

Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia

Health promotion and prevention of functional disability in elderly due family health strategy: the contribution of the physical therapy

Giovanni Gurgel Aciole¹, Lucia Helena Batista²

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil.
giovanni@ufscar.br

² Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil. Professora do Centro Universitário de Araraquara (UNIARA) - Araraquara (SP), Brasil.
ufscarr@ig.com.br

RESUMO A procura de idosos por serviços de saúde costuma ocorrer quando estes são acometidos por limitações importantes e/ou necessitam de assistência devido à redução da força muscular e a incapacidades funcionais. Tal momento é fundamental para que profissionais da saúde, particularmente fisioterapeutas, amenizem o enfraquecimento muscular e reduzam as incapacidades e dependências. O presente artigo expõe ações de promoção da saúde e prevenção das incapacidades funcionais na terceira idade para que as equipes de saúde da família possam estimular os idosos a mudarem seus hábitos e viverem suas vidas com melhor qualidade. Espera contribuir para a incorporação das práticas fisioterapêuticas entre as equipes de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Idosos; Incapacidade Funcional; Fisioterapia; Saúde da Família; Saúde Pública.

ABSTRACT *The demand for health services for elderly often occurs when already suffering from significant limitations and/or require assistance due to decreased muscle strength and functional disability. Critical time for health professionals, particularly physiotherapists, alleviating muscle weakness and reduce disability and dependency. This paper presents the actions of health promotion and prevention of functional disability in old age, so that the family health teams can stimulate the elderly to change their habits and live a life with better quality. Expected to contribute to the incorporation of physical therapy practices among health staff.*

KEYWORDS: *Elderly; Functional Disabilities; Physical Therapy; Family Health; Public Health*

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial crescente (GREENLUND; NAIR, 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas na terceira idade, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). No caso brasileiro, este é um fenômeno de magnitude e importância crescentes, pois a população com idade igual ou superior a 60 anos já é da ordem de 15 milhões de habitantes e se prevê que este número praticamente dobre antes de decorrida mais uma década. Com a transição de uma população jovem para uma população envelhecida, há uma alteração do panorama epidemiológico relativo a morbidade e mortalidade, com o aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis expressando a maior proporção de pessoas idosas portadoras dessas doenças (FREITAS *et al.*, 2002). O predomínio das doenças crônico-degenerativas e suas complicações implicam duas consequências importantes: explosão da demanda de utilização dos serviços de saúde (CHAIMOWICZ, 1997) e geração de alto custo social e econômico, principalmente para os sistemas de saúde, especialmente pelo número de internações com tempo aumentado de permanência nos leitos (RENNO, 2003).

Em suma, o envelhecimento das populações é um dos mais importantes desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, onde o envelhecimento ocorre em um ambiente de pobreza e grande desigualdade social. Daí a necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde adequadas à realidade desses indivíduos, para que envelheçam com saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; BENETTI *et al.*, 2008).

Para isso, além do conhecimento das condições de saúde dessa população, devem-se conhecer, também, quais são as alterações decorrentes do processo de envelhecimento para que os profissionais da saúde possam atuar assistindo e prevenindo de forma a diminuir os riscos de possíveis consequências causadas por essas mudanças. Uma dessas consequências, que aqui

destacaremos, é a incapacidade funcional. Há necessidade de uma compreensão mais abrangente das alterações advindas do processo de envelhecimento que conduzem a tal disfunção (ROSA *et al.*, 2003), no interesse de se apontarem ações de prevenção.

Além dessas necessidades, buscamos refletir sobre a atual configuração das políticas de atenção à saúde do idoso, apontando que também se direcionem ao enfrentamento das incapacidades funcionais – o que significa a ampliação da família da saúde, pela incorporação das práticas de fisioterapia na atenção primária.

A política de saúde para a terceira idade: promoção da saúde, prevenção de incapacidades funcionais e integralidade da atenção em idosos na estratégia de saúde da família

O Brasil vem conquistando importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Complementares, vem gradativamente ocorrendo sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular (ACIOLE, 2006; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003), mas até 1999 nenhuma política específica para os idosos havia entrado em cena.

