

INTERDISCIPLINARIDADE, ENVELHECIMENTO E ATIVIDADE FÍSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

INTERDISCIPLINARITY, AGING AND PHYSICAL ACTIVITY: REPORT OF EXPERIENCE

Sheila Aparecida da Silva¹, Kilce Helena de Oliveira²

Resumo: Trata-se de um relato de experiência de um programa de atividade física para a terceira idade (Envelhecimento Saudável) que integra o Programa de Promoção da Saúde (Pró-Saúde) da Universidade de Uberaba. O subprograma Envelhecimento Saudável foi elaborado e desenvolvido para trabalhar com a noção de envelhecimento na perspectiva de um processo no qual se articulam questões de ordem social, política, cultural, econômica e de saúde de modo a configurar um quadro variado que, por sua vez, interfere na qualidade de vida do idoso. Diante da complexidade dessas questões, o subprograma Envelhecimento Saudável tem buscado desenvolver ações interdisciplinares, contando com a participação de diferentes cursos da Universidade de Uberaba, e também dos dispositivos existentes na comunidade onde o subprograma se desenvolve. No Brasil, o número de idosos, maiores 60 anos de idade, passou de 3 milhões em 1960 para 14 milhões em 2002. As taxas de mortalidade e morbidade entre a população idosa e a baixa aptidão física levam à falta de bem estar funcional. Portanto, a atividade física proporciona aos idosos benefícios biológicos, psicológicos e sociais. Diante desse contexto a interdisciplinaridade se destaca como forma de atuação importante. É necessário ressaltar que o fisioterapeuta na atenção primária atua na prevenção e assistência fisioterápica coletiva e individual, trabalhando de forma interdisciplinar, desenvolvendo atividades físicas e culturais para a terceira idade, melhorando a qualidade de vida do idoso e prevenindo as complicações decorrentes da idade avançada. Os usuários do subprograma relataram que o programa contribui positivamente na melhora da qualidade de suas vidas. Frente a essas informações a equipe multiprofissional julgou necessário relatar as experiências vivenciadas pelo subprograma.

Palavras-chave: Idoso. Fisioterapia. Atividade física. Atenção primária

Abstract: *This present work reports the experience of a physical activity program designed for the elderly, "Healthy Aging" (Envelhecimento saudável) that integrates the "Health Promotion Program" (Programa de Promoção da Saúde _Pró-Saúde) of Uberaba University. The sub-program "Healthy Aging" was created and developed to work with aging from a perspective in which several different issues such as politics, economy, culture and health are integrated in such a way that interfere in the quality of life of old agers. Before the complexity of these issues, the sub-program "Health Aging" has tried to develop interdisciplinary actions involving different courses from Uberaba University, and also from community contributions in the places where the program is developed. In Brazil, the number of people older than 60 years increased from 3 million in 1960 to 14 million in 2002. Mortality and morbidity rates among the elderly population and poor fitness lead to a lack of functional welfare. Therefore, physical activities provide biological, psychological and social benefits to the elderly, and interdisciplinarity is remarkable in this context. The physiotherapist has an important role on primary health care, acting on the collective and individual prevention and assistance, working in an interdisciplinary way, offering physical and cultural activities for the middle-aged, improving quality of life of old agers and*

¹ Graduada pela Universidade de Uberaba. sheiloca.silva@hotmail.com

² Graduada Pela Universidade de Uberaba

Pós graduada pela Universidade Metodista de São Paulo-São Bernardo do Campo(SP) , R.Prof. Eurípedes Barsanulfo, 956 , CEP:38045-040 Bairro:Parque das Américas, Uberaba-MG, kilceh@hotmail.com

preventing problems caused by the aging process. Sub-program users appreciated this initiative and reported the positive contribution on the improvement of their quality of life. Forwarding this information was considered necessary by the team for reporting the subprogram experiences

Key words: Aged. Physical activity. Primary health Care. Physical therapy

Introdução

O século XX marcou a importância do estudo da velhice. Fruto da natural tendência de crescimento do interesse em pesquisar e estudar o processo de envelhecimento, que já se anunciava nos séculos anteriores. Por outro lado, o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão passiva sobre os desenvolvimentos desse campo. Foi no início desse século, mais precisamente em 1903, que Elie Metchnikoff, defendeu a idéia da criação de uma nova especialidade, a gerontologia. Propunha um campo de investigação dedicado ao estudo do envelhecimento, da velhice e dos idosos. Em vez de aceitar a inevitabilidade da decadência e da degeneração do ser humano com o avançar dos anos, Metchnikoff pensava que algum dia uma velhice fisiológica normal poderia ser alcançada pelo homem (PALPALÉO NETTO, 2002).

No começo do século XX, no Brasil, a expectativa de vida atingiu a idade de 33.7 anos. Atualmente as pessoas que vivem em países desenvolvidos têm uma expectativa de vida em torno de 80 anos e, nos demais países, em torno de 70 anos. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos (DUARTE et al. 2006).

De acordo com Duarte et al. (2006, p.8):

a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

O efeito dessas mudanças na estrutura etária do Brasil tem propiciado alterações significativas, caracterizadas por um aumento crescente da população adulta e idosa. O envelhecimento é um fenômeno do processo da vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças

biopsicossociais específicas. Assim, não é possível considerar apenas os aspectos relacionados ao envelhecimento biológico, mas também aqueles relacionados ao envelhecimento psicológico e social (DELIBERATO, 2002).

