

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

RENATO MENDONÇA RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “PROETI SAÚDE” DO MUNICÍPIO DE UBERABA,
MG: CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSAS USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS**

UBERABA

2013

RENATO MENDONÇA RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “PROETI SAÚDE” DO MUNICÍPIO DE UBERABA,
MG: CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSAS USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Atenção a Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior

UBERABA

2013

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

R372a Ribeiro, Renato Mendonça
Avaliação do programa "PROETI Saúde" do município de Uberaba,
MG: condições de saúde de idosas usuárias e não usuárias. / Renato
Mendonça Ribeiro. -- 2013.
90 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2013.
Orientador: Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior

1. Idosos – Saúde e higiene. 2. Saúde - Avaliação. 3. Programas
de saúde – Avaliação. I. Virtuoso Júnior, Jair Sindra. II. Universidade
Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

RENATO MENDONÇA RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “PROETI SAÚDE” DO MUNICÍPIO DE UBERABA,
MG: CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSAS USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Atenção a Saúde, área de concentração “Enfermagem e Saúde”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

_____ de _____ de _____

Banca examinadora

Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior - Orientador

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes

Dedico aos meus pais, que me deram força, inspiração, apoio e confiança para chegar até aqui. Aos meus irmãos, por acreditarem no meu potencial, oferecendo estrutura e condições para mais essa conquista. A minha esposa pelo amor incondicional, carinho e compreensão, e por sempre ter me dado todo apoio necessário para vencer todos os obstáculos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me abençoado durante toda minha vida, e também nesse período tão especial, colocando no meu caminho as pessoas que tornaram possível a realização desse grande sonho.

Agradeço ao meu orientador, pela oportunidade, pelo apoio, paciência e compreensão frente a todas as dificuldades encontradas ao longo dessa jornada.

A professora Sheila Tribess, pelo auxílio prestado na organização do instrumento de coleta de dados.

A minha esposa, por toda a paciência, fé e apoio para a realização desse sonho.

Aos professores Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares, Dr. Marcos Henrique Fernandes e Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior, por gentilmente terem aceitado compor a banca examinadora de minha dissertação.

A Cida, Christian, Daniela, Vanessa e todos os membros da secretaria, pela atenção, pelo carinho e pelo suporte oferecido sempre que foi necessário.

As colegas Andreza, Conceição, Lélia e Rafaela, pelo companheirismo, auxílio e paciência durante todo o período de coleta de dados.

A Dina, coordenadora do programa PROETI Saúde, pela sua atenção, disposição e auxílio prestado durante a realização de todo o estudo.

A Izaura e Vanessa, professoras do PROETI Saúde que deu todo apoio necessário para que o trabalho pudesse ser realizado nos polos em que eram responsáveis.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Atenção a Saúde, pelos conhecimentos e experiências ímpares que foram desenvolvidos durante as aulas, cursos e eventos nos últimos dois anos.

Aos mantenedores do Instituto Passo 1, Alexandre Ribeiro, Andre Ribeiro e Deborah Cristina, por terem investido e acreditado no meu crescimento e desenvolvimento acadêmico. Por terem compreensão e me darem asas para voar quando foi chegada a minha hora de concluir essa empreitada tão importante.

As idosas que participaram dessa pesquisa, pela cortesia, gentileza e carinho durante as entrevistas realizadas.

Aos meus sobrinhos, pela confiança, respeito e carinho oferecidos nesse período.

A CAPES, pela bolsa concedida durante o período do mestrado.

“Resista e Lute! Viva com o seu coração... Sempre tente uma vez mais; eu não tenho medo de perecer! Resista, e lute! Diga o que você sente...Nascido com um coração de aço!”

Joey DeMaio (Heart of Steel - Manowar)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos: a) identificar os aspectos sociodemográficos e de saúde de usuárias e não usuárias do programa PROETI Saúde; b) identificar o nível de atividade física habitual das participantes e não participantes das atividades do programa; c) avaliar o impacto, a oferta, utilização e a cobertura do programa PROETI Saúde. Caracterizou-se como estudo observacional, do tipo caso-controle, com pareamento 1:1, utilizando métodos exploratórios *surveys*. A amostra, selecionada por conveniência, foi constituída por 220 pessoas com idade ≥ 60 anos, residentes no aglomerado urbano do município de Uberaba, MG, sendo 110 cadastradas em um dos 13 polos do programa PROETI Saúde, frequente a pelo menos 12 meses nas atividades oferecidas representando o grupo caso, e 110 não usuárias representando o grupo controle. A coleta dos dados foi realizada por um questionário aplicado em forma de entrevista individual, com informações sociodemográficas (idade, estado civil, arranjo domiciliar, escolaridade e classificação socioeconômica), saúde (percepção de saúde, doenças referidas, qualidade do sono, uso de medicamentos, avaliação cognitiva, sintomatologia depressiva, capacidade funcional), e comportamentais (autoestima, atividade física no lazer, tempo sentado, autoeficácia na caminhada e na prática de atividades físicas moderada a vigorosa). Os indicadores de plausibilidade do desempenho (processo) do programa PROETI Saúde foram a oferta, utilização e cobertura. Para a análise dos dados foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão) e inferencial (teste de Mann-Whitney U, Qui-quadrado e Regressão Logística Binária). As idosas usuárias do programa PROETI Saúde apresentaram melhor percepção de saúde, menor consumo de medicamentos, e índices reduzidos de declínio cognitivo e sintomatologia depressiva em relação as não usuárias. Foi identificada maior prevalência de incapacidade funcional para realização das AIVD e menor autoeficácia e autoestima entre as não usuárias do programa. As participantes do programa PROETI Saúde apresentaram ranks superiores para prática de atividade física nos domínios do trabalho, deslocamento e lazer. Identificou-se que a oferta do programa PROETI Saúde é superior ao de outros programas no país, abrangendo 50% das unidades com a presença da ESF. A utilização obteve média de 73,6% de idosas frequentes durante 3 semanas de observação, tendo a cobertura abrangência de 4,6% da população

alvo. Após análise multivariada foi observada maior prevalência de sintomatologia depressiva, inatividade física no lazer e reduzida autoeficácia (AF moderada / vigorosa) para a condição de não usuária do programa. Os achados desta investigação indicam que o programa PROETI Saúde proporciona impacto positivo em relação a percepção subjetiva de saúde, qualidade do sono, declínio cognitivo, sintomatologia depressiva, atividade física no lazer e autoeficácia (AF moderada/vigorosa), com oferta e utilização satisfatória em relação a outros programas oferecidos no país.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Atenção à Saúde, Idoso.

ABSTRACT

This study aimed to identify: a) sociodemographic and health characteristics of users and non-users of the program PROETI Saúde, b) level of habitual physical activity of participants and non-participants of the program activities, c) assessing the impact, provision, utilization and coverage of the program PROETI Saúde. Characterized as observational, case-control study, with 1:1 matching, using methods exploratory surveys. The sample, selected by convenience consisted of 220 females aged ≥ 60 years living in the urban area of the municipality of Uberaba, MG, 110 subjects were enrolled in the 13 centers PROETI Saúde program, often at least 12 months in the activities offered representing the case group and 110 nonusers representing the control group. Data collection was performed by a questionnaire in an individual interview with sociodemographic information (age, marital status, family arrangement, education, and socioeconomic status), health (perceived health, diseases referred, quality of sleep, use of medications, cognitive decline, depressive symptoms, functional capacity), and behavioral (self-esteem, physical activity in leisure, sitting time, self-efficacy in walking and physical activity in moderate to vigorous). The plausibility of performance indicators (process) PROETI Health program were the provision, utilization and coverage. For data analysis procedures were used descriptive statistics (frequency, mean and standard deviation) and inferential statistics (Mann-Whitney U, Chi-square and Binary Logistic Regression). The elderly users PROETI Saúde program showed better perceived health, lower consumption of drugs, and reduced rates of cognitive decline and depressive symptoms compared to non-users. Identified an increased prevalence of disability to perform the IADL and lower self-efficacy and self-esteem among non-users of the program. The program participants PROETI Saúde showed higher ranks for physical activity in the areas of work, displacement and leisure. It was identified that the program offer PROETI Saúde is superior to other programs in the country, covering 50% of the units in the presence of Family Health Strategy. The utilization had an average of 73.6% of the elderly frequent observation for 3 weeks, and the coverage range of 4.6% of the target population. Multivariate analysis was a higher prevalence of depressive symptoms, physical inactivity and low self-efficacy (AF moderate/ vigorous) for the condition that do not use the program. The findings of this investigation indicate that the program PROETI Health Saúde positive impact in

relation to subjective health perception, sleep quality, cognitive impairment, depressive symptoms, physical activity in leisure and self-efficacy (AF moderate / vigorous), with satisfactory provision and utilization in relation to other programs offered in the country.

