo (viver mais e melhor), para a promoção do bem estar individual e coletivo. A partir desse evento, o grupo com representantes de todas as Secretarias Municipais que havia sido formado para a operacionalização da Caminhada de 05 de março, passou a se reunir regularmente. Nomeou-se um coordenador, e passou-se a perseguir o objetivo de desenvolver projetos de promoção da saúde. O grupo foi denominado, por meio de decreto municipal, Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI).

A adesão à Rede de Municípios e Comunidades Potencialmente Saudáveis, com a assinatura do Termo de Compromisso, ocorreu em outubro de 2005 e a reafirmação foi renovada em 2009.

Dos idosos participantes da pesquisa (3.625), a idade média foi entre 60 e 98 anos. Destes, 34,6% eram frequentadores das ATI, com predominância daqueles que praticavam atividade física de 2 a 3 vezes na semana.

Segundo Zaituneet al³¹, atividade física tem sido crescentemente promovida pelos reconhecidos benefícios físicos, psicológicos e sociais advindos da sua prática especialmente entre os idosos, pois favorece a manutenção da independência, da saúde e da qualidade de vida e pode reduzir o uso de serviços de saúde e de medicamentos, o risco de desenvolver doenças ou agravos crônicos, de morte e de institucionalização. Alguns benefícios podem ser alcançados mesmo quando há apenas um pequeno incremento na atividade em indivíduos sedentários.

Constata-se que adesão à prática de exercício físico está relacionada à idade

dos idosos. A idade avançada limita a prática de exercício físico. Dos idosos frequentadores das ATI, aqueles que tinham até 69 anos mostraram maior adesão e utilização mais frequente das academias.

Estudos demonstram que a prática de exercício físico regular melhora o nível de atividade física dos idosos e contribui para a manutenção e/ou melhoria da capacidade funcional e, conseqüentemente, contribui para um envelhecimento saudável^{32,33}.

Nas últimas décadas, a prática de atividade física tem sido cada vez mais promovida pelos reconhecidos benefícios físicos, psicológicos e sociais. A atividade física favorece a manutenção da independência, saúde e da qualidade de vida e pode reduzir o uso de serviços de saúde e de medicamentos, o risco de desenvolver doenças e agravos crônicos, de morte e de institucionalização³⁴.

A atividade física regular contribui para a redução das complicações das doenças crônicas não transmissíveis que atingem principalmente os idosos, podendo ainda, diminuir custos, aumentar benefícios sociais e interferir positivamente na qualidade de vida¹⁸.

Além disso, a prática de exercícios físicos de qualquer natureza pode ser uma maneira definitivamente significativa para prevenir a perda das capacidades físico-funcionais causadas pelo processo de envelhecimento³⁵. Percebe-se ainda, que a prática rotineira de qualquer atividade potencializa a manutenção dos exercícios nas ATI. Talvez o condicionamento físico torne-se uma necessidade do usuário, fazendo com que ele sinta falta desta atividade.

Estudos comprovam que 30 minutos de atividade física por dia, na maior parte dos dias da semana, trazem muitos benefícios: diminui a ansiedade, o estresse e a depressão, melhora o humor e a auto estima, diminui em 40% a chance de morrer por doenças cardiovasculares, previne diabetes, hipertensão, osteoporose, e problemas respiratórios, ajuda a controlar o peso, reduz o câncer de cólon e de mama, auxilia no fortalecimento dos idosos que se tornam mais capazes de se movimentar sem quedas¹⁷.

Com base nos dados desta pesquisa, de que 34,6% dos idosos participam de

alguma atividade física e a tendência de aumento do envelhecimento deste contingente, que no último censo atingiu 12,2% (aproximadamente 32 mil idosos), remete o gestor a estabelecer estratégias de consolidação das políticas públicas de promoção à saúde, voltadas para inclusão e agregação de mais pessoas desta faixa etária. Talvez, uma das estratégias será utilizar a capacidade agregadora das mulheres, pela sensibilidade, preocupação inerente de maternidade, capacidade de cuidar de si e dos outros e percepção sobre a saúde e a qualidade de vida.