A idade psicológica, à semelhança da idade biológica, refere-se à relação entre a idade cronológica e as capacidades, tais como percepção, aprendizagem e memória, que prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo. Paralelamente, a idade psicológica tem sido relacionada também ao sentido subjetivo de idade, isto é, o modo como cada pessoa avalia a presença de marcadores biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento, comparando-se com indivíduos da mesma idade. Já a idade social tem relação com a avaliação da capacidade de adequação de indivíduo ao desempenho de papéis e comportamentos esperados para pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade. As experiências do envelhecimento e velhice podem variar no tempo histórico de uma sociedade, dependendo de circunstâncias econômicas. O limite entre o indivíduo adulto e o idoso são 65 anos para as nações desenvolvidas e 60 anos para os países em desenvolvimento (PALPALÉO NETTO, 2002).

As alterações biológicas causadas pelo envelhecimento são: diminuição da massa muscular e densidade óssea, perda da força muscular e da coordenação motora, deficiência de agilidade, diminuição do equilíbrio, da mobilidade articular e das funções hepática e renal, maior rigidez em cartilagens, tendões e ligamentos, redução da capacidade termorreguladora, maior trabalho ventilatório aos esforços, menor número e tamanho dos neurônios, queda do tempo de reação e condução nervosa, de acordo com Teixeira (1996, apud DELIBERATO, 2002).

Os múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento clamam a necessidade de proporcionar à pessoa idosa atenção abrangente à saúde, colocando em prática o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), buscando com isso; não só o controle das doenças, mas principalmente o bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, a melhora da qualidade de vida. A atenção passa a ser prioritariamente multidimensional e, portanto para atender a essa diretriz é importante a participação de outros profissionais da saúde além do

médico, que atuem em conjunto, respeitando-se a especificidade de cada área e de cada caso (PAPALÉO NETTO, 2002).

Envelhecimento e interdisciplinaridade

Segundo MARTINS DE SÁ (1999 apud PAPALÉO NETTO, 2002) na gerontologia, estudo da velhice, a relação interdisciplinar é particularmente relevante. Pois existem áreas de investigação e prática que não podem ser abrangidas por uma única disciplina, caso típico da saúde do idoso, já que as questões biológicas são inerentes às relações sociais, às expressões emocionais, aos valores culturais e aos recursos ambientais.

Japiassu (1976 apud VILELA; MENDES, 2003) explica que a interdisciplinarização representa mais um “sintoma da situação patológica em que se encontra, hoje, o saber” do que um real progresso do conhecimento. O exagero das especializações conduz a uma situação patológica em que uma “inteligência esfacelada” produz um “saber em migalhas”. Nesse contexto, o esforço de integração da interdisciplinaridade se apresenta como “o remédio mais adequado à cancerização ou à patologia geral do saber”. A interdisciplinaridade é caracterizada pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa.

Interdisciplinaridade também é uma questão de atitude; “é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano”. Está também associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender agir na diversidade, aceitar novos papéis (TORRES SANTOMÉ, 1995 apud VILELA; MENDES, 2003).

Para a efetivação da interdisciplinaridade é necessário desenvolver sensibilidade, treinar a arte de entender e esperar, desenvolver-se no sentido de

criar e imaginar. Interdisciplinaridade não se ensina nem se aprende, apenas vive-se e exerce. É um processo e uma filosofia de trabalho que entra em ação na hora de enfrentar os problemas e questões que preocupam cada sociedade (VILELA; MENDES, 2003).

A interdisciplinaridade se destaca como forma de atuação importante, pois é elo de ligação entre disciplinas tão díspares, com campos de ação tão diversos, mas que tem como objetivo comum: o estudo dos múltiplos aspectos do fenômeno do envelhecimento. Estas considerações colocam os profissionais perante o desafio de constantemente lutarem para que a interdisciplinaridade saia dos bancos acadêmicos e transcenda os limites das discussões teóricas para ser colocada em prática (PAPALÉO NETTO, 2002).

Exercício físico e envelhecimento

As alterações normais relacionadas ao envelhecimento acontecem em todos os tecidos, mas o declínio da força e da massa musculares é particularmente mais relevante porque está associado à dificuldade de realização de atividades deixando os idosos mais vulneráveis a quedas (BROWN, 2002).

O exercício físico é a atividade realizada com repetições sistemáticas de movimentos orientados, que gera aumento no consumo de oxigênio devido à solicitação muscular, gerando trabalho. O exercício representa um subgrupo de atividade física planejada com a finalidade de manter o condicionamento. Pode também ser definido como qualquer atividade muscular que gere força e interrompa a homeostase (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004).

Uma das causas das altas taxas de mortalidade e morbidade entre a população idosa é a baixa aptidão física e falta de bem estar funcional. Além disso, a capacidade cardiovascular, a massa muscular, a força muscular e a flexibilidade também sofrem declínios com o avançar da idade e com a falta de uso do corpo (FREITAS et al., 2002).