Keywords: Health Evaluation, Health Care, Aged.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama inicial da interação do ambiente físico no programa PROETI Saúde.....	29
Figura 2 - Modelo ecológico para projeto de rede intersetorial para programa de condicionamento físico para idosos.....	30
Figura 3 - Fluxograma do modelo de estudo com indicadores das condições de saúde de mulheres idosas no não engajamento no impacto do Programa PROETI Saúde.....	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Aplicação da Teoria Ecológica de Bronfenbrenner no programa PROETI Saúde.....	28
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	46
Tabela 2 – Distribuição das variáveis de saúde das mulheres idosas nos grupos caso e controle de Uberaba, MG	47
Tabela 3 – Distribuição das variáveis comportamentais das mulheres idosas nos grupos caso e controle, Uberaba, MG.....	48
Tabela 4 – Análise comparativa da distribuição do tempo despendido em atividades físicas pelas mulheres idosas entre os grupos caso e controle, Uberaba, MG.....	48
Tabela 5 - Fatores associados ao não engajamento das idosas do Programa PROETI Saúde de Uberaba, MG.....	49
Tabela 6 – Utilização do Programa PROETI Saúde.....	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DCNT – Doenças Crônicas e Não Transmissíveis
CAPS – Caixas de Aposentadoria e Pensão
IAPS – Instituições de Aposentadoria e Pensão
INPS – Instituto Nacional de Aposentadoria e Pensão
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
US – Unidades de Serviço
MS – Ministério da Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
CNS – Conferência Nacional de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
ESF- Equipes de Saúde da Família
CDC – Center For Disease Control and Prevention
RNAF – Rede Nacional de Atividade Física
PNPS – Política Nacional de Promoção de Saúde
VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção por Inquérito de Telefone
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PEF – Profissional de Educação Física
AS – Academia da Saúde
PROETI – Programa de Educação em Tempo Integral
MEEM – Mini Exame do Estado Mental
GDS-15 – Escala de Depressão Geriátrica
ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária
AF – Atividade Física
IPAQ – Questionário Internacional de Prática de Atividade Física
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
IC – Intervalo de Confiança
4º BPM – 4º Batalhão de Polícia Militar
UAP – Unidades de Atenção Primária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	18
1.2 PROMOÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	22
1.3 O PROGRAMA PROETI SAÚDE SOBRE O PRISMA DO MODELO ECOLÓGICO.....	26
1.4 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS COMUNITÁRIOS DE ATIVIDADE FÍSICA.....	30
2 – OBJETIVOS	35
2.1 OBJETIVO GERAL	35
2.1.1 Objetivos Específicos	35
3 MÉTODOS	36
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	36
3.2 POPULAÇÃO	36
3.3 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	36
3.3.1 Critérios de inclusão da amostra	37
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E INSTRUMENTOS.....	38
3.4.1 Características Sociodemográficas	38
3.4.2 Indicadores de Saúde	39
3.4.2.1 <i>Percepção de Saúde</i>	39
3.4.2.2 <i>Função Cognitiva</i>	39
3.4.2.3 <i>Sintomatologia depressiva</i>	40
3.4.2.4 <i>Capacidade Funcional</i>	40
3.4.3 Aspectos Comportamentais	41
3.4.3.1 <i>Auto Estima</i>	41
3.4.3.2 <i>Autoeficácia</i>	41
3.4.3.3 <i>Nível de Atividade Física e comportamento sedentário</i>	42
3.4.4 Indicadores de processo do Programa PROETI Saúde	42
3.4.4.1 <i>Oferta</i>	42
3.4.4.2 <i>Utilização</i>	43
3.4.4.3 <i>Cobertura</i>	43

3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4 Resultados	45
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	45
4.2 INDICADORES DE OFERTA, UTILIZAÇÃO E COBERTURA DO PROGRAMA PROETI SAÚDE.....	50
5 DISCUSSÃO	52
6 CONCLUSÕES	62
REFERÊNCIAS	64
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	78
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre Após Esclarecimento	79
ANEXO C – Instrumento de Coleta de Dados	81

1 INTRODUÇÃO

O crescimento populacional é um fenômeno mundial. Em 1959, a população era de 3 bilhões de habitantes no mundo, chegando a 6 bilhões no ano de 1998, com estimativa de crescimento para 8 bilhões de habitantes no ano de 2025 (UNITED NATIONS, 2011). No Brasil, o crescimento da população nas últimas décadas também foi significativo: em 1980, havia aproximadamente 119 milhões de habitantes no país, ultrapassando o número de 190 milhões em 2010, com expectativa de ultrapassar 210 milhões de habitantes em 2025 (IBGE, 2008).

Concomitante ao crescimento populacional, a segunda metade do século XX foi marcada por intensa industrialização e crescimento econômico no Brasil, que conseqüentemente contou com grande fluxo migratório da população brasileira para os centros urbanos, em busca de melhores condições de vida (BRITO, 2006).

As transformações que ocorreram na organização socioeconômica do país, propiciaram à inserção da mulher no mercado de trabalho, que por sua vez, contribuiu para a redução nos índices de fecundidade, de aproximadamente 6,3 filhos em média por mulher em idade fértil em 1960, para menos de 2 filhos em 2009 (IBGE, 2010).

Nesse período, evidencia-se também o advento de novas tecnologias e procedimentos na medicina, que aliados a melhorias nas condições vida, saneamento básico e assistência materna infantil, contribuíram para a diminuição progressiva das mortes prematuras, dando início ao processo acelerado de envelhecimento populacional (COSTA; GARCIA; NAHAS, 2012; MARICATO, 2000). A expectativa de vida, que em 1960 era de aproximadamente 55,9 anos ao nascer, passou para 73,1 anos em 2009 (IBGE, 2010).

Nesse contexto, houve transferência das morbidades da população jovem, anteriormente atingida pelas doenças parasitárias e infecciosas, para a população mais velha, acometidas nesse novo cenário pelas doenças crônico-degenerativas (CARMO; SILVA JÚNIOR; BARRETO, 2003).

Na segunda metade do século XX ocorreram mudanças no estilo de vida da população, decorrentes do advento de novas tecnologias, a exemplo dos veículos automotores, televisão e internet, que substituíram as tradicionais atividades de vida diária, por outras que contam com reduzido gasto energético (COSTA; GARCIA;

NAHAS, 2012; KOHL et. al., 2012). Associado a esse novo padrão de comportamentos que favorece a inatividade física, observa-se também que o estilo de vida urbano está relacionado a um novo modelo de alimentação, rica em açúcares e gorduras, e pobre em nutrientes essenciais para a saúde, o que contribuiu para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), trazendo impactos profundos na organização econômica, social e ambiental do Brasil (POPKIN, 2004).

Nesse contexto, as DCNT, responsáveis por 63% das causas de morte no mundo, e de aproximadamente 72% no Brasil, passaram a ser uma preocupação dos departamentos de saúde pública, visto o impacto que trazem nas condições gerais de saúde da população, e também na organização econômica e social de todos os países (BRASIL, 2011b). No Brasil, observou-se a sobreposição das doenças infecciosas pelas DCNT: em 1930, as mortes causadas por doenças infecciosas e cardiovasculares, correspondiam a 45,7% e 11,8% respectivamente, e em 1999, esses números passaram para 5,9% e 31,3% (CARMO; SILVA JUNIOR; BARRETO, 2003), permanecendo com valores semelhantes em 2008 (BRASIL, 2011b).