Sob o aspecto da normatização e legislação, e do reconhecimento do direito à saúde, o envelhecimento se encontra largamente protegido no Brasil, havendo diversas diretrizes a serem seguidas (MOTTA; AGUIAR, 2007). Destaquemos os três principais marcos normativos da proteção à saúde do idoso:

1. Lei Orgânica da Saúde (n° 8080/90) – Entre seus princípios, destacam-se a preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa; a integralidade da assistência; e a fixação de prioridades com base na epidemiologia, regulamentando o direito à saúde, na forma de um sistema nacional hierarquizado e de proteção social. Inclui, ainda que não o mencione explicitamente, o cuidado e a promoção da saúde aos indivíduos da terceira idade.

2. Estatuto do Idoso – Instituído pela Lei 10741 de 1998, enfatiza a interface entre a intersectorialidade e o direito à saúde. No seu Artigo 24, por exemplo, reforça a estruturação do direito e da atenção à saúde dos idosos, por intermédio do SUS, garantindo-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

3. Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) – Instituída em 1999, em decorrência de medidas político-institucionais comemorativas do Ano Internacional do Idoso em 1998, fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa, em conformidade com a Lei Orgânica do SUS. Tem como propósitos basilares a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças; a recuperação da saúde dos que adoecem; e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Ainda em 1999, o Ministério da Saúde, premido pela aprovação do Estatuto do Idoso um ano antes e considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, agindo em conformidade com a proposta de política do idoso pelo Conselho Nacional de Saúde, instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Por meio desta, fica determinado que se promovam a elaboração ou a readequação de planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas de forma a garantir a integralidade da atenção à saúde dos idosos, calcada em práticas integrativas de atenção e promoção da qualidade de vida (BRASIL, 1999).

A promoção da saúde é um marco norteador da saúde pública a partir dos anos 1970. Desde então, vem evoluindo e consolidando-se como um princípio ordenador das ações e políticas de saúde (BUSS; CZERESNIA, 2004). No cenário mundial, a discussão acerca da

promoção da saúde foi fortalecida por eventos internacionais em que foram sendo lançadas novas propostas na redefinição das políticas públicas, direcionando um novo olhar para o contexto da saúde, visando reconstruir uma estrutura ético-normativa e jurídico-institucional que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania (ACIOLE, 2006; MACHADO *et al*, 2007).

A integralidade no cuidado – tanto de pessoas como de grupos e coletividades – pode ser definida como um conjunto de ações que integrem medidas curativas e assistenciais, preventivas e promocionais. Em ambos os casos, é preciso perceber e compreender o usuário como sujeito holístico, ou seja, histórico, social e político, articulado ao meio ambiente, à sociedade na qual se insere e em seu contexto familiar (MACHADO *et al*, 2007). Sob o enfoque da integralidade, portanto, o cuidado comunitário do idoso pode basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das unidades de saúde, sob a estratégia da saúde da família: primeiros níveis de contato com a rede de serviços, que devem representar, para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Perante os desafios postos pela integralidade do cuidado, o Ministério da Saúde assumiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando à reorganização do modelo tradicional por intermédio da reesquematização da atenção básica à saúde, porta de entrada e primeiro contato do usuário com o sistema de saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). A proposta da ESF é de implementar uma nova dinâmica para a organização dos serviços básicos de saúde, desde a sua relação com a comunidade, com os princípios de adscrição de clientela, territorialização e busca ativa de clientela, até a integração com os demais níveis de complexidade, de modo a garantir acesso a todos os níveis de complexidade que a atenção – individual ou comunitária – requeira.

Tendo como objetivos a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população, a ESF se figura como o dispositivo por excelência para o alcance da integralidade da atenção, na forma de equipes multiprofissionais e de uma relação matricial e de referência

com os demais níveis do sistema de saúde. Uma das demandas da ESF é o retorno da inclusão da família como partícipe do processo saúde-doença, e em cujo espaço busca-se o desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de reabilitação (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Uma das críticas recorrentes ao arranjo das práticas de saúde predominantes diz respeito à ênfase na assistência. A criação do SUS já consegue modificar este arranjo institucional, mas ainda não transformou as práticas dos serviços de modo a articular a prevenção e a assistência de modo significativo. Como interrogam Silvestre e Costa Neto (2003): Em que a lógica assistencial se distancia da lógica da prevenção? Sob a perspectiva da atenção às pessoas, podemos constatar que a assistência é demandada a partir de uma experiência de sofrimento e de uma leitura de ser possível encontrar alento para tal sofrimento em um serviço de saúde. Já as ações preventivas se antecipam à experiência individual de sofrimento. Elas atuam ainda no silêncio dos órgãos. São possíveis porque nosso conhecimento sobre as doenças (que causam alguns sofrimentos) permitiu antever riscos ou mesmo reconhecer precocemente uma doença antes mesmo que ela gere qualquer sofrimento.