Os efeitos fisiológicos do exercício físico podem ser classificados em agudos imediatos, agudos tardios e crônicos. Os efeitos agudos, denominados respostas, são os que acontecem em associação direta com a sessão de exercício; os efeitos agudos imediatos são os que ocorrem nos períodos peri e pós-imediato do exercício físico, como elevação da frequência cardíaca, da ventilação pulmonar e sudorese; já os efeitos agudos tardios acontecem ao longo das primeiras 24 ou 48 horas (às vezes, até 72 horas) que se seguem a uma sessão de exercício e podem ser identificados na discreta redução dos níveis tensionais, especialmente nos hipertensos, na expansão do volume plasmático, na melhora da função endotelial e na potencialização da ação e aumento da sensibilidade insulínica na musculatura esquelética. Os efeitos crônicos, também denominados adaptações, resultam da exposição freqüente e regular às sessões de exercícios e representam aspectos morfofuncionais que diferenciam um indivíduo fisicamente treinado de outro sedentário, tendo como exemplos típicos a bradicardia relativa de repouso, a hipertrofia muscular, a hipertrofia ventricular esquerda fisiológica e o aumento do consumo máximo de oxigênio (VO_2 máximo). O exercício também é capaz de promover a angiogênese, aumentando o fluxo sanguíneo para os músculos esqueléticos e para o músculo cardíaco. O exercício físico realizado regularmente provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular, com o objetivo de manter a homeostase celular diante do incremento das demandas metabólicas. Há aumento no débito cardíaco, redistribuição no fluxo sanguíneo e elevação da perfusão circulatória para os músculos em atividade. A pressão arterial sistólica aumenta diretamente na proporção do aumento do débito cardíaco. A pressão arterial diastólica reflete a eficiência do mecanismo vasodilatador local dos músculos em atividade, que é tanto maior quanto maior for a densidade capilar local. A vasodilatação do músculo esquelético diminui a resistência periférica ao fluxo sanguíneo e a vasoconstrição concomitante que ocorre em tecidos não exercitados induzida simpaticamente compensa a vasodilatação. Conseqüentemente, a resistência total ao fluxo sanguíneo cai drasticamente quando o exercício começa, alcançando um mínimo ao redor de 75% do VO_2 máximo. Os níveis tensionais elevam-se durante o exercício físico e no esforço predominantemente estático. Pode-se dizer que durante um período de exercício, o corpo humano sofre adaptações cardiovasculares e

respiratórias a fim de atender às demandas aumentadas dos músculos ativos e, à medida que essas adaptações são repetidas, ocorrem modificações nesses músculos, permitindo que o organismo melhore o seu desempenho. Entram em ação processos fisiológicos e metabólicos, os quais otimizam a distribuição de oxigênio pelos tecidos em atividade (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004).

Quando se pensa em indicar um exercício físico para um indivíduo, é necessário levar em conta vários aspectos, como: prazer em estar realizando esta ou aquela atividade, suas necessidades físicas, limitações pessoais para estar realizando tal atividade, suas características sociais, psicológicas e físicas. É importante para o idoso treinar força, flexibilidade, mobilidade articular, equilíbrio, tempo de reação e tempo de movimento, sempre visando à melhora da qualidade de vida através da possibilidade de execução de atividades de vida diária sem precisar de auxílio seja medicamentoso ou de recursos externos (FREITAS et al., 2002).

A atividade física deve incluir aquecimento, condicionamento e desaquecimento; exercícios de flexibilidade e resistência muscular localizada (CASTRO; MILANI; SIQUEIRA, 2005).

O aquecimento tem como objetivo desencadear alterações metabólicas e fisiológicas no organismo, preparando o indivíduo para uma melhor adaptação no condicionamento. Os principais efeitos são: aumento da temperatura corporal, ajuste circulatório gradual e aumento progressivo da frequência cardíaca e pressão arterial, que auxiliam uma melhor adaptação, bem como evita o aparecimento de arritmias devido ao esforço súbito. Devem ser realizados exercícios de grande amplitude e alongamentos de membros inferiores e superiores, visando melhor flexibilidade muscular, além de coordenação e equilíbrio. A fase de condicionamento melhora a capacidade física através da estimulação da função cardiorrespiratória, alternando a capacidade funcional dos sistemas de absorção, transporte entrega e utilização de oxigênio. Nessa fase utilizam-se exercícios puramente aeróbicos através da esteira, bicicleta, subir escadas e caminhada, podendo ser utilizados exercícios com resistência. Já o relaxamento é a última fase do programa de exercícios, tem como objetivo o retorno progressivo às condições pré-esforço ou de repouso. Procura-se ajuste circulatório gradual, remoção de ácido lático, retorno da frequência cardíaca e

da pressão arterial para níveis pré-esforço e dissipação de calor; observar também possível presença de complicações pós-esforço. Deve ser realizada caminhada lenta e exercícios de grandes e pequenas amplitudes associados à respiração, além de técnicas de relaxamento e mesmo música ambiente (SERRUYA; PIMENTEL, 2000).

Diversos são os benefícios biológicos, psicológicos e sociais que a atividade física proporciona aos idosos, dentre eles aumento da massa óssea por diminuição da perda óssea, independentemente de idade, gênero ou nível de densidade óssea inicial. Esse fato pode ser explicado pela hipertrofia a que o osso responde quando ultrapassa o seu limiar de estresse. O local onde foi aplicada carga responde mecanicamente, enquanto o esqueleto tem uma resposta através do nível de cálcio. O estresse mecânico no osso gera potenciais elétricos locais que afetam o equilíbrio da atividade osteoblástica, aumentando a densidade óssea. Há um duplo efeito da atividade física na diminuição dos riscos de fraturas conseqüentes à osteoporose; a redução da incidência e gravidade das quedas e o aumento da quantidade e qualidade ósseas (FREITAS et al., 2002).