Paralelo a esse novo quadro demográfico e epidemiológico, desenvolveram-se hábitos que representam riscos à saúde, tais como: a) inatividade física; b) demasiado tempo despendido na posição sentada; c) alimentação inadequada; d) consumo demasiado de álcool; e) tabagismo. Tais comportamentos, que surgem como fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT, responsáveis por uma significativa prevalência de limitações e incapacidades funcionais, comprometendo com isso a saúde e qualidade de vida da população, sobretudo os grupos considerados vulneráveis, onde se encontram os idosos (BRASIL, 2011b).

Entre os estilos de vida negativo é possível destacar, a inatividade física, em todos os domínios (ocupacional, doméstica, de lazer e deslocamento) e o excesso de tempo despendido na posição sentada (comportamento sedentário), como principais fatores de risco à doenças crônicas, tais como a obesidade, diabetes e doenças do sistema circulatório, uma vez que evidências apontam relação inversa entre atividade física e agravos à saúde (SIMON et. al., 2009; VAN DER PLOEG et al., 2012).

O comportamento sedentário propicia uma série de adaptações do organismo, que se reorganiza para a economia de energia em resposta a menor demanda energética, que por sua vez estão relacionadas ao desenvolvimento das DCNTs, das quais se encontram: a) atrofia muscular; b) diminuição da sensibilidade da ação da insulina; c) hiperinsulenemia, d) aumento da gordura central; f) efeitos inflamatórios no organismo (CHARANSONNEY; DESPRÉS, 2010).

Além disso, as doenças crônicas podem levar a diminuição da aptidão funcional, que contribuem para a diminuição da capacidade de trabalho podendo levar o indivíduo ao quadro de dependência, o que representa sobrecarga para as famílias e sistemas de saúde, devido à necessidade de suporte e os altos custos que acompanham tais doenças (BRASIL 2011b).

Os custos de saúde na atenção e cuidado da população sempre impulsionaram a implantação e reorganização de políticas no país. As várias mudanças que ocorreram no Brasil nos últimos séculos, em sua organização política, econômica e social, gerou uma série de transformações no país, que por sua vez, influenciaram a organização das políticas públicas de saúde ao longo do tempo.

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

O início do século XX foi marcado por um cenário de grandes transformações. Se por um lado, houve um acentuado desenvolvimento econômico e industrial, impulsionados pela exportação do café, por outro, as péssimas condições de habitação e salubridade das cidades brasileiras, trouxeram como consequência o ressurgimento das grandes epidemias, que causaram milhares de mortes e incapacidade precoce na população (MIRANZI et. al., 2010; NUNES, 2000). Carente de ações de prevenção e de estrutura adequada para o tratamento de doentes, esse cuidado era prestado nesse período por instituições filantrópicas de benemerência, restando aos indivíduos suspeitos de portarem uma dessas doenças, o isolamento em leitos improvisados (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Os primeiros anos do século XX foram marcados por ações sanitárias, destacando-se o trabalho de Emílio Ribas, que enfatizou a importância das ações de

limpeza pública e de fiscalizações para manutenção das cidades em estado aceitável de salubridade, além do combate ao mosquito transmissor da febre amarela (ALMEIDA, 2000).

Anos mais tarde, o Brasil passaria por novas mudanças. A produção excedente do café, fez com que seu valor fosse reduzido nos mercados nacional e internacional, que somado a quebra da bolsa de Nova York em 1929, levou o país a uma crise política e socioeconômica (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). Nesse contexto, intensificava-se a mobilização da classe trabalhadora reivindicando melhorias na assistência na saúde, o que culminou na organização dos serviços com foco no atendimento individual, através da atenção hospitalar (MIRANZI et. al., 2010; SILVA et. al., 2010).

Nessa perspectiva, em 1923 , foram instituídas através da lei Eloy Chaves, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), que se consistia em fundos administrados por empregados e empregadores, que tinham como finalidade a assistência médica previdenciária dos trabalhadores. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; VASCONCELOS, 1999).

Em 1933, Getúlio Vargas transforma as CAPS em Instituições de Aposentadoria e Pensão (IAPS), com o objetivo de contar com investimento dos funcionários, empregadores e união nos fundos de previdência, o que na prática, consistiu-se em uma estratégia contencionista dos investimentos do fundo previdenciário, que seriam utilizados para o financiamento da industrialização nacional (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nesse período foi atribuída a Diretoria de Assistência Médica Social, a supervisão dos estados nas ações relacionadas à saúde, em perspectiva de neutralizar as iniciativas municipais de saúde pública, deixando a cargo do estado o controle dessas atividades, através de interventores nomeados pelo executivo federal (HOCHMAN, 2005).

Poucas mudanças aconteceram nos anos seguintes, até que em 1964, teve início no Brasil, através de um golpe de estado, a ditadura militar (MIRANZI et. al., 2010). Nesse momento, a prioridade do governo se deu para o desenvolvimento industrial, em detrimento das políticas sociais, o que culminou no desenvolvimento econômico e melhoria de condições de vida, que contemplava apenas as classes mais abastadas da sociedade, em um contexto de desigualdade e exclusão social

(PAIM et. al., 2011). As políticas públicas de saúde nesse período favoreciam a assistência médica hospitalar privada, com foco na atenção hospitalar curativista, em detrimento de investimentos públicos para ações de prevenção, o que causou retrocesso na organização da saúde pública brasileira (ROSA; LABATE, 2005; SILVA et.al., 2010).

Em 1966, os IAPS foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que anos vindouros foi dividido em dois departamentos: a) Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social (INAMPS), voltado para a assistência médica dos trabalhadores assalariados; e, b) INPS para gestão dos benefícios dos trabalhadores (ARRETCHE, 2005; ESCOREL, 2008).

O INPS, que realizava os pagamentos dos serviços privados através da apresentação das Unidades de Serviço (US), foi alvo de corrupção pelos prestadores de serviços particulares, sendo evidenciada nesse período a apresentação US fraudulentas, o que favoreceu o enriquecimento ilícito das entidades privadas, além do rombo no orçamento do sistema previdenciário (MIRANZI et. al., 2010).

Observa-se nesse sentido, separação na coordenação dos serviços de saúde: o INPS era responsável pela assistência médica individual de trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho, e o Ministério da Saúde (MS) era responsável pela organização dos serviços públicos de saúde voltados para os demais grupos da população (VIANA, 2000). Marco desse momento histórico foi à priorização de ações voltadas para a educação e aumento da verba do MS, que contribuíram para o desenvolvimento de cursos de pós-graduação, que formavam profissionais que aos poucos foram incorporando setores do governo, fato este que fortaleceu o incipiente movimento sanitário brasileiro (ESCOREL, 2008).

No cenário internacional, em 1978, foi realizada a Conferência de Alma Ata, que colocou em pauta a importância da ampliação da cobertura de serviços de saúde através dos serviços básicos (MIRANZI et. al., 2010; ROSA; LABATE, 2005). A conferência destacou as seguintes prioridades: a) participação da comunidade na formulação, organização e execução desses serviços; b) intervenção multissetorial para promoção de saúde; c) relação entre saúde e desenvolvimento econômico da sociedade; d) ênfase na organização da atenção primária em saúde (BRASIL, 2002).

Nesse período, a ditadura militar passava por crise econômica, moral e social, concomitante ao fortalecimento do movimento sanitário brasileiro, que tinha como fundamento a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a descentralização da organização e oferta dos serviços básicos de saúde, além de fiscalização ostensiva dos prestadores de serviços particulares (ARRETCHE, 2005). Esse movimento, contou com a participação de grupos importantes em sua organização e divulgação, destacando-se o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), profissionais de saúde e professores universitários, que mais tarde, articularam-se com gestores dos serviços de saúde municipais e outros movimentos (GIOVANELLA, 2008; PAIM et. al., 2011). As reivindicações desses movimentos foi pauta da 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1980 (ESCOREL; BLOCH, 2005).

Em 1986, ocorreu a 8ª CNS, que contando pela primeira vez com a participação de usuários, profissionais, acadêmicos e gestores dos serviços de saúde, juntos pela democratização dos serviços de saúde, culminou na unificação do sistema de saúde (ROSA; LABATE, 2005). As diretrizes estabelecidas nessa conferência foram materializadas na constituição de 1988, que assegurou a saúde como direito de todos os cidadãos, e obrigação do estado na organização e oferta de serviços, em um contexto integrativo de ações preventivas e curativas (ARRECTHE, 2005).