O grande desafio será convencer os homens a participarem de atividade física rotineira, pois as políticas públicas voltadas para a saúde do homem, são recentes e ainda não estão consolidadas no país

Outra ação importante deverá ser calcada na educação para a saúde, envolvendo o trabalho intersetorial com fomento a projetos desenvolvidos por escolas públicas e privadas, universidades, igrejas, e comunidade em geral, bem como ações efetivas desenvolvidas pelas unidades de saúde, especialmente a atenção básica.

Entendendo que esse é um processo em construção, observa-se que a população maringaense, ao longo destes oito anos de implementação de políticas voltadas para a promoção à saúde, tem aceitado e participado das Academias da Terceira Idade, tendo em vista o grande número de pessoas que usam esses equipamentos diariamente.

No que tange ao perfil sociodemográfico, não houve diferenciação entre gêneros, diferentemente do encontrado no estudo realizado por Benedetti et al³⁶, no qual as pessoas do sexo feminino tiveram maior adesão à prática do exercício físico.

Quanto à escolaridade observou-se que os idosos com ensino fundamental incompleto e que viviam sozinhos foram os que mais aderiram à prática de exercício físico, podendo estar associado à solidão, e por esses espaços proporcionarem vínculos afetivos de convivência. Para Nahas³⁷, a atividade física, além de benefícios corporais demonstra um estilo de vida, pois corrobora para a articulação de redes sociais de amizades, com redução dos índices de depressão.

Os resultados encontrados diferem de outros estudos nos quais foi observado

que pessoas de segmento de menor renda e escolaridade teriam menos acesso a equipamentos, a locais públicos e seguros para a prática de exercício ou a ambientes e locais privados pagos e ou de alto custo^{38,39} Essa não seria uma preocupação para os frequentadores das ATI de Maringá, por se tratarem de equipamentos públicos gratuitos, com acesso facilitado, dotados de pessoal qualificado para orientação sobre a prática da atividade física, com boa ergonomia e localizadas em locais públicos, com boa iluminação que favorece a segurança do usuário.

Conforme demonstrado nos resultados na comparação entre os idosos que frequentavam as ATI e os que não frequentavam, foi observado que os idosos que receberam orientação sobre atividade física apresentaram mais chance de frequentar as ATI e praticar outra atividade física em comparação aos que não frequentavam.

Foi observado também que os portadores de doença crônica e que faziam uso contínuo de medicamentos demonstraram maior sensibilidade à prática de atividade física em ATI.

Quanto à orientação por parte da equipe de saúde, esta é uma prática educativa potente e que deve ser estimulada, para adesão dos idosos na prática de atividade física, pois os idosos orientados tiveram 2,38 mais adesões em relação àqueles que não foram orientados. Assim, as equipes de saúde da família, necessitam cada vez mais do apoio matricial, que pode e deve ser consolidado pelos NASF, que contam com profissionais da área da educação física e fisioterapia.

A prática de atividade física regular apresenta um impacto positivo na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para aquelas que se constituem na principal causa de mortalidade entre os idosos: as doenças cardiovasculares. A atividade física age positivamente sobre alguns fatores de risco, como a pressão arterial, o perfil de lipoproteínas e a tolerância à glicose, os quais influenciam na saúde dos indivíduos com mais de 60 anos de idade e a longevidade. Ainda, a prática pode beneficiar o processo cognitivo (memória, aprendizagem e atenção), melhorar a autoestima, o autoconceito, a autoimagem, a ansiedade, a insônia e a socialização, e diminuir o risco de demência, de demência

senil e de doença de Alzheimer⁴⁰.

Em pesquisa realizada por Leite-Cavalcanti⁴¹, foram avaliados 117 idosos, com idades entre 60 e 89 anos, do município de João Pessoa – PB. Foi observado que 56,4% reportaram não praticar atividade física, 78,6% utilizam medicamentos e 82,1% afirmaram possuir alguma doença crônica não transmissível, sendo mais frequente a hipertensão arterial (56,4%), as dislipidemias (33,3%) e a diabetes mellitus (20,5%). A prevalência de doenças crônicas foi elevada, principalmente a hipertensão arterial, concordando com o estudo em questão, no qual foi observado que 65% da população estudada padecem de hipertensão arterial.