Forças estáticas e dinâmicas sofrem reduções durante o processo de envelhecimento. Mas esse quadro pode ser minimizado através da prática regular de atividades de força, que podem ainda causar um aumento de trinta a quarenta por cento dessa força em indivíduos idosos (Idem).

Qualquer atividade física aumenta a massa muscular, mas são os exercícios resistidos que estimulam melhor esse ganho, a sobrecarga estimula o aumento de massa óssea e muscular, bem como tecido conjuntivo elástico nos músculos, tendões, ligamentos e cápsula articular. Exercícios de força trazem benefícios gerais para a saúde do idoso, ou seja, melhoram a mobilidade e impedem a atrofia muscular, reverterem o quadro de hipertensão e alta frequência cardíaca durante a realização de atividades de vida diária, aumentam a massa óssea evitam doenças cardíacas, mas não melhora a resistência aeróbia (FREITAS et al., 2002).

O que implica bem estar na velhice é a satisfação pessoal e o significado para a continuidade da vida. A sociedade trata os indivíduos conforme sua posição social, trabalho e empreendimentos; o que leva os idosos a se sentirem insatisfeitos

quando perdem esses referenciais. Portanto, a participação em atividades que geram responsabilidade social, compromissos, interação social, é essencial para manter a auto-estima do idoso, seu autoconceito positivo, o sentimento de auto-eficácia e a possibilidade de um crescimento pessoal (Idem).

Os programas de atividade física para a terceira idade têm como objetivo promover a socialização dos idosos e, com isso, modificar a idéia de que o envelhecimento traz como conseqüência o isolamento social, a solidão. Nesse contexto promover uma velhice bem-sucedida é uma questão de justiça social. E seguindo esse raciocínio, para os idosos o ingresso num grupo de participantes de programas para a terceira idade é um marco em suas vidas, uma espécie de divisor de águas que substitui o período de solidão e abandono, seguinte à viuvez ou separação, por um outro de amizades, festas e encontros. Programas desse tipo, adaptados e inteiramente direcionados para idosos, têm surgido no Brasil e no mundo. A sociedade deve oferecer ao idoso, condições materiais e sociais adequadas, e tornar essa faixa etária a idade das realizações e do prazer de viver. A velhice está sendo repensada, e novos conceitos, novas maneiras de encará-la e de vivê-la estão aparecendo. A atividade física especializada, através de seus programas, pode trazer inúmeros benefícios para a saúde e qualidade de vida dos idosos. Esses objetivos são alcançados através de programas que visam aumentar a capacidade aeróbica, força muscular e flexibilidade. Esse grupo etário, entretanto exige cuidadoso levantamento de co-morbidades que, no mínimo podem interferir diretamente com a modalidade e intensidade do exercício (FREITAS et al., 2002).

Qualidade de vida na velhice

Nos países desenvolvidos, a emergência da preocupação com o tema qualidade de vida ocorreu depois da Segunda Guerra Mundial e coincidiu com o desenvolvimento de procedimentos e técnicas destinados à manutenção da vida de enfermos crônicos e terminais e de bebês prematuros que estavam sob risco de morte. Os investimentos no tema foram reforçados quando, à mesma época ao redefinir o conceito de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incorporou a noção de bem-estar físico, emocional e social, desencadeando considerável

discussão sobre a possibilidade de medir o bem-estar individual e populacional (NERI, 2007).

Segundo Santos et al. (2002) a qualidade de vida tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência; constitui um compromisso pessoal na busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver, como: saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, auto-estima, entre outras.

Se por um lado, o interesse dos pesquisadores pelo tema é recente, a preocupação com a promoção de uma boa vida é provavelmente tão velha quanto à civilização. O mesmo pode ser dito com relação à qualidade de vida na velhice, assunto tão antigo quanto à consciência dos homens sobre a própria morte.

As preocupações centrais sobre a qualidade de vida na velhice são: a independência e a autonomia, a continuidade de papéis sociais e de relações sociais, aceitação e envolvimento social, o conforto e a segurança ambientais, presença de condições econômicas que permitam uma vida digna, a disponibilidade de serviços de saúde, o apoio formal e informal a idosos portadores de doenças e incapacidade e as políticas sociais dirigidas à assistência e ao cuidado dos idosos (NERI, 2007).

A qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes; vivendo apenas enfeitando, ou, simplesmente existindo (RUFFINO, 1992 apud SANTOS et al., 2002).

A capacidade funcional está relacionada à condição do indivíduo realizar atividades de vida diária, autocuidado no espaço de seu lar, e atividades instrumentais de vida diária que permitem vida independente na comunidade (ROSSATO, 2008).

Muitas pessoas procuram associar qualidade de vida com o fator saúde. Nesse caso, saúde independente de qualquer definição que lhe possa ser atribuída,

é produto das condições objetivas de existência; resulta das condições de vida biológica, social e cultural e das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho (PAIM, 1986 apud SANTOS et al., 2002).

A fisioterapia na atenção primária

A estratégia da saúde da família surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital, que privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva. O Programa de Saúde da Família veio como resposta às necessidades de uma atenção integral, desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade. A estratégia implementou os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de integralidade, universalidade, equidade e participação social (VIANA; DAL POZ, 2005).

O fisioterapeuta pode desenvolver atividades efetivas em todos os níveis de atenção à saúde, dentro da equipe interdisciplinar. A inserção do Fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado principalmente a criação da profissão, rotulando o fisioterapeuta como reabilitador, voltando-se apenas para uma pequena parte de seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas seqüelas. Essa lógica de conceitualização excluiu durante muito tempo da rede básica os serviços de fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na atenção primária (BRASIL et al., 2005).