Em 1989, o então presidente da República Federativa do Brasil, José Sarney, incorporou o INAMPS ao MS, o que consolidou o Sistema Único de Saúde (SUS), resultado dos esforços de múltiplos segmentos da sociedade, que se mobilizaram pela democratização dos serviços de saúde, em perspectiva de acesso universal à assistência integral e resolutiva, constituindo a saúde como questão de seguridade social (ESCOREL, 2008; GIOVANELLA, 2008).

Logo após o surgimento do SUS, foram promulgadas as leis orgânicas 8.080 e 8.142, que regulamentavam o funcionamento do sistema (VIANA, 2000). De acordo com a lei 8.080, as ações e serviços de saúde prestados pelo governo têm como objetivo o atendimento individual e coletivo, com atividades direcionadas para o diagnóstico, prevenção, tratamento e reabilitação, independente da complexidade e custo dessas ações, em uma perspectiva universal e integral (BRASIL, 1990).

Essa lei compreende também que a saúde não é apenas ausência de doença, sendo determinada por fatores sociais, tais como educação, habitação, saneamento básico, alimentação, lazer e outros aspectos (ROSA; LABATE, 2005).

Observa-se nesse sentido, que a consolidação do SUS no Brasil, representa a democratização dos serviços de saúde, com perspectiva de superação do modelo hegemônico, dos anos anteriores de sua existência, para reorganização dos serviços voltada para a resolubilidade dos problemas de saúde, individuais e coletivos, contando com ações de prevenção, promoção e proteção, através da atenção básica de saúde (CAMPOS, 2011; GIOVANELLA, 2008).

A proposta de reorganização e ampliação da assistência de saúde para toda a população surgiu em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) (ROSA; LABATE, 2005). O PSF surgiu em perspectiva de reestruturação dos serviços de saúde, tendo como foco o conhecimento dos ambientes físico e social das famílias, permitindo compreensão ampliada dos fatores relacionados ao desenvolvimento de doenças, para que a partir desse contexto fossem organizadas estratégias e ações resolutivas de saúde (ROCHA, 2011).

Nesse sentido, as Equipes de Saúde da Família (ESF), tem como objetivo o cuidado da saúde das famílias de um território específico, onde a partir do conhecimento das necessidades de saúde dessa população são elaboradas estratégias de prevenção, promoção e reabilitação de saúde, através de ações contínuas e resolutivas, sustentadas pela criação de vínculos de compromisso entre as ESF e a população (ROSA; LABATE, 2005; GIOVANELLA, 2008).

1.2 PROMOÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

As transformações ocorridas na segunda metade do séc. XX, oriundas do desenvolvimento econômico, industrial e tecnológico que ocorreu nesse período, provocou uma série de mudanças no estilo de vida da população, que menos ativa, e com maior prevalência de sobrepeso e obesidade, passou a ser acometida pelas DCNT, tem ocasionado grande impacto na saúde e qualidade de vida da população, e conseqüentemente sobrecarga financeira para as famílias e para os sistemas públicos de saúde (COSTA; GARCIA; NAHAS, 2012).

Em resposta a mudança ocorrida nesse período ocorreu em 1986 a Conferência de Ottawa, no Canadá, que trouxe em pauta a questão da promoção de saúde para a população, enfatizando que a saúde deveria ser compreendida como recurso importante para a vida, e que por essa razão, deveria ser proporcionada à população a capacidade de intervir e controlar os diversos fatores relacionados com a sua saúde e qualidade de vida, sendo estes: a) Condições favoráveis de moradia; b) Educação; c) Renda; d) Paz; e) Saneamento básico; f) Alimentação saudável; g) Ecossistema estável; h) Recursos sustentáveis; i) Equidade e justiça social (HAESER; BUCHELE; BRZOZOWSKI, 2012). Propunha que para se atingir o bem estar biopsicossocial, além da preservação das capacidades físicas, é necessária a gestão de recursos pessoais e sociais para a promoção de saúde, sendo necessária a articulação dos diferentes setores, públicos, comunitários e privados, para favorecer condições de promoção de saúde à população (BRASIL, 2002).

Seguindo a filosofia da carta de intenções da conferência de Ottawa, teve início na década de 1990, programas de intervenção voltados para a promoção de saúde da população em países desenvolvidos, com ações voltadas para alimentação saudável, prática de atividade física, e também a redução do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas (NISSINEN; BERRIOS; PUSKA, 2001). A exemplo dessas iniciativas observa-se o estudo realizado na República da Maurícia, em 1992, que verificou que o programa de intervenção para a adoção de estilos de vida saudáveis da população, teve efeito positivo no aumento da prática de atividade física de lazer, que esteve associada com a diminuição da prevalência da hipertensão arterial, do colesterol, da intolerância a glicose, na redução do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas (DOWSE et. al., 1995).

Iniciativas dessa natureza também foram adotadas por países em desenvolvimento. Avaliação de um programa de intervenção com foco na adoção de um estilo de vida saudável em Singapura, que teve início em 1992, comparando indicadores de saúde da população entre os anos de 1998 e 2004, constatou que houve aumento da prática de atividade física da população, associada à diminuição da prevalência de hipertensão arterial, colesterol total e do diabetes (BHALLA et. al., 2006).

Nesse contexto, onde as DCNTs representavam séria ameaça à saúde das populações e aos sistemas de saúde, contando com fatores de risco preveníveis, o

MS do governo brasileiro, seguiu a mobilização de outros movimentos mundiais, tais como os realizados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention* – CDC) uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, na formulação de políticas de promoção da prática de atividades físicas.

O MS, desde 2005, por meio de incentivos financeiros vinculados a convênios, editais e portarias, vem possibilitando o desenvolvimento de projetos com a inclusão de ações na área da atividade física, alimentação saudável, prevenção de tabagismo, álcool e outras drogas, prevenção de acidentes de trânsito, prevenção de violência e estímulo à cultura de paz e promoção de desenvolvimento sustentável (KNUTH et. al., 2010; MALTA et. al., 2011).

A Rede Nacional de Atividade Física (RNAF) com mais de 1500 entes federados contemplados com financiamento público desde 2005, constituem a primeira ação do Ministério da Saúde em prol de uma população mais ativa fisicamente (KNUTH et al., 2010).

Essas ações, que se estabeleceram como eixos da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), aprovada em 2006, tiveram uma expressiva adesão dos municípios e estados, o que contribuiu para o aumento dos recursos disponibilizados, destacando-se o financiamento de ações promotoras de atividade física: em 2005, foram disponibilizados 4,6 milhões de reais; em 2009, esse orçamento foi aumentado para 56 milhões de reais, o que demonstra a importância atribuída à atividade física para promoção e produção de saúde (MALTA et. al., 2011).

A PNPS foi desenvolvida com o intuito de reduzir a vulnerabilidade a riscos de saúde, promover a equidade social e a melhoria da qualidade de vida da população (MALTA, et.al. 2011). Essa política surgiu para organizar e sistematizar ações multi setoriais de prevenção de doenças, em uma perspectiva de identificação dos seus fatores determinantes, e com base nessas evidências, formular estratégias a fim de criar condições para a população a aderir estilo de vida mais saudável, em perspectiva de inclusão social, onde a atividade física surge como fator preventivo (BRASIL, 2010).

A PNPS surgiu em perspectiva de compreender os fatores ambientais e socioeconômicos relacionados ao desenvolvimento das DCNT, e através de ações

intersectoriais, promoverem a ampliação dos serviços básicos de saúde no intuito de divulgar, ofertar e avaliar serviços e programas resolutivos para promoção de saúde à população (COSTA; GARCIA; NAHAS, 2012).

Em 2006 foi implementado o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que através de 54 mil entrevistas anuais, têm como objetivo identificar a frequência, evolução e distribuição de fatores de risco e de proteção em adultos maiores de 18 anos, residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (COSTA; GARCIA; NAHAS, 2012; BRASIL, 2009). Essa iniciativa surge como marco importante, para o monitoramento da situação e das necessidades de saúde da população.