Foi observado que o número de idosos que frequentavam as ATI que apresentavam doenças cardiovasculares era maior do que os que não freqüentavam. Este fato corrobora com estudo realizado por Belloni⁴², no qual, demonstra a partir de estudo comparativo entre a autonomia funcional de mulheres idosas praticantes e não praticantes de hidroginástica, sendo observado que o melhor meio de promover a saúde do idoso é prevenir ou diminuir os agravos mais frequentes, principalmente à prevenção de doenças cardiovasculares, consideradas como principal causa de morte nessa faixa etária, que pode ser agravada por diversos fatores, como o sedentarismo³². Portanto, pode-se avaliar que os idosos portadores de doenças cardiovasculares foram mais orientados a realizar atividade física e estes que receberam orientações tiveram mais chance de participação.

Durante o processo de envelhecimento, os sistemas fisiológicos humanos apresentam declínio em sua estrutura e funcionamento, que está comumente associado a um crescente decréscimo de atividade física, limitações ou incapacidades e, principalmente, a alta prevalência de doenças crônicas e agravos não transmissíveis, que resultam em consideráveis causas de mortalidade⁴³.

Evidencia-se, portanto, a importância de garantir aos adultos e idosos não somente sobrevida maior, mas, também, melhores condições de vida. Nesse contexto, observa-se que algumas DCNT, como as cardiovasculares, seus fatores de risco metabólicos (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias) e a incapacidade funcional tornam-se, muitas vezes, causas de morbidade e mortalidade entre adultos e idosos⁴⁴.

Finalmente, os resultados mostram que a adesão à prática de atividade física deve ser incentivada entre os idosos, aumentando a prevalência encontrada de 34,6%. Esta atividade comprovadamente melhora as condições físicas e emocionais dos usuários, conforme encontrado na pesquisa.

O município de Maringá reúne todas as condições materiais, equipamentos e equipes de profissionais das Secretarias Municipais de Saúde e do Esporte à disposição do Programa Maringá Saudável, favorecendo assim a melhoria da qualidade de vida e o envelhecimento saudável dos munícipes maringaenses.

6 CONSIDERAÇÕES

Baseado na análise dos dados verificou-se que, do total de idosos entrevistados, 34,6% praticavam atividades físicas nas ATI. A faixa etária prevalente foi de $69 \pm 6,3$ anos. Os frequentadores consideraram que as atividades nas ATI possibilitavam vínculo com outras pessoas e melhoravam o bem estar em relação a doenças crônicas.

Os idosos que frequentavam as ATI eram portadores de doenças cardiovasculares de forma mais significativa do que os que não frequentavam. Já

com relação ao grupo de idosos que não frequentavam as ATI, os principais motivos para não frequentá-las foram: falta de tempo, distância das ATI e falta de interesse.

Diante desse contexto, ressalta-se a importância de promover a instalação de mais ATI no município, facilitando o acesso da população, como também promover ações que estimulem a intersetorialidade da saúde, educação e esportes, visando à conscientização sobre a importância de manter ações saudáveis e o incentivo a prática de atividade física a todas as faixas etárias da população.

Considerando o percentual significativo dos não frequentadores das ATI, conclui-se que ainda são necessárias ações mais eficazes de sensibilização e convencimento dos usuários idosos da rede municipal de saúde para a atividade física. E outras ações de hábitos saudáveis de vida devem ser estimuladas pelo poder público para melhorar a qualidade de vida desta população.

Porém, são inegáveis os benefícios que as ATI trouxeram para a saúde e o convívio social dos idosos maringenses.

As políticas de promoção implantadas pelo governo municipal são reconhecidas e observa-se mudança no comportamento das pessoas quanto à adoção de hábitos de vida saudável, geração de renda para as famílias mais carentes e prevenção de agravos.

No que tange à prática de exercícios físicos, objeto de análise desta pesquisa, o resultado alcançado foi significativo, o que afirma o propósito de ampliar o seu escopo, a fim de contribuir com a consolidação das políticas públicas, voltadas para a promoção e prevenção de agravos.

Vale ressaltar, a importância de fortalecimento das ações da atenção básica, articuladas entre os diversos programas e estratégias desenvolvidos no país, a exemplo da Saúde da Família, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Vigilância em Saúde, Política de Promoção à Saúde e outros, com o propósito de reduzir os índices de morbimortalidade das DCNT, cujo controle e tratamento oneram os cofres públicos e impossibilitam o envelhecimento saudável.

Espera-se como consequência a melhoria dos indicadores do município, aumentando assim a longevidade com qualidade de vida dos maringenses.