Com a idade, aumenta o risco de comprometimento funcional e a perda da qualidade de vida. Podemos resumir as atribuições do fisioterapeuta na atenção primária, como um profissional voltado para a educação, prevenção e assistência fisioterápica coletiva e individual, inserido e trabalhando de forma interdisciplinar, de forma a: participar de equipes multiprofissionais destinadas a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em Saúde Pública; desenvolver atividades físicas e culturais para a terceira idade, para que o idoso consiga realizar suas atividades diárias de forma independente, melhorando

sua qualidade de vida e prevenindo as complicações decorrentes da idade avançada (RIBEIRO, 2002).

Envelhecimento Saudável

O subprograma Envelhecimento Saudável trabalha com a noção de envelhecimento na perspectiva de um *processo*, pelo qual, questões de ordem social, política, cultural, econômica e de saúde se articulam de modo a configurar um quadro variado que, por sua vez, interfere na qualidade de vida do idoso (KEBBE; CARVALHO; ALVES, 2006).

Diante da complexidade dessas questões, o subprograma entende que nenhuma profissão ou especialidade da área das ciências humanas e da saúde, isoladamente conseguiria abarcar o conjunto de necessidades dos idosos participantes do referido subprograma, portanto o Envelhecimento Saudável tem buscado desenvolver ações interdisciplinares, contando com a participação de diferentes cursos da Universidade de Uberaba, e também dos dispositivos existentes na comunidade onde o subprograma se desenvolve. Sendo composto por docentes, profissionais e alunos, sendo que estes variam quanto à participação conforme o dia da semana. Os cursos envolvidos são: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

O subprograma Envelhecimento Saudável faz parte do Programa de Promoção de Saúde (Pró – Saúde), é um programa interdisciplinar complementar do Sistema de Saúde da Universidade de Uberaba. É multiprofissional e institucional, visando práticas de ensino, pesquisa e extensão dos cursos da área da saúde, com enfoque na saúde coletiva. Está fundamentado em noções básicas de modelo de assistência, que contemple em nível de atenção primária, a promoção, prevenção, reabilitação e cura da população da área de abrangência da Unidade básica de saúde (UBS) (KEBBE; CARVALHO, ALVES, 2006).

Através dos desdobramentos do programa, espera-se identificar os processos de integração entre a Universidade de Uberaba e a comunidade, caracterizando a real extensão dos serviços. O Programa de Promoção de Saúde busca, por um lado contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos participantes; de outro lado, visa à melhoria do processo de ensino-aprendizagem, fornecendo aos nossos alunos um amplo campo de trabalho prático dentro do ambiente universitário (ALESSI, 2003).

Em conjunto esse Programa destina-se à mudança de atitudes: ele é mais do que informativo. Também não deve ser entendido como um programa gerador de novos conhecimentos, mas sim como de consolidação e repasse de experiências. Constitui-se de subprogramas que têm em perspectiva que o crescimento desordenado dos centros urbanos trouxe grave comprometimento da qualidade de vida. Criaram-se enormes contingentes de populações marginalizadas, vivendo em condições precárias nas cidades e suas periferias (Idem).

Já no nível da esfera de participação da Universidade de Uberaba, avaliação recente expõe uma série de carências na Área da Saúde. São reclamos mais comuns: ações de saneamento básico; atenção aos deficientes (auditivos, físicos, mentais, visuais e múltiplos); drogadização; educação infantil e educação alimentar; prevenção de doenças (da boca, neoplasias, sexualmente transmissíveis, etc.); orientação psicológica de adolescentes; promoção de práticas esportivas, entre outras (ALESSI, 2003).

Em 2020, ocorrerá um aumento de 84 a 167% no número de idosos com moderada ou grave incapacidade e que, entretanto a implantação de programas de reabilitação e de outras estratégias de prevenção e melhora funcional pode minimizar ou prevenir a incapacidade. Assim sendo a implantação de adequados programas de promoção de saúde, de prevenção tanto primária quanto secundária, além da detecção de doenças crônicas, seria suficiente para evitar e tratar inúmeras condições de agravo à saúde, capazes de levar à incapacidade e à dependência (FREITAS et al., 2002).

Objetivo

Avaliar a influência que o subprograma Envelhecimento Saudável exerce na qualidade de vida dos usuários e em quais aspectos isso ocorre.

Trajetória Metodológica

O Envelhecimento Saudável foi criado em 2001, com os objetivos de promover atividade física de qualidade aos moradores da terceira idade do conjunto Alfredo Freire e servir como local de estágio em atenção primária em saúde para os alunos da Universidade de Uberaba (KEBBE; CARVALHO; ALVES, 2006).

O grupo destina-se à população idosa de moradores do Bairro Alfredo Freire, no entanto freqüentam o subprograma: usuários com transtorno mental, familiares de idosos e pessoas interessadas em praticar as atividades desenvolvidas. Em relação aos usuários, tem aproximadamente 88 cadastrados, sendo que os freqüentes, por encontro, são em média trinta usuários (janeiro a dezembro de 2005). As atividades com o grupo ocorrem três vezes por semana e no ano de 2005 ocorreram cento e vinte e sete encontros (KEBBE; CARVALHO; ALVES, 2006).