Nesse sentido, a procura dos idosos por serviços de saúde – que ocorre, na maioria das vezes, quando já estão em sofrimento – pode favorecer a obtenção de dados a respeito das causas de tais acometimentos, mas pode ser a ponta da cadeia de eventos que associa as demais medidas de saúde, como prevenção, promoção e reabilitação. Portanto, serviços como os da ESF podem ser a ponte entre assistência, prevenção e promoção, desde que os profissionais ali inseridos se proponham a atuar, primeiramente, de forma assistencial e, posteriormente, mediante às causas relatadas, com as demais medidas de atenção (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Uma importante evidência para essa proposta se encontra no fato de que estudos identificam uma maior prevalência de consultas médicas entre os idosos residentes em áreas atendidas por Unidades de Saúde (US) com estratégia de Programa Saúde da Família (PSF) nas regiões Sul e Nordeste (RODRIGUES *et al.*, 2009), bem como em São Paulo (GOLDBAUM, 2005), quando comparadas ao tradicional, indicando que esse modelo de atenção promove um maior acesso dos idosos.

O reconhecimento de que os idosos não somente podem, mas também desejam receber novas informações relacionadas ao cuidado com sua saúde (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2000), é essencial à proposta de projetos que visam a ajudá-los a envelhecer de forma saudável e junto de suas famílias.

A obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, sob o ponto de vista dos próprios, é um dado que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população, que permitam o alcançar de um envelhecimento bem sucedido (SOUZA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003). Informações sobre as condições de saúde dos idosos e seus determinantes, assim como suas demandas e padrões de uso de serviços de saúde, são fundamentais para orientar políticas de saúde voltadas a essa população. Estudos epidemiológicos de base populacional, ou seja, aqueles que investigam idosos residentes na comunidade fornecem esse tipo de informação, mas ainda são raros no Brasil (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Queda da força muscular e incapacidade funcional

Há várias alterações estruturais associadas ao processo de envelhecimento (EVANS, 1999), que incluem, além da degeneração dos processos homeostáticos como digestão e absorção, mudanças em componentes físicos como força muscular, equilíbrio e audição. Dentre as principais alterações musculares, uma das mais graves é a queda ou diminuição na força muscular (WILLMORE; COSTILL, 2000). A capacidade da musculatura esquelética de gerar força declina progressivamente com a idade, embora não seja devida ao processo de envelhecimento; inicia-se, na verdade, por volta dos 20 anos de idade. (FRONTERA *et al.*, 2000; ZACHWIEJA; YARASHESKI, 1999). Entre 20 e 80 anos, há uma queda de 35% a 40% da massa muscular (EVANS, 1995a; LEXELL; DOWNHAM; SJOSTROM, 1986).

A queda na produção de força do idoso é consequência da perda de massa muscular (sarcopenia)

(HAMEED; HARRIDGE; GOLDSPINK, 2002; EVANS, 1995b; THOMPSON, 1994), que ocorre principalmente com as fibras de contração rápida (Tipo II), gerando atrofia, ou seja, diminuição no diâmetro e no comprimento muscular (flexibilidade). Portanto, a massa muscular do idoso é menos flexível, mais lenta e mais fraca (SINAKI *et al*, 2001), gerando déficits funcionais (SCOTT; STEVENS; BINDER-MACLEOD 2001).

A redução da força muscular em idosos é a maior causa do aumento na prevalência de incapacidades funcionais (BEISSNER *et al*, 2000; EVANS, 1999). Rosa *et al* (2003) definem incapacidade funcional como a presença de dificuldade no desempenho de atividades da vida cotidiana. A fraqueza muscular resulta em riscos aumentados de sofrimento de quedas (DAUBNEY; CULHAM, 1999). Se pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer queda, para os idosos, elas possuem um significado ainda mais relevante, pois podem levá-los à incapacidade, injúria e morte. Seu custo social é imenso e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a necessitar de institucionalização (FABRÍCIO *et al*, 2004).