Nessa perspectiva, em 2007, sob a coordenação do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde foi realizada a avaliação do Programa Academia da Cidade em Recife, PE (HALLAL et. al., 2010). A avaliação objetivou identificar a efetividade de tal programa, a partir da percepção dos usuários, não usuários e profissionais que trabalhavam na “Academia da Cidade”, e a partir dessas evidências discriminarem aspectos que poderiam facilitar a generalização da intervenção à outras regiões do país (HALLAL et. al., 2011).

Além do impacto que promove nas condições de saúde dos usuários, pesquisas demonstram que locais onde acontecem as atividades dos programas comunitários de atividade física, à exemplo o programa Academia da Cidade de Recife, PE, e o CuritibaAtiva, em Curitiba, PR, contam com público mais ativo fisicamente, em relação a locais públicos onde não acontecem as atividades desses programas (PARRA, et.al., 2010; REIS et.al., 2010).

Nos últimos anos, o MS tem aumentado as ações direcionadas à promoção da atividade física e outros comportamentos saudáveis, através da criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 estabelece a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. (BRASIL, 2008). No contexto da Atenção Básica, o NASF de uma forma multidisciplinar e superando a lógica fragmentada no cuidado à saúde propõe a qualificação e a complementação das atividades realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (ROCHA, 2011).

O NASF é constituído por uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, a exemplo da Educação Física, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, dentre outros, elegíveis de acordo às necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos territórios onde se encontram os serviços de saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A inserção do Profissional de Educação Física (PEF) no Sistema Único de Saúde SUS se procede primordialmente pelo NASF, sendo indicadas as atribuições cabíveis a categoria, sendo legitimado pela Resolução nº 287/97 como uma das profissões da saúde (BRASIL, 2008).

Em abril de 2011, foi desenvolvido pelo MS, o programa Academia da Saúde (AS), na perspectiva de materializar as diretrizes da Política de Promoção de Saúde, oferecendo à população condições para adoção de hábitos saudáveis, através da prática de atividade física, sendo tais atividades coordenadas pela equipe de Atenção Primária com apoio do NASF (BRASIL, 2012).

A atuação do PEF no NASF, visa propiciar estilo de vida ativo, em perspectiva de superação da abordagem tradicional da prática de atividade física, sendo marcadas por ações pautadas nas demandas da comunidade, tendo em vista a divulgação dos benefícios do estilo de vida saudável à população, bem como participação ativa na elaboração, execução, acompanhamento e avaliação dos resultados das intervenções feitas na comunidade (ROCHA, 2011).

1.3 O PROGRAMA “PROETI SAÚDE” SOBRE O PRISMA DO MODELO ECOLÓGICO

Acompanhando as tendências da mobilização nacional para iniciativas de promoção de saúde, o Programa de Educação em Tempo Integral (PROETI), da secretaria de educação da cidade de Uberaba, implantou no município o Programa PROETI Saúde, que teve início em 2005, com a denominação de “Ginástica Orientada”.

No ano de 2008, seguindo as perspectivas de intervenção multiprofissional e intersetorial do SUS, foi oficializada a parceria entre as secretarias de Educação, Esporte e Lazer, e Saúde, onde o projeto deu um grande salto no número de

participantes, contando com um total de 1200 pessoas que semanalmente participavam das práticas de atividades físicas orientada, com o acompanhamento das ESF e dos profissionais do NASF.

Com a mudança da gestão municipal ocorrida no ano 2012, algumas mudanças ocorreram na organização das atividades, bem como na equipe de profissionais e coordenadores envolvidos com o projeto. Foi nesse contexto que o seu nome alterado para “PROETI Saúde”. Após esse período de transição, o programa foi reativado no município, e conta atualmente com 496 participantes regulares nas aulas que acontecem durante os dias úteis da semana.

Tão importante quanto a oferta de atividade física e condições para que a população adote um estilo de vida ativo, encontra-se na compreensão dos fatores que estão relacionados com a prática de atividade física (COSTA; GARCIA; NAHAS, 2012). O programa “PROETI Saúde”, conta como princípio norteador as necessidades e demandas dos usuários, e a interação desses usuários com o ambiente em busca da melhoria contínua da qualidade da saúde pública. Esse princípio encontra-se na teoria de Urie Bronfenbrenner, denominado de Sistema Ecológico, com a abordagem em cinco níveis interativos: a) Microssistema; b) Mesossistema; c) Exossistema; d) Macrossistema; e) Cronossistema (PRATI; COUTO; MOURA, 2008). A adaptação dos princípios dessa teoria foi utilizada para melhor compreender o idoso no seu contexto social e cultural e as respectivas interações com o seu entorno.

Entende-se por Microssistema o ambiente imediato do indivíduo, e a interação dos elementos que compõe esse sistema é denominada Mesossistema (BRUEL; VARGAS, 2011). Os fatores sociais que se relacionam indiretamente com o idoso são parte do Exossistema (POLETTI; KOLLER, 2008).

O Macrossistema leva em consideração o contexto cultural, em que os elementos culturais, políticas de saúde, condição financeira e escolaridade podem influenciar na adesão e permanência do indivíduo no programa de atividades físicas, enquanto o Cronossistema compõe as transformações que ocorreram ao longo do tempo na vida da pessoa (PRATI; COUTO; MOURA, 2008). Uma vez que a inatividade física sofre influência de fatores motivacionais, socioculturais e biológicas, no decorrer da vida do idoso, alguns acontecimentos podem interferir nos

domínios referidos anteriormente, a exemplo da perda de entes familiares e a participação em eventos sociais (BUCHMAN et.al., 2010).

Quadro 1 – Aplicação da teoria ecológica de Bronfenbrenner no Programa PROETI Saúde.

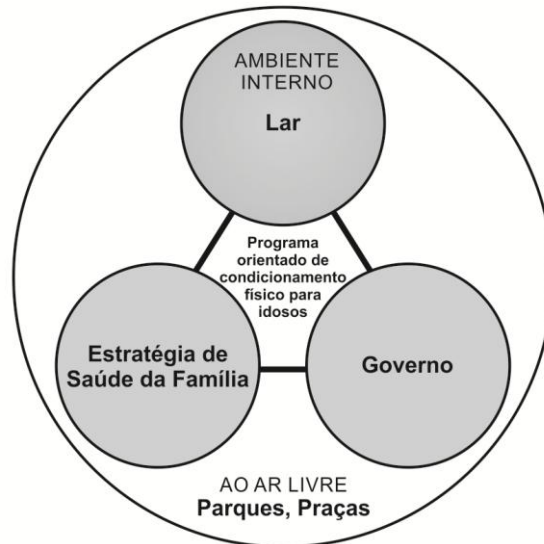
Níveis	Exemplos
Microsistema	Ambiente imediato do idoso: família, vizinhos, igreja, praças ou espaços comunitários.
Mesosistema	Conexões entre o ambiente imediato: Família para os espaços comunitários, Estratégia Saúde da Família (relação entre Microsistemas).
Exossistema	Envolve ligações entre um ambiente social no qual o indivíduo não tem um papel ativo e contexto imediato do indivíduo (qualificação dos profissionais do programa PROETI Saúde; experiência de filhos e netos na escola, universidade e trabalho).
Macrossistema	Ampla contexto cultural; aspectos sociodemográficos, escolaridade.
Cronossistema	O padrão de eventos ambientais e as transições ao longo da vida, bem como as circunstâncias sócio-históricas (o contexto da separação e/ou da perda de um ente querido ao longo de um período temporal; oportunidade de participação em atividades sociais).

Fonte: adaptado de PRATI; COUTO; MOURA, 2008.

Como referência a aplicação em outros modelos, a Teoria dos Sistemas Ecológicos pode oferecer um modelo útil para o desenvolvimento e implantação de programas comunitários de atividade física para idosos (BRUEL; VARGAS, 2011).

Além disso, quando comparado o diagrama território (Figura 2) com o modelo ecológico (Quadro 1), observa-se que o diagrama território não aborda o papel da cultura (isto é, o macrossistema) e como a passagem do tempo interfere na decisão da adesão do idoso a prática de atividades físicas (Cronossistema).

Figura 1: Diagrama inicial para a compreensão da interação do ambiente físico no programa.