É um grupo interdisciplinar que atende a população, articulando saberes e práticas, das diferentes áreas de atuação profissional e das lideranças comunitárias, envolvidas no subprograma, contribuindo para o desenvolvimento de um olhar mais global para o processo de envelhecimento, também atuando de forma a desmontar perspectivas de atuação reducionistas, as quais não têm obtido êxito no processo de cuidado para com o idoso (Idem). Os encontros do Envelhecimento Saudável ocorrem três vezes na semana: segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras na quadra da AACAF (Associação de Amigos do Conjunto Alfredo Freire). As atividades do grupo de usuários se desenvolvem em cinco momentos: organização dos materiais; buscar pastas, som, esfigmomanômetros e estetoscópios na Unidade Básica de Saúde (7:30 às 7:45), acolhimento e aferição da pressão arterial (7:45 às 8:15); atividade física (8:15 às 9:00); desenvolvimento do tema, que é escolhido no início de cada mês, através de sugestões explícitas dos usuários ou emerge do grupo durante as atividades de reflexão/ livre expressão (9:30 às 10:00) e a reunião de planejamento, da qual participam alunos, docentes e funcionários da UBS (10:00 às 10:30) (ibidem).

Foram temas abordados no grupo nos meses de outubro e novembro de 2006: A importância da alimentação saudável; o que é Hipoacusia? E Onde buscar ajuda? Qual e significado do Natal para você?

Todos os alunos, coordenadores e profissionais devem estar presentes na reunião de planejamento onde é realizada uma avaliação verbal do que aconteceu no grupo e repensadas as estratégias. Durante as reuniões de planejamento, a equipe de coordenação e os estagiários selecionam as atividades através das quais os temas escolhidos serão trabalhados, elegendo-as e organizando-as de acordo com a disponibilidade de recursos materiais, espaço físico, também levando em conta o preparo dos alunos presentes nas atividades, conforme sua inserção em diferentes períodos nos cursos de graduação. É feito o planejamento do próximo encontro com a divisão de tarefas por grupo de alunos (KEBBE; CARVALHO e ALVES, 2006).

Os estagiários de todos os cursos envolvidos participam dos encontros. No acolhimento os estagiários dos cursos de medicina, fisioterapia e enfermagem são responsáveis por aferir a pressão arterial (PA) dos usuários (quando alterada a PA é aferida antes e a após as atividades do grupo, se permanecer alterada, são agendadas consultas médicas e de enfermagem) os demais estagiários acolhem os usuários. Durante a atividade física os estagiários de educação física e fisioterapia são particularmente responsáveis pela prescrição dos exercícios que serão realizados, demais estagiários demonstram e orientam quanto à execução correta dos exercícios. No desenvolvimento do tema em geral os estagiários de fonoaudiologia, farmácia e medicina desenvolvem o tema enquanto os de terapia ocupacional coordenam as oficinas, demais estagiários orientam os usuários. Os estagiários de psicologia e serviço social são responsáveis mais especificamente pelas visitas, no caso de usuários que se ausentam por vários encontros consecutivos, essas são relatadas nas reuniões de planejamento. Essa escala, por assim dizer, não proíbe que um estagiário do curso de educação física realize visitas ou que um de fisioterapia auxilie no desenvolvimento do tema.

Elaborou-se um formulário com questões abertas e fechadas, para avaliar as percepções que os usuários têm sobre a importância do grupo em suas vidas e se esse influenciou na qualidade de suas vidas.

Foi solicitado aos participantes que respondessem as perguntas e embora não se tratasse de um trabalho de investigação, foi-lhes assegurado anonimato. O formulário foi aplicado individualmente pela autora do presente estudo em três dos encontros do Envelhecimento Saudável a vinte e três usuários do grupo selecionados aleatoriamente.

Resultados

Vinte usuários eram do sexo feminino e três do sexo masculino. A faixa etária dos usuários do grupo varia de 41 a 84 anos. O tempo de permanência dos idosos usuários no programa variou de 2 a 60 meses, sendo que sete usuários estão no grupo há 60 meses.

Quanto à melhora da qualidade de vida ao serem interrogados se o subprograma contribuía de alguma forma para a melhora da qualidade de vida, vinte e dois usuários responderam que o subprograma melhorou sua qualidade de vida e apenas um usuário respondeu que o subprograma não melhorou de forma alguma sua qualidade de vida.

Ao serem perguntados em quais aspectos o Envelhecimento Saudável melhorou a qualidade de sua vida, 1 dos usuários relatou houve melhora no aspecto social, 3 usuários no aspecto físico, 1 usuário no emocional, 10 relataram em todos os aspectos (social, físico e emocional), 5 nos aspectos físico e social, 3 nos aspectos físico e emocional (figura 1). Foram considerados aspectos sociais os relatos: “fiz mais amigos”, “conheci mais pessoas; emocionais “distrações” e “fico muito contente estar junto com o pessoal” e físicos “melhorou as câimbras”, “melhorou a artrite e a osteoporose”, “sinto menos dores” e “consigo fazer as coisas mais rápido lá em casa”.

Através dos relatos acima é possível concluir que o Envelhecimento Saudável influencia de alguma forma a vida dos usuários seja mostrando formas mais saudáveis de se alimentar, esclarecendo sobre as alterações biológicas do envelhecimento ou dando lhes oportunidade de falar um pouco sobre seus

sentimentos e experiências vivenciadas dentro e fora do grupo, contribuindo para a melhora da qualidade de suas vida. Quanto aos aspectos dessa melhora, é necessário relatar também que o usuário que relatou não haver melhora em sua qualidade de vida possui sequela de Acidente Vascular Encefálico (AVE), e como não observou melhora em seu padrão patológico, isso pode ter o induzido a relatar não haver melhora na qualidade de sua vida, já os demais participantes, relataram melhora da qualidade de vida.