Cabe mencionar, ainda, que 5% das quedas resultam em fraturas; 5% a 10% resultam em ferimentos importantes, necessitando cuidados médicos, e, quando hospitalizados, permanecem internados o dobro do tempo se comparados aos que são admitidos por outra razão (PEREIRA *et al*, 2001). Sendo assim, a medida da capacidade funcional tem sido utilizada, progressivamente, como um novo indicador de saúde (FREITAS *et al*, 2002).

Tendo em vista que as incapacidades funcionais têm como causa primordial o enfraquecimento muscular, exercícios que promovam aumento na força são imprescindíveis para a melhoria ou manutenção da qualidade de vida dessa população. Os exercícios de força trazem benefícios gerais à saúde do idoso, ou seja, aumentam a massa óssea (NELSON, 1994), melhoram a flexibilidade, revertem o quadro de hipertensão e frequência cardíaca alta e impedem a atrofia muscular. Os exercícios que promovem fortalecimento são considerados dos mais completos dentre as demais

formas de treinamento físico (SANTARÉM, 2007a). De acordo com Santos (2000), a atividade física é reconhecida como um importante fator de promoção da saúde em todas as idades. Além disso, estudos como os de Hurley e Roth (2000) evidenciaram que as populações fisicamente ativas têm menor incidência de várias doenças crônicas, entre elas, a hipertensão arterial, a obesidade, o diabetes do tipo II, a dislipidemia, a osteoporose, a sarcopenia, a ansiedade e a depressão.

Prevenindo e cuidando da incapacidade funcional de idosos na Estratégia de Saúde da Família

Estudos comprovam que a realização de exercícios físicos pode prevenir e/ou amenizar não só o enfraquecimento, mas também o encurtamento muscular, melhorando, assim, a capacidade funcional de idosos. Frontera *et al* (1988), por exemplo, treinaram idosos com idades até 72 anos, durante 12 semanas. Obtiveram como resultado um aumento de 5%, em média, da força muscular por dia de treinamento. Esta taxa de aumento da força muscular, por sessão, é semelhante ao ganho de força de jovens com idades de 28 anos, em média, após semelhante protocolo de treinamento. Harridge, Kryger e Stensgaard (1999) avaliaram o ganho de força pós programa de fortalecimento de participantes com idades muito avançadas (85 a 97 anos). Eles realizaram um treinamento de resistência progressivo por 12 semanas e puderam verificar que a força máxima do músculo treinado aumentou 107%, ou seja, mesmo em indivíduos muito idosos, há respostas positivas quanto ao aumento na força pós-treinamento. Outros estudos constataram que o aumento na flexibilidade e na força promove melhora na capacidade funcional de idosos (RINGSBERG *et al*, 1999; BATISTA *et al*, 2009).

Pessoas idosas, no entanto, com frequência têm dificuldades para realizar exercícios aeróbios, mesmo que suaves como caminhar. Dor articular, vertigem, falta de equilíbrio e dispneia podem ser os fatores limitantes nesses casos. Para essa população, os exercícios resistidos estão sendo considerados os mais adequados não apenas pela possibilidade de realização, mas também

pelos seus importantes efeitos, incluindo a promoção de saúde cardiovascular (TAAFFE; GALVÃO; SHARMAN, 2007) e, principalmente, pela promoção do ganho de força muscular. Além de prevenir problemas físicos, os exercícios também podem promover melhoras no estado mental dos idosos (VERAS, 2009; BENETTI *et al*, 2008).

No Brasil, os exercícios de resistência com idosos vêm sendo estudados e realizados por instituições como o Centro de Estudos em Ciências da Atividade Física (CECAFI), ligado à Universidade de São Paulo e ao Hospital das Clínicas. A este centro, a partir de 2003, mediante convênio com a Fundação Faculdade de Medicina, o Instituto Biodelta passou a oferecer a sua Clínica de Exercícios Resistidos para atividades (FILHO, 2007). Esse tipo de programa para idosos tem se mostrado muito eficiente e seguro, mesmo para pessoas muito debilitadas e com muitas comorbidades. Os aparelhos têm um sistema de alavancas para alívio de sobrecargas articulares, e graduação das amplitudes de movimentos para atender a necessidades individuais. Além disso, permitem ativar todos os grupos musculares de maneira adequada, melhorando não só a força, mas também a flexibilidade dos músculos, pois trabalham na máxima amplitude de movimento articular (ADM) (SANTARÉM, 2007c).