REFERÊNCIAS

1. Nunes M. A construção social simbólica do envelhecimento. REVISTA PORTAL de Divulgação, n.12, Julho 2011 –
2. Camarano. A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. Ministério Do Planejamento, Orçamento e Gestão - IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.. 2002.
3. Salgado. CDS. Mulher idosa. A feminilização da velhice. Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.
4. Barros MBA, et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. Rev. Ciênc. &

- Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011 16(9)
5. OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Carta de Ottawa. 1986.
 6. Carvalho, A.I.; Buss, P.M.. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. *In* Giovanella, L. (Org) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p141-166.
 7. Mendes E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
 8. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992. 22(3): 429-425.
 9. CNDSS. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008.
 10. BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. 1987.
 11. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a.
 12. Schimit MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D., Menezes PR. Doenças crônicas não Transmissíveis no Brasil: Cargas e desafios atuais. *The LANCET*, 2011.
 13. OPAS. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; 2003.
 14. Ministério da Saúde (Brasil) – Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-1022- Versão preliminar - Brasília DF - Julho de 2011c.
 15. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde- Brasília: 2006 (Série B. Textos Básicos de Saúde).
 16. Ministério da Saúde (Brasil), O SUS de A a Z: Garantindo a Saúde nos municípios. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde. 3ªed., 3ª reimp.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.
 17. OMS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia Mundial sobre

- Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, 2003.
18. Palácios AROP, A concepção do programa Maringá Saudável, suas ações e resultados. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.44, p 34-40, maio 2009.
 19. Gottlieb MG, Schwanke CHA, Gomes G, Cruz IBM. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2011; 14 (2): 365-380.
 20. Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, et al Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da organização Mundial da Saúde. *Epidemiologia e Serv. Saúde*. 2006: 41-68.
 21. Amorim FS, Dantas EHM. Autonomia e resistência aeróbica em idosos: efeitos do treinamento da capacidade aeróbica sobre a qualidade de vida e autonomia de idosos. *Fitness & Performance Journal*, Rio de Janeiro, 2002. 1(3): 47-59.
 22. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades @ 2012*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
 23. Secretaria de Saúde (Maringá). *Plano Municipal de Saúde 2010/2013*. 1ª Edição. Maringá, 2010.
 24. Palácio, AROP. O Projeto Hortas Comunitárias no Município de Maringá . *divulgação em Saúde para Debate* , Rio de Janeiro. 2012; 48:35.
 25. Brandão IR. Na Trilha do Município Saudável: *in* O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis – Repensando a mobilização e a participação social. Volume 3. Sperandio, AMGS (Org.)... (et al.). Campinas, SP. UNICAMP: Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade – IPES, 2004. 93p. p28.
 26. Costa, JLR. Remando em Direção ao Município Saudável: *in* O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis – Repensando a mobilização e a participação social. Volume 3. Sperandio, AMGS (Org.)... (et al.). Campinas, SP. UNICAMP: Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade – IPES, 2004. 93p. p. 26

27. Rodriguez EFM. Pedreira já envolvida na REDE: *in* O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis – Repensando a mobilização e a participação social. Volume 3. Sperandio, AMGS (Org.)... (et al.). Campinas, SP. UNICAMP: Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade – IPES, 2004. 93p .p. 30 .
28. Feliciano MAM, e Bueno, RMFM. Americana vivendo o presente e tecendo o futuro na Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. *in* O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis – Repensando a mobilização e a participação social. Volume 3. Sperandio, AMGS (Org.)... (et al.). Campinas, SP. UNICAMP: Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade – IPES, 2004. 93p p. 53.
29. Secretaria de Saúde (Maringá). Relatório Anual de Gestão 2012. Maringá, 2012.
30. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia, 4. ed., revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, 282 p.
31. Zaitune MPA, Marilisa BAB, Chester LGCL, Carandina MG, Alves PGCM. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(8):1606-1618, ago, 2010.
32. Mazo GZ, Mota J, Gonçalves LHT, Matos MG. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. Rev. Port. Cien. Desp. 2005; 5(2):202-212.
33. Cardoso AS, Levandoski G, Mazo GZ, Prado APM, Cardoso LS. Comparação do nível de atividade física em relação ao gênero de idosos participantes de grupos de convivência. RBCEH 2008; 5(1):9-18.
34. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King A.C, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc. 2007; 39:1435-45.