Discussão

De acordo com os resultados, constatou-se que um programa de atividade física regular traz benefícios a seus usuários. Idosos ativos têm um HRQL (qualidade de vida relacionada à saúde) mais elevado do que os idosos que não participaram no programa de atividade física. Todas as dimensões desse índice avaliadas pelo SF-36 (limitações devido à saúde física) foram associadas com baixos níveis de atividade física. Esta constatação merece uma atenção particular no que diz respeito à construção de futuras estratégias de prevenção como forma de assegurar o viver independente do idoso (MOTA et al., 2006).

Verificou-se que as atividades do grupo atendem de forma interdisciplinar os usuários do grupo. Além das atividades físicas são realizadas também atividades lúdicas e recreativas, promovendo meios de melhorar a capacidade vital e de integração social, o que promove melhora da auto-estima. De acordo com Souza (2003 apud ROSSATO et al., 2008) a qualidade de vida na velhice associa-se a questões de independência e autonomia.

A saúde dos usuários é a maior preocupação da equipe interdisciplinar, a pressão arterial é monitorada três dias durante a semana, sempre que possível, são agendadas consultas de enfermagem e medicina para os participantes do subprograma, os usuários hipertensos são encaminhados antes daqueles que não apresentam hipertensão arterial.

O programa de atividade física regular e de longa duração, mesmo não tendo

sido idealizado para o desenvolvimento de força muscular, contribuiu para manutenção da força de preensão bilateral das mãos de mulheres idosas (REBELATTO et al.,2006).

Sempre que os usuários faltam por vários encontros, é realizada visita domiciliar para verificar se o usuário está doente ou o que o levou a se ausentar do grupo.

Essa preocupação com a manutenção do estado de saúde dos usuários é constante por parte da equipe interdisciplinar, e bastante valorizada pelos usuários, visto que sete desses referiram estar no subprograma há cinco anos e dez usuários relataram que o subprograma influi de maneira positiva em todos os aspectos de sua vida: social, físico e emocional.

Segundo Rossato (2008), capacidade funcional é a habilidade de realizar as atividades de vida diária de forma independente, incluindo capacidade de deslocamentos, autocuidado, participação em atividades recreativas, ou seja, a possibilidade de manter habilidades físicas e mentais necessárias a uma boa vida, incluindo um sono adequado.

A interdisciplinaridade é a melhor forma de se trabalhar em saúde, isso é visto durante toda graduação, mas na prática torna-se um desafio constante, não são apenas diferentes áreas do conhecimento, mas diferentes profissionais, cada um pensando a seu modo, porém todos devem atuar da forma que seja mais conveniente ao grupo. Portanto é necessário aos profissionais: flexibilidade, bom senso e compreensão, pois quem perde com os problemas que a equipe não resolve são os usuários. O trabalho interdisciplinar é bastante enriquecedor se cada profissional der sua opinião sem agredir o outro as atividades tornam se atrativas em todas as áreas do conhecimento, aparecem sem que nenhuma sobreponha outra e o subprograma mostra-se eficaz correspondendo aos objetivos pelos quais foi criado.

Apesar de relativamente recente a atuação do fisioterapeuta na atenção primária, esse profissional deve buscar alcançar níveis adequados de capacidade física e independência dos indivíduos em seus próprios ambientes (VÉRAS, 2005).

O fisioterapeuta por atuar diretamente com esta população nas ações de promoção, prevenção ou reabilitação, deve dar ênfase na manutenção e melhora da capacidade funcional. A condição de saúde do idoso, bem como sua qualidade de vida é influenciada por esta capacidade (ROSSATO, 2008).

É importante ressaltar que os participantes interagem e se adaptam às atividades propostas, mostrando interesse em participar de tudo o que é proposto. Os usuários criam vínculo afetivo com a equipe e com os demais usuários corroborando que o homem é sem dúvida, um ser social.

Considerações Finais

No século XX, houve um crescente interesse em conhecer mais acerca do envelhecimento. Surge então a gerontologia, ciência que estuda o envelhecimento, e com essa descobre-se que o envelhecimento é um período da vida do ser humano bastante complexo.

Fala-se também em interdisciplinaridade, pois apenas uma ciência mostra-se ineficaz no cuidado com o idoso, sendo necessária à aglutinação de diversos profissionais das áreas das ciências da saúde e das ciências sociais para o estudo do envelhecimento e o supracitado cuidado.

Percebe-se que é necessário prevenir as morbidades advindas com o envelhecimento, bem como proporcionar vida aos anos dos idosos. Nesse momento, começam a ser colocadas em prática a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Para Gobbi (1997 apud MELO, 2003); Lee et al., (1995, idem); Shephard (1991, idem) e Skelton et al. (1995, idem) a prática de atividade física é uma forma de prevenção e reabilitação da saúde do idoso fortalecendo os elementos da aptidão física (resistência, equilíbrio, flexibilidade e força) proporcionando independência e autonomia ao idoso.