O fato de configurarem um fenômeno associado ao processo biológico pode dar ao conjunto de modificações do envelhecimento um caráter 'natural', embora possa, e deva, ser objeto de políticas públicas de atenção. Primeiro, pelo fato de que sua magnitude aumenta sensivelmente, e cada vez há mais pessoas demandando atenção aos acometimentos da senescência; e, segundo, porque dada a existência de medidas de prevenção e promoção da saúde no envelhecimento, torna-se imprescindível estabelecer e fomentar a implantação de ações de saúde para promover e manter o envelhecimento ativo. Tais ações já mereceram definições de políticas e são direcionadas para a atenção com as incapacidades funcionais e sua prevenção, configurando-se no contexto legal dos direitos dos idosos à saúde.

A despeito do fato de o processo de envelhecimento não começar subitamente aos 60 anos, mas ser um processo natural que ocorre durante toda a vida – o que faz pensar suas alterações decorrentes serem 'naturais' –,

devemos considerar que estas alterações podem ser influenciadas – positiva e negativamente – pelas nossas interações sociais, econômicas e de comportamento. Nesse sentido, Diogo *et al* (2000) propõem que idoso é um ser único que, ao longo da sua trajetória de vida, foi influenciado por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural e econômica, os quais podem atuar sobre a qualidade de vida na velhice. Esta perspectiva singular permite pensar que as alterações advindas do processo de envelhecimento ocorrem, mas que doenças e limitações não sejam apenas, e tão somente, consequências inevitáveis deste processo.

Um das razões é, cada vez mais, o reconhecimento de que não devemos aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas que cada ser humano tenha garantida uma vida com qualidade, felicidade e ativa participação em seu meio. As chamadas 'coisas da idade' não podem mais ser vistas como determinação; antes, como possibilidade de superação (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003), pressuposto que Veras (2009) complementa, advogando que se devem desenvolver estratégias para postergar a morte o máximo possível, e retardar a evolução das doenças. Tudo com o firme propósito de levar a vida para o limiar mais próximo possível da máxima existência da espécie humana, com qualidade de vida, autonomia e independência.

Por isso, é necessário que os serviços de saúde atuem de forma preventiva, tanto para diagnosticar e diminuir os fatores de risco quanto para orientar sobre as alterações decorrentes do envelhecimento; ou mesmo reabilitar. Assumindo uma ampliação do cuidado, os serviços de saúde podem auxiliar não só os idosos, mas também sua família, a adotarem hábitos de vida saudáveis para que possam amenizar tais alterações e suas consequências, contribuindo para o acesso e a obtenção de uma qualidade de vida que se sobreponha às incapacidades e aos limites aduzidos com a idade; isto é, atuando para ampliar os modos de andar a vida por parte dos indivíduos da terceira idade. Esta ampliação pode se traduzir, por exemplo, na formulação de diretrizes para uma política de saúde que amplie a composição das equipes com a incorporação de novos

saberes e práticas, entre elas, os profissionais da atividade e terapia física.

Considerar as colocações acima como motivadoras é um primeiro passo para a idealização de um trabalho por meio da ESF e de forma integral, utilizando a assistência como uma ferramenta para que possamos agir, posteriormente, de forma preventiva. Contudo, como fazer isso se os idosos procuram as US por diversos fatores? Não se pode desconsiderar a multicausalidade que conduz os idosos às US, mas pode-se, inicialmente, focar as atenções nos que procuram esses serviços, por exemplo, após terem sofrido quedas e/ou estarem acometidos por incapacidades funcionais cujas importâncias já foram colocadas neste artigo, para que se possa, posteriormente, atuar no sentido de orientá-los em diversos aspectos, bem como propor a eles atividades que possam ajudá-los a prevenir tais eventos.