35. Nascimento CMC. Nível de atividade física e principais barreiras percebidas entre idosos do bairro Vila Alemã – Rio Claro/SP. *Revista da Educação Física*, Maringá, 2008. 9 (1): 109-11.
36. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2012. 1 (8) 2087-2093.
37. Nahas MV. *Atividade Física e Qualidade de Vida*. 2º ed. Londrina: Midiograf, 2001.
38. Cassou ACN, Fermino RC, Santos MS, Rodriguez-Anes CR, Reis RS. Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. *Rev. Educ Fís*. 2008; 19:353-60.
39. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21:870-7.
40. Santana MS, Significado da Atividade Física para Práticas de Saúde na Terceira Idade. 8. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2010; 15(2):239-54.
41. Leite-Cavalcanti C, Gonçalves MCR, Ascutti LSR, Leite-Cavalcanti A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Revista Salud Pública*. 2009; 11(6):865-77.
42. Belloni D, et al. Estudo comparativo entre a autonomia funcional de mulheres idosas praticantes e não praticantes de hidroginástica. *Revista de Educação Física*, Rio de Janeiro, n. 140, p. 20-25, 2008.
43. Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Batista Filho M, Schimidt MI, et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2005; 14(1): 41-68.
44. 34 Zago AS, Polastri PF, Villar R, Silva VMS, Gobbi S. Efeito de um programa geral de atividade física de intensidade moderada sobre os níveis de resistência de força em pessoas da terceira idade. *Rev. Bras. Atividade Física e Saúde*. 2000; 5(3):42-51.

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**Universidade de Brasília**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	Parecer CEP/UNB n 131/12
Unidade de Saúde:	
Nome:	
Endereço:	
Perfil sócio-demográfico	
1- Idade: _____ (anos completos)	
Gênero: () M () F	

pesquisa e lhes asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo e a omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). A sua participação será por meio de uma discussão em grupo a qual será gravada, realizada nas dependências das ATI e UBS com o auxílio de funcionários e estudantes de cursos da área de saúde que lhe prestarão todas as informações necessárias e esclarecerão todas as dúvidas que você tiver para participar da pesquisa.

Se você concordar em participar do estudo, mas, por algum motivo, mudar de idéia você terá todo o direito de sair a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Você poderá também se recusar a responder qualquer questão que julgar constrangedora. Esclarecemos ainda que esse termo lhe será entregue em duas vias: uma cópia ficará com você e a outra será entregue ao pesquisador.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no setor de saúde podendo, inclusive ser publicados posteriormente em revistas científicas. As gravações das discussões em grupo ficarão sob a guarda da coordenadora da pesquisa.

Caso você tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Assinatura de testemunha (caso o respondente não tenha escolaridade)

Maringá, _____/ outubro/2012.

Mais informações:

Antônio Carlos Figueiredo Nardi. Fone: (061) 92616526

email – antonionardi@maringa.pr.gov.br

Ana Valéria Machado Mendonça (061) 81474040

e-mail: valeriamendonca@gmail.com

ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ


ESTADO DO PARANÁ
Ofício n.º 223/2012 –EXPEDIENTE/SAÚDE/LMMS

Maringá, 28 de fevereiro de 2012.

Senhora Orientadora,

Informamos a Vossa Senhoria que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 001/2010 desta Secretaria Municipal de Saúde; a execução do Projeto de Pesquisa “As Academias da Terceira Idade na Promoção da Saúde: Uma Avaliação Quantiquantitativa em Maringá - Paraná, que será desenvolvido pelo mestrando Antônio Carlos Figueiredo Nardi.

Atenciosamente,


COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS

Ilustríssima Senhora
DRA. ELZA MARIA DE SOUZA
Orientadora
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
BRASÍLIA-DF.

ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **131/12**

Título do Projeto: “As academias da terceira idade na Promoção da saúde: Uma avaliação quantiqualitativa em Maringá - Paraná”.

Pesquisadora Responsável: Antonio Carlos Figueiredo Nardi
Data de Entrada: 23/07/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **131/12** com o título: “As academias da terceira idade na Promoção da saúde: Uma avaliação quantiqualitativa em Maringá - Paraná”, analisado na 7ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de agosto de 2012.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 27 de setembro de 2012.


Prof. Natal Monsore
Coordenador do CEP-FS/UnB