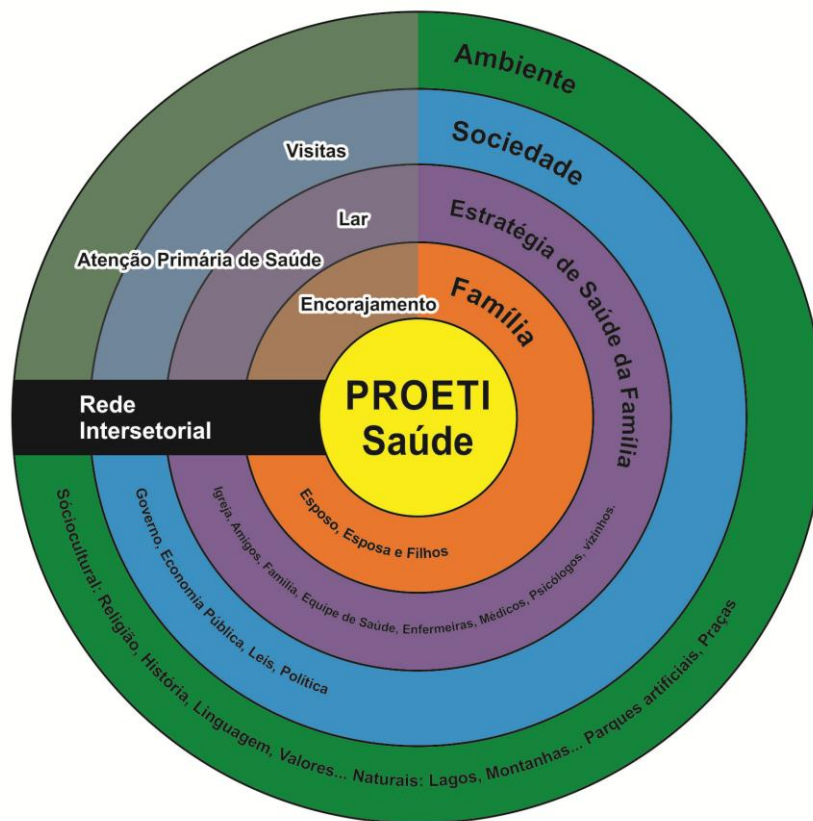
A estrutura ecológica pode ser utilizada na elaboração e desenvolvimento de programas de atividade física (COLLET et. al., 2008; MATSUDO; BRACCO; ANDRADE, 2007). A figura 2 apresenta como o modelo Ecológico propõe soluções de intervenção para promoção de atividade física, ao considerar que os fatores referentes ao indivíduo, à família, a comunidade, a sociedade e o meio ambiente estão inter-relacionadas (BRUEL; VARGAS, 2011).

Apesar das interações entre os níveis acontecerem em diferentes sentidos, o processo natural tem início a partir do indivíduo inserido no ambiente próximo e com os grupos sociais nos contextos indiretos (POLLETTO; KOLLER, 2008). O usuário adquire confiança no programa, a partir do momento a sua comunidade reconhece aquela prática como algo positivo, e tais valores passam a ser incorporados aos moradores do local (BRUEL; VARGAS, 2011). A partir daí a mensagem do programa se propaga, contando com o suporte da comunidade local, das redes intersetoriais (Secretarias Municipais de Educação, Saúde, Esporte e Lazer), e do apoio das Equipes de Saúde da Família do SUS.

A Figura 2 demonstra que o ambiente sociocultural deve ser considerado, pois cada unidade do Programa no município deve levar em consideração as características regionais das comunidades locais (COLLET et. al., 2008). Essa inter-relação favorece a permanência do idoso no programa e contribui para que as metas

propostas sejam alcançadas, e por isso, ações que sustentam esse processo são fundamentais, a exemplo divulgação na mídia, eventos pontuais e participação de profissionais que auxiliem o profissional de Educação Física (Fisioterapeutas, Enfermeiros, Médicos, Psicólogos) (MATSUDO; BRACCO; ANDRADE, 2007).

Figura 2 – Modelo Ecológico da rede intersetorial do Programa PROETI Saúde.



1.4 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS COMUNITÁRIOS DE ATIVIDADE FÍSICA

Com o número crescente de programas voltados para a promoção de atividade física e hábitos saudáveis sendo implementados no Brasil (COSTA et. al., 2013; HALLAL et. al., 2011; NAKAMURA et. al., 2010; REIS et. al., 2010), torna-se fundamental a avaliação da efetividade dessas intervenções, à fim de verificar os pontos positivos e os aspectos a serem aperfeiçoados, bem como identificar iniciativas bem sucedidas para que sejam generalizadas (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999; MALTA; MORAIS NETO, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a prática da avaliação de programas de intervenção pode se ser compreendida como:

“Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão” (OMS, 2000).

A avaliação dos serviços de saúde consiste em método de identificação da qualidade dos programas de saúde, sustentada por critérios sólidos e confiáveis (DA COSTA et. al., 2008). A avaliação surge para o levantamento de evidências, referentes ao desenvolvimento e os resultados atingidos por programa de intervenção, no intuito de nortear o planejamento e as tomadas de decisão dos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

A avaliação de programas de saúde contribui como ferramenta norteadora para a elaboração e desenvolvimento de políticas públicas, no intuito de verificar e oferecer à população opções viáveis para adoção de estilos de vida saudáveis, pautadas em necessidades e demandas específicas (MALTA; MORAIS NETO, 2007).

Para que cumpra com seus objetivos, além dos aspectos técnicos direcionados à mensuração da efetividade e qualidade da intervenção, deve-se levar em consideração o desenvolvimento e a participação de diferentes atores, dos quais se encontram os usuários, profissionais, avaliadores e administradores, em perspectiva da promoção sinérgica entre as necessidades dos usuários e as expectativas dos gestores de saúde (DA COSTA et. al., 2008).

Para que a avaliação possa mensurar com confiabilidade se um programa de intervenção possui a qualidade necessária, é acessível e utilizado pela população alvo, faz-se necessário a utilização de indicadores que forneçam leitura clara, direta e objetiva, de dados confiáveis à respeito do desenvolvimento e dos resultados atingidos com a intervenção proposta (BRASIL, 2007; MATSUDO; BRACCO; ANDRADE, 2007). É necessário que os indicadores à serem escolhidos para a avaliação do programa, considere o contexto e a população à ser avaliada (DA COSTA et. al., 2008).

Ainda que pautada na PNPS e na Política Nacional de Promoção de Saúde do Idoso, a avaliação dos programas é prática pouco observada nos diversos programas promotores de saúde no país, sendo que as iniciativas que utilizam essa ferramenta, nem sempre obedecem a um padrão sistemático de levantamento e análise dos dados (DE ASSIS et. al., 2009). A não padronização dos indicadores utilizados nas avaliações dos estudos de intervenção representa obstáculo para sistematização dessa prática (MATSUDO;BRACCO; ANDRADE, 2007).

A avaliação deve oferecer subsídios úteis no auxílio à tomada de decisões no que tange à políticas e estratégias interventoras, para tanto, é fundamental que se tenha bem definido quais os objetivos da avaliação, visto que os indicadores à serem utilizados devem ser compatíveis com a informação que se deseja obter com o programa (DOS SANTOS, 2007).

Conforme critérios adotados por HABITCH; VICTORA; VAUGHAN (1999) é possível sintetizar dois tipos de indicadores na avaliação de um programa: a) indicador de impacto (para analisar a efetividade da intervenção), e b) indicadores de processo (que identificam a oferta, utilização e a cobertura do programa).

O indicador de impacto é utilizado para constatar se as atividades propostas pela intervenção promovem as mudanças esperadas na saúde da população (a efetividade da intervenção em relação aos seus objetivos), enquanto os indicadores de processo avaliam o desempenho do programa (aumento do número de unidades, usuários, profissionais e regiões que estão sendo beneficiadas com a iniciativa) (DOS SANTOS, 2007).

Os indicadores de processo se dividem em três categorias: a) oferta, com análise da disponibilidade e a qualidade dos serviços oferecidos; b) utilização, para constatar se a população alvo está utilizando as atividades oferecidas; e c) cobertura, que mensura a quantidade de pessoas atendidas em relação ao público alvo (BRASIL, 2007).

O avaliador, antes de escolher o desenho de sua pesquisa, deve ter em mente qual o objetivo da avaliação: se o foco for avaliar o resultado, opta-se pela utilização de indicadores de impacto; se a intenção é verificar a disponibilidade, utilização e cobertura utilizam-se os indicadores de processo (PEDRAZA, 2011).