Fabrizio *et al* (2004) realizaram um estudo que teve como objetivo investigar a história da queda relatada por idosos, identificando fatores possivelmente relacionados, assim como local de ocorrência, causas e consequências. Conseguiram acesso a 251 idosos, os quais foram, primeiramente, assistidos e, posteriormente, submetidos a questionamentos sobre sua capacidade funcional (foram perguntados sobre sua dificuldade em caminhar e realizar Atividades da Vida Diária – AVDs). Este estudo revelou que 60% dos casos de queda ocorreram em virtude, também, de déficits funcionais. Estudos desta natureza são demonstrações importantes de que a ida a uma consulta na unidade de saúde confere uma excelente oportunidade para que os profissionais desta área possam identificar as necessidades dos idosos após prestarem assistência, passando a incluir ações sobre os fatores predisponentes e tomando providências que objetivem preveni-los.

Mas após assisti-los e saber quais causa os conduziram a procurarem o serviço, como inseri-los em atividades que visam a prevenção? Uma das possibilidades é criar grupos de idosos, incorporando medidas de atividade física orientada. De acordo com Santarém (2007b), exercícios que possam ser realizados em grupo, como os de fortalecimento muscular, vêm sendo muito valorizados, e sua realização em grupos é uma grande oportunidade de socialização, proporcionada

pelas sessões e pelo grupo, em que cada pessoa se sente companheira da outra, com um objetivo em comum, que é o treinamento e o condicionamento físico.

Uma experiência interessante de trabalho em grupo com os idosos foi realizada no Município de Fortim (CE). Há, neste município, trabalhos como o atendimento nas Unidades de Saúde da Família, que promovem ações e intervenções focadas na prevenção de doenças crônico-degenerativas e na realização de atividade física. Segundo o relatório da Câmara Técnica de Saúde do Idoso de 2006, existem outros enfoques importantes para o município implantar, dentre eles: fortalecimento da intersetorialidade; treinamento de cuidadores domiciliares; atenção primária com ações realmente preventivas com grupos de idosos, com orientações quanto a hipertensão, diabetes, socialização, problemas bucais etc.; socialização e promoção de saúde do idoso com atividades recreativas envolvendo a família; e, finalmente, adequação das unidades de saúde para o atendimento ao idoso, incorporando requisitos estruturais de acessibilidade e de ambiente favorável às necessidades específicas desta população.

Os trabalhos executados no referido município, como na maioria das Unidades de Saúde da Família, enfocam bastante a prevenção e as atividades em grupo, mas ainda necessitam de adequações. Uma dessas adequações poderia ser a implementação de exercícios físicos de resistência realizados por grupos de idosos, tendo em vista a melhora de força muscular e de capacidade funcional.

Essa seria uma prática a ser desenvolvida por profissionais da atividade física, como fisioterapeutas e/ou educadores físicos. E estaria perfeitamente de acordo com as diretrizes das políticas de saúde, notadamente as de ampliação das ações da estratégia de saúde da família (BRASIL, 2005), as da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) e, finalmente, as da proposição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 (BRASIL, 2008).

A proposta dos NASF enseja a incorporação efetiva de novas práticas – destaquemos a fisioterapia, a nutrição e a psicologia –, que estão excluídas do desenho organizacional da proposta de equipes de atenção básica da ESF, e possibilita pensar e estimular a inserção

qualificada dos fisioterapeutas, que, atuando na lógica da promoção da saúde, e por meio do apoio matricial, pode qualificar sua atuação, rompendo com as amarras convencionais que os colocam sempre no 'lugar' da reabilitação física sensu strictu (AVEIRO *et al*, 2011). Estas são perspectivas que permitem pensar uma transformação qualitativa das ações de saúde e um redesenho e uma realocação do próprio núcleo de atuação que ainda predomina na formação desses profissionais, ensejando possibilidades de transformação da atenção à saúde da população brasileira, e, em especial, dos idosos.

Considerações Finais

As práticas de saúde ainda são predominantemente centradas na assistência e não na prevenção. Entre os usuários, é mesmo comum que a procura pelos serviços e ações dos sistemas de saúde seja para a correção de um problema ou para o alívio de algum acometimento, e mais raramente para obter informações. Embora, à primeira vista, a prevenção seja algo difícil de realizar, em se tratando do envelhecimento muscular, este pode e deve ser amenizado em qualquer idade para que os indivíduos permaneçam ativos fisicamente, realizando exercícios que promovam o aumento na força muscular.