Nesse contexto o fisioterapeuta deve trabalhar interdisciplinarmente com o

objetivo de atender as necessidades dos usuários e da equipe interdisciplinar, visto que sua formação generalista lhe permite atuar desde a atenção ao recém-nascido à atenção ao idoso. É função do fisioterapeuta junto à equipe auxiliar na elaboração e execução de programas que promovam melhora da auto-estima e da qualidade de vida do idoso, oferecendo auxílio sempre que necessário à equipe interdisciplinar, visto que esse é o profissional que estuda o movimento, exercício físico, fator que contribui para a melhora da capacidade vital do idoso (VÉRAS, 2005).

Constatou-se que o Envelhecimento saudável é importante para seus usuários que permaneceram no grupo, pois se sentem bem realizando exercícios e convivendo com outros usuários durante os encontros, ele relataram melhora na qualidade de vida nos aspectos físico, social e emocional como: diminuição do quadro álgico da artrite e osteoporose durante a execução de atividades de vida diária, melhora no convívio social, aumento do número de amigos, melhora do conhecimento acerca das questões de saúde e auxílio na melhora de quadro depressivo.

Embasada na execução deste estudo é interessante sugerir a execução de mais trabalhos relatando a atuação fisioterápica na atenção primária bem como resultados obtidos em grupos de atividade física para idosos, isso confirma que apesar da ampliação paradigmática da profissão do campo da reabilitação e cura para a promoção de saúde, melhorando a qualidade de vida e contribuindo para garantir o acesso da população a serviços, definidos pela constituição, ainda são escassos na literatura estudos com relatos de grupos multiprofissionais de atenção ao idoso.

Referências Bibliográficas

ALESSI, N. P. Diretrizes para condição dos sub-programas – UBS George Chirré Jardim. Uberaba, MG (Escola UNIUBE), 2003.

BRASIL, Ana Cristina O. et.al. O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do município de Sobral – Ceará. Revista Brasileira em promoção de saúde, vol. 18, n. 1, p. 3-6, jan./fev. 2005. Disponível em: www.unifor.br/notitia/file/427.pdf. Acesso em 25/10/2006.

BROWN, Marybeth. O idoso extremo, In: GUCCIONE, Andrew A. Fisioterapia Geriátrica. 2a. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. cap. 29; p.431-441.

CASTRO, R. B. P., MILANI, M., SIQUEIRA, B. G. Abordagem Multidisciplinar do paciente com Insuficiência Cardíaca. In: SERRANO, C. V., TIMERMAN, A., STEFANINI, E. (Eds.) Tratado de Cardiologia da SOCESP. 1a.ed. São Paulo: Editora Manole, 2005. cap. 8, p. 807-813.

DELIBERATO, Paulo César Porto. Prevenção em saúde pública. In: DELIBERATO, Paulo César Porto. Fisioterapia Preventiva, fundamentos e aplicações. 1a.ed. Barueri: Editora Manole, 2002. cap. 3, p. 46-49.

DUARTE, Yeda A. et al. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, Cadernos de atenção Básica, Brasília, 2006, p. 8-15. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/> Acesso em 05 abr. 2009.

FREITAS, Elizabete Viana et.al. Atividade Física no idoso. In: FREITAS, Elizabete Viana et.al. Tratado de geriatria e gerontologia. 1a.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. cap. 103, p.857-864.

KEBBE, Leonardo M.; CARVALHO, Beatriz Girão E.; ALVES, Karen Cristina. Kit Envelhecimento Saudável - UBS George Chirré Jardim. Uberaba, MG (Escola UNIUBE), 2006.

MONTEIRO, Maria de Fátima; SOBRAL FILHO, Dário C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. Revista brasileira de medicina do esporte, São Paulo, vol.10, n.6, p. 513-514, nov./dez. 2004.

MOTA, Jorge et al., Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. Revista brasileira Educação Física e Esporte. São Paulo, v.20, n.3, p.219-25, jul./set. 2006.

NERI, Anita L. Qualidade de vida na velhice. In: REBELATTO, J. R, MORELLI, J. G. S. Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso. 2a.ed. Barueri: Editora Manole, 2007. cap. 1,1-36p.

PAPALÉO NETTO, Matheus. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana et.al. Tratado de geriatria e gerontologia. 1a.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. cap. 1, p.1-12.

REBELATTO, J. R. et al., Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas; Revista brasileira de fisioterapia, vol. 10, n. 1, p. 127-132, jan./fev. 2006.

RIBEIRO, K.S.Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. Revista Fisioterapia Brasil, São Paulo. vol.6, n.5, p.311-318, mar./abr. 2002.

ROSSATO, Douglas D. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos adscritos em um PSF da cidade de Cruz Alta – RS. Revista Fisioterapia Brasil, São Paulo. vol.9, n.5, p.338-342, set/out. 2008.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p.757-764, nov./dez. 2002. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo>. Acesso em 05 abr. 2009.

SERRUYA, M. A., PIMENTEL, S. Atividade física do paciente cardiopata. In: REGENGA, Marisa M. Fisioterapia em cardiologia da UTI à reabilitação. 1ed. São Paulo: Editora Roca, 2000. cap. 14, p.315-333.

VÉRAS, Mirella Maria S. et al. A fisioterapia no Programa Saúde da família de Sobral CE. Revista Fisioterapia Brasil, São Paulo. vol. 6, n. 5, p. 345-348, set./out. 2005.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Revista saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.15(suplemento), p. 225-264, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/physis. Acesso em 17 nov. 2006.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 05 abr. 2009.

Recebido para publicação em: 14/08/2008

Aceito: 20/12/2008