Os indicadores de impacto e de processo possuem similar importância na avaliação, uma vez que ambos propiciam informações relevantes para subsidiar as tomadas de decisões na elaboração e desenvolvimento de políticas e programas de promoção de saúde (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999).

Outra questão de fundamental importância para nortear o processo de avaliação, é o modelo de inferência que será utilizado para analisar os resultados, sendo esses: avaliação de adequação, de plausibilidade e de probabilidade (DOS SANTOS; VICTORA, 2004).

A avaliação de adequação visa identificar se os resultados esperados foram atingidos com a implantação do programa, por exemplo, a redução da prevalência de um fator de risco para determinada doença (PEDRAZA, 2011).

A avaliação de plausibilidade tem como objetivo analisar se as mudanças que aconteceram após a intervenção ocorreram devido ao programa, comparando um grupo de intervenção com um grupo controle, para afastar potenciais fatores de confusão externos, enquanto a avaliação de probabilidade, tem como finalidade avaliar se as mudanças ocorridas após a intervenção realmente tenham acontecido devido ao programa, e não a vieses ou fatores de confusão externos (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999).

A escolha do modelo de avaliação, deve levar em consideração os objetivos, a situação em que se encontra a implantação do programa (se está sendo implementado ou se já está em funcionamento), as intenções, os objetivos, o tempo e os recursos disponíveis (DOS SANTOS, 2007).

A avaliação em saúde, é um instrumento complexo, e ao mesmo tempo essencial para a implementação e melhoria de serviços que visam a promoção de saúde, no intuito de se propiciar oportunidades à população na adoção de estilo ativo e saudável de vida. Nesse sentido, são necessários estudos que analisem o impacto, a oferta, a utilização e a cobertura de programas de promoção de saúde, propiciando visão global do desenvolvimento dos programas de intervenção, para que os serviços possam oferecer à população as melhores opções ao cuidado da saúde.

A avaliação do programa PROETI Saúde permite analisar a efetividade das ações do programa em relação a saúde dos seus usuários. Tal avaliação permite

ainda a revisão de metas e indicadores de processo, além do melhor gerenciamento dos recursos financeiros aplicados ao programa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os indicadores de impacto e de processo do Programa PROETI Saúde de Uberaba, MG.

2.1.1 Objetivos Específicos

Caracterizar os usuários e não usuários do Programa PROETI Saúde de acordo com os aspectos sociodemográficos e relacionados à saúde.

Identificar o nível de atividade física habitual de usuários e não usuários do PROETI Saúde.

Analisar os indicadores de processo na identificação da oferta, utilização e cobertura do programa.

Analisar o impacto do programa na identificação dos determinantes sociodemográficos e de saúde relacionados ao não engajamento ao programa PROETI Saúde.

3 MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta investigação caracterizou-se como estudo observacional, do tipo caso-controle com pareamento 1:1, utilizando métodos exploratórios *surveys*. Esta investigação configura-se como parte do estudo denominado “Fatores relacionados a percepção da imagem corporal em idosos residentes em Uberaba, MG”.

3.2 POPULAÇÃO

O local de estudo é o município de Uberaba, que está localizado no Oeste do Estado de Minas Gerais, região denominada por “Triângulo Mineiro”, distante a 494 Km de Belo Horizonte, capital do Estado.

A população deste estudo foi constituída de 485 idosas cadastradas no “Programa PROETI Saúde”, com idade igual de 60 anos a 80 anos, residentes no município de Uberaba, MG.

O programa “PROETI Saúde” é um programa público e intersetorial, sendo promovido pelas secretarias de Educação, Saúde e de Esporte e Lazer da Prefeitura Municipal de Uberaba, MG. As atividades ocorrem durante os dias úteis da semana (2 vezes por semana) em um turno (manhã), em 13 polos localizados em praças próximas as Unidades de Saúde da Família.

3.3 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra selecionada por conveniência foi composta por idosas de 60 a 80 anos regularmente frequentes ao Programa “PROETI Saúde” nos últimos 12 meses, referentes ao período da coleta de dados, pareadas com idosas não usuárias, da mesma faixa etária.

O tamanho amostral calculado foi de 220 idosas, sendo 110 casos e 110 controles. Foi considerada uma proporção de expostos entre os casos de 50%, proporção de expostos entre os controles: 66,6%, *Odds ratio*: 2, nível de significância 5%, poder do teste: 80% para o teste de hipótese monocaudal.

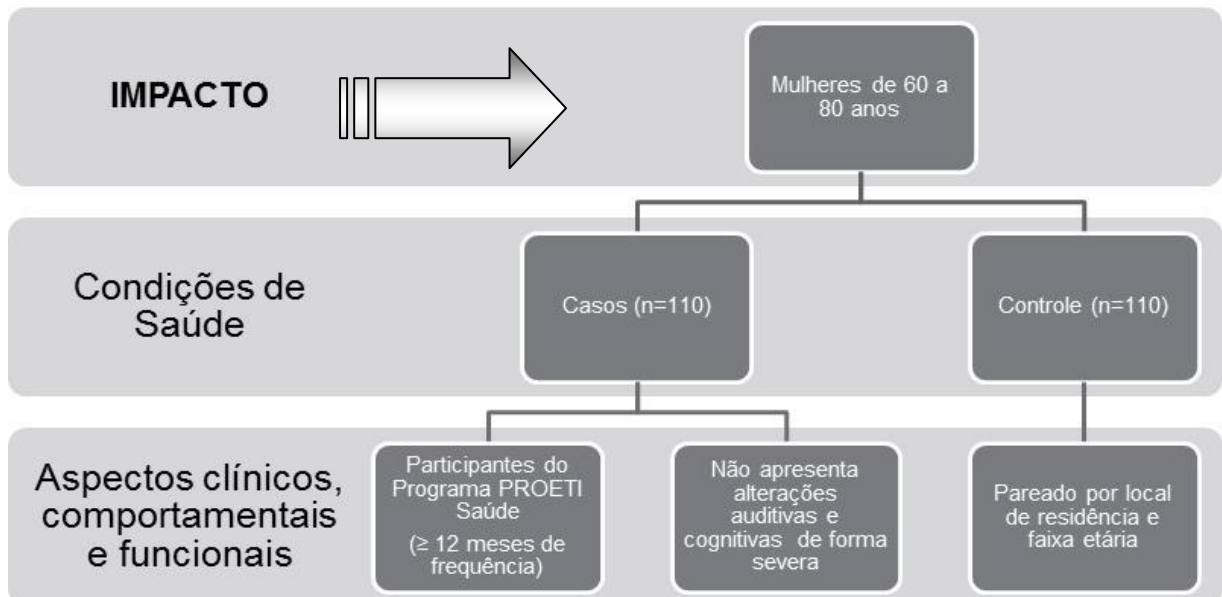
3.3.1 Critérios de Inclusão da Amostra

No momento que as idosas foram abordadas, as mesmas não poderiam apresentar dificuldade auditiva ou alterações cognitivas em grau severo. A avaliação foi realizada pelo entrevistador de forma subjetiva, perante o padrão de argumento das idosas no discurso ou pela dificuldade da entrevistada no entendimento das perguntas.

Para as participantes do estudo do grupo denominado de “casos”, as mesmas estavam vinculadas ao “Programa PROETI Saúde” por um período mínimo de 12 meses.

O grupo controle foi estabelecido por não participantes do “Programa PROETI Saúde” considerando o pareamento dos participantes por local de residência (vizinhança) e faixa etária (60 a 69, 70 a 80 anos).

Figura 3. Fluxograma do modelo de estudo com indicadores das condições de saúde de mulheres idosas no não engajamento no impacto do Programa PROETI Saúde.



3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E INSTRUMENTOS

Precedendo a coleta de dados, os protocolos de intervenção do estudo foram encaminhados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com o protocolo de n^o 2375, como forma de atender os princípios éticos de respeito à autonomia das pessoas, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde.