Este artigo propõe uma estratégia de fomento às práticas de prevenção e promoção, sugerindo que se aproveite a demanda de queixas e solução de agravos como uma oportunidade para estimular e captar a população assistida – principalmente, a da terceira idade –, para a incorporação de atitudes e hábitos, com informações e outras atividades, entre as quais os grupos de atividade física, ou de informações para a manutenção de sua qualidade de vida, reduzindo ou retardando os efeitos deletérios trazidos pelo processo de andar a vida. Enseja-se que, justamente quando estão em sofrimento, quando procuram assistência, estejam mais suscetíveis às ofertas das equipes de saúde, de ações e atitudes que corrijam ou modifiquem seus hábitos, com vistas a viver melhor e – por que não? – sem dor.

O envelhecimento e, em especial, suas sequelas físicas são fortemente suscetíveis às práticas de promoção e de prevenção. Ao considerarmos o enorme potencial da incorporação de ações de promoção da atividade física e laboral nas ações das equipes de saúde da família, isto é, ao vislumbrarmos o potencial de gerar ações voltadas para a prevenção a partir das experiências individuais de sofrimento, daremos passos importantes para a consolidação das mudanças nas práticas e nos arranjos dos serviços.

Referências

- ACIOLE, G. G. *A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec/Campinas: Sindimed, 2006.
- AVEIRO, M. C. *et al*. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1467-1478, supl. 1, mar. 2011.
- BATISTA, L. H. *et al*. Active Stretching Improves Flexibility, Joint Torque, and Functional Mobility in Older Women. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, Indianapolis, v. 88, n. 10, p. 1-7, 2009.
- BEISSNER, K. L.; COLLINS, J. E.; HOLMES, H.; Muscle force and range of motion as predictors of function in older adults. *Physical Therapy*, Alexandria, v. 80, n. 6, p. 556-563, 2000.
- BENETTI, T. R. B. *et al*. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 302-7, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria no 154 de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília: Diário Oficial da União, 04 mar. 2008.
- _____. *Portaria no 687 de 30 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 31 mar. 2006.
- _____. *Portaria no 1.065 de 4 de julho de 2005*. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Brasília: Diário Oficial da União, 05 jul. 2005.
- _____. *Estatuto do Idoso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. *Portaria nº1395, de 9 de dezembro de 1999*. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 13 dez 1999.
- BUSS, P. M.; CZERESNIA, D. (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos e práticas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.

- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 134-200, 1997.
- DAUBNEY, M. E.; CULHAM, E. G.; Lower-extremity muscle force and balance performance in adults aged 65 years and older. *Physical Therapy*, Alexandria, v. 79, n. 12, p. 1177-1185, dez. 1999.
- DIOGO, M. J. D.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (GRASI) no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato experiência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 85-90, maio 2000.
- EVANS, W. J. Exercise training guidelines for the elderly. *Medicine, Science and Sports Exercises*, Indianapolis, v. 31, n. 1, p. 12-17, jan. 1999.
- _____. Effects of exercises on body composition and functional capacity of the elderly. *Journal of Gerontology*, Oxford, n. 50, p. 147-150, dez. 1995a.
- _____. What is this sarcopenia? *Journal of Gerontology*, Oxford, n. 50, p. 5-8, supl. A, dez. 1995b.
- FABRÍCIO, S. C. C. et al. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 193-99, jan. 2004.
- FILHO, W. J.; SANTARÉM, J. M. *Centro de estudos em ciências da atividade física*. Disponível em: <<http://www.saudetotal.com>>. Acesso em: 23 nov. 2007.
- FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- FRONTERA, W. R. et al. Strength conditioning in older men: skeletal muscle hypertrophy and improved function. *Journal of Applied Physiology*, Bethesda, v. 64, n. 3, p. 1038-1044, mar. 1988.
- _____. Skeletal muscle fiber quality in older men and women. *American Journal of Cellular Physiology*, Bethesda, n. 279, p. 611-618, 2000.
- GOLDBAUM, M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa de saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, jan. 2005.
- GREENLUND, L. J. S.; NAIR, K. S. Sarcopenia – consequences, mechanisms, and potential therapies. *Mechanisms of Ageing and Development*, Shannon, v. 12, n. 4, p. 287-299, fev. 2003.
- HARRIDGE, S. D.; KRYGER, A.; STENSGAARD, A. Knee extensors strength, activation, and size in very elderly people following strength training. *Muscle nerve*, Malden, MA, n. 22, p. 831-839, 1999.
- HAMEED, M.; HARRIDGE, D. R.; GOLDSPIK, G. Sarcopenia and hypertrophy: A role for insuline-like growth factor in aged muscle. *Exercise and Medicine Sportive Science Reviews*, Boulder, v. 30, n. 1, p. 15-19, jan. 2002.
- HURLEY, B. F.; ROTH, S. M. Strength training in the elderly-Effects on risk factors for age-related diseases. *The American Journal of Sports Medicine*, Boston, v. 30, p. 249-268, 2000.
- LIMA-COSTA, F. M.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, abr. 2003.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, fev. 2007.
- LEXELL, J.; DOWNHAM, D.; SJOSTROM, M. Distribution of different fibre types in human skeletal muscle: fiber type arrangement of m. vastus lateralis from three groups of healthy men between 15 and 83 years. *Journal of Neurology Science*, Detroit, n. 72, p. 211-222, 1986.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectoriedade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, mar./abr. 2007.
- NELSON, M. E.; FIATARONE, M. A.; MORGANTI, C. M. Effects of high-intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures. A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, n. 272, p. 1909-1914, 1994.
- OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C.; Programas Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, abr. 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *The world health report*. Genebra: HMO, 2001.
- PEREIRA, S. R. M. et al. *Projeto Diretrizes: Quedas em Idosos*. Brasília: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001.
- RENNO, A. C. M. *Efeitos de um programa de atividade física na função pulmonar, no grau de cifose torácica e na qualidade de vida de mulheres com osteoporose*. Dissertação. (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2003.
- RINGSBERG, K. et al. Is there a relationship between balance, gait performance and muscular strength in 75- year-old women? *Age and Ageing*, Oxford, n. 28, p. 289-293, 1999.
- RODRIGUES, M. A. P. et al. *Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

- SANTARÉM, J. M. *Qualidade dos exercícios resistidos*. Disponível em: <<http://www.saudetotal.com>>. Acesso em: 23 nov. 2007a.
- _____. *Atividade física e envelhecimento*. Disponível em: <<http://www.saudetotal.com>>. Acesso em: 23 nov. 2007b.
- _____. *Fisiologia do exercício e treinamento resistido na saúde, na doença e no envelhecimento*. Disponível em: <<http://saudetotal.com/cecafi/texto.htm>>. Acesso em: 27 nov. 2007c.
- SANTOS, B. R. L. O PSF e a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, n. 53, p. 49-53, 2000.
- SCOTT, W.; STEVENS, J.; BINDER-MACLEOD, S.A. Human skeletal fiber type classifications. *Physical Therapy*, Alexandria, n. 81, p. 1810-1816, 2001.
- SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, mar. 2003.
- SINAKI, M. *et al* Effect of gender, age and anthropometry on axial and appendicular muscle strength. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, Indianapolis, v. 80, n. 5, p. 330-338, 2001.
- SOUZA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 364-371, mar. 2003.
- TAAFFE, D. R.; GALVÃO, D. A.; SHARMAN, J.E. Reduced central blood pressure in older adults following progressive resistance training. *Journal of Human Hypertension*, London, n. 21, p. 96-98, 2007.
- THOMPSON, L. V. Effects of age and training on skeletal muscle physiology and performance. *Physical Therapy*, Alexandria, n. 74, p. 71-81, 1994.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, mar. 2009.
- WILLMORE, J. H.; COSTILL, D. L. *Tratado do Esporte e do Exercício*. São Paulo: Manole, 2002.
- ZACHWIEJA, J. J.; YARASHESKI, K.E. Does growth hormone therapy in conjunction with resistance exercise increase muscle mass in men and women aged 60 years or older?. *Physical Therapy*, Alexandria, v. 79, p. 76-82, 1999.

Recebido para publicação em Maio/2011

Versão final em Agosto/2012

Conflito de interesse: Não houve.

Suporte financeiro: Inexistente.