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, realizou-se contato com as mulheres idosas em treze unidades do Programa PROETI Saúde, informando-as dos objetivos e solicitando a participação das mesmas na pesquisa, que ocorreu de forma voluntária. Aquelas que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Livre Consentimento e responderam questionário aplicado, em forma de entrevista, por quatro profissionais da área da saúde.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2013. No primeiro momento, os pesquisadores direcionaram-se para o endereço do usuário do Programa PROETI Saúde para realização da entrevista e no segundo momento foram avaliadas as idosas do grupo controle, sendo elegível de forma sucessiva até o final da rua, a residência do vizinho do lado direito do entrevistado que atendia os critérios de pareamento. Nos casos que não foram encontrados idosos para o pareamento utilizando esse critério, a mesma metodologia foi adotada para o lado esquerdo da residência do usuário.

O instrumento de coleta de dados (questionário) é dividido em partes:

3.4.1 Características Sociodemográficas

As características sociodemográficas foram analisadas através dos dos parâmetros adotados pela ABEP (2009). Referem-se à faixa etária (60 a 69, 70 a 80 anos), ao estado civil (solteiro; casado/vivendo com parceiro; viúvo, divorciado), à escolaridade avaliada em anos de estudos, sendo que aqueles com tempo de escolaridade menor a 1 ano foram classificados como analfabetos e os demais como escolarizados (1 a 2 anos, \geq 3 anos), arranjo familiar (mora só; só o cônjuge; mais filhos; mais netos ou outros), classificação econômica (classes A e B, C, D e E).

3.4.2 Indicadores de Saúde

As condições de saúde dos idosos são referentes às seguintes variáveis:

3.4.2.1 *Percepção de Saúde*

A percepção de saúde baseada em uma questão, empregada em estudos internacionais (UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996), que mediu a autoavaliação do estado de saúde em escala de resposta com quatro categorias. A escala foi recategorizada em dois níveis: percepção negativa de saúde (ruim e regular) e percepção positiva de saúde (boa e muito boa / excelente).

Também foram solicitadas às idosas informações relacionadas ao uso contínuo de medicamentos (quantidade de medicamentos consumidos diariamente), à ocorrência de quedas (número de quedas no último ano), à hospitalização nos últimos seis meses e informações relacionadas à percepção da qualidade do sono (dormir bem sempre, quase sempre, às vezes, nunca/raramente).

3.4.2.2 *Função Cognitiva*

A avaliação do declínio cognitivo foi realizada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), desenvolvido originalmente por Folstein, Folstein e Mchugh (1975).

O MEEM é um teste cognitivo composto por diversas questões tipicamente agrupadas em cinco categorias, cada uma delas descrita com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação no tempo e no espaço (10 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória de evocação (3 pontos), linguagem (9 pontos). O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos, sendo quanto maior o escore, melhor as funções cognitivas do indivíduo. O MEEM é fortemente influenciado pelo nível de escolaridade. Dessa forma foi utilizada a versão brasileira de Almeida (1998), cujos pontos de corte levam em consideração os anos de estudo: indivíduos sem escolaridade, ponto de corte de 19 pontos; indivíduos com escolaridade, ponto de corte de 23 pontos.

3.4.2.3 Sintomatologia depressiva

Os sintomas depressivos foram avaliados pela versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), validada para a população brasileira por Almeida e Almeida (1999). A versão curta da GDS contém 15 questões negativas e afirmativas, sendo considerado no presente estudo com a presença de sintomatologia depressiva o resultado igual ou superior a 5 pontos.

3.4.2.4 Capacidade Funcional

A capacidade funcional foi avaliada pela incapacidade de realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

As ABVD foram avaliadas pela versão brasileira do Índice de Katz, que investiga as atividades de autocuidado, como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar-se e levantar-se da cama, comer e controlar funções como urinar e/ou evacuar (LINO et. al., 2008). E foram analisadas de forma dicotômica: independência (dificuldade em nenhuma das atividades) versus dependência (incapacidade/dificuldade para realizar uma ou mais atividades).

As AIVD foram avaliadas pela versão brasileira da escala de Lawton, que leva em consideração atividades como, usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, preparar a própria refeição, limpar e arrumar a casa, tomar medicamentos e lidar com finanças (LOPES; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

Para cada atividade da vida diária avaliada foram propostas três alternativas de resposta referentes às categorias de independência (0 ponto), necessidade de ajuda parcial (1 ponto) e necessidade de ajuda total/não consegue realizar a atividade (2 pontos). Para as AIVD, o critério de pontuação foi invertido, sendo a categoria independente (2 pontos), necessidade de ajuda parcial (1 ponto) e necessidade de ajuda total ou não consegue realizar a atividade (0 ponto). Desta forma foram considerados independentes nas ABVD os sujeitos que não necessitam de ajuda parcial ou total em nenhuma das atividades investigadas e para as AIVD os sujeitos com pontuação maior ou igual a 11 pontos.

3.4.3 Aspectos Comportamentais

Seguindo normativas de inquéritos internacionais (UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996), o uso de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas foram avaliados por intermédio de uma pergunta questionando o uso na atualidade com a opção dicotômica de resposta (sim ou não).

Os aspectos comportamentais avaliados são referentes às seguintes variáveis:

3.4.3.1 Autoestima

A Escala de autoestima de Rosenberg foi desenvolvida por Rosenberg em 1965, sendo adaptada e validada ao contexto brasileiro para avaliação da autoestima global (MEURER et.al., 2012).

A Escala de autoestima de Rosenberg é constituída por 10 itens, com conteúdos referentes aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Metade dos itens é enunciada positivamente e a outra metade negativamente. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta, tipo Likert (concordo totalmente=3, concordo=2, discordo=1 e discordo totalmente=0). A soma das respostas aos 10 itens fornece o escore da escala cuja pontuação total oscila, entre 0 e 30 pontos e a obtenção de uma pontuação igual ou superior a 20 pontos reflete uma autoestima elevada (MEURER et.al., 2012).

3.4.3.2 Autoeficácia

A avaliação da autoeficácia foi realizada com a utilização de uma escala que investiga a autoeficácia para a prática de AF (RECH et al., 2011). A escala de autoeficácia considera dois blocos independentes de cinco itens, com questões específicas relacionadas à prática de caminhada ou de atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa. A soma das respostas fornece o escore da escala cuja pontuação total oscila, entre 0 e 5 pontos e a obtenção de uma pontuação igual ou superior a 4 reflete uma autoeficácia elevada. (RECH et al., 2011).

3.4.3.3 Nível de Atividade Física e comportamento sedentário

A atividade física foi mensurada com a versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), adaptada para idosos por Benedetti, Mazo e Barros (2004), que apresenta exemplos de atividades comuns às pessoas idosas e campo de preenchimento das informações para registro do tempo, considerando as horas e minutos utilizados habitualmente em cada dia na semana, ao invés de indicar apenas a frequência semanal e o tempo total de realização dessas atividades físicas.

O IPAQ apresenta questões relacionadas às atividades físicas realizadas em uma semana normal, com intensidade moderada a vigorosa e duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídos em cinco domínios de atividade física: trabalho, transporte, atividade doméstica, atividade de lazer/recreação e tempo sentado durante a semana e durante o final de semana (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004).

Foi adotado o ponto de corte de menos de 150 minutos despendido com atividades físicas semanais para caracterizar o idoso como insuficientemente ativo e 150 minutos ou mais para idoso suficientemente ativo (PATE et al., 1995).

Para avaliação do comportamento sedentário utilizou-se o domínio tempo sentado durante um dia útil na semana e nos finais de semana. Esse domínio refere-se ao tempo que o idoso permanece sentado em diferentes locais (tempo sentado enquanto descansa, assiste televisão, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras e telefonemas).

3.4.4 Indicadores de processo do Programa PROETI Saúde

3.4.4.1 Oferta

Para verificação do indicador de oferta, utilizaram-se os parâmetros sugeridos por HABICHT; VICTORA; VAUGHAN (1999). Foi contabilizada a quantidade de polos do Programa PROETI Saúde, em relação ao total de Unidades de Saúde que contam com a presença da ESF, para verificação da disponibilidade das atividades do programa PROETI Saúde.

3.4.4.2 Utilização

Para analisar se a população alvo está utilizando os serviços oferecidos pelo programa PROETI Saúde, foi utilizada a estratégia sugerida por HABICHT; VICTORA; VAUGHAN (1999), onde foi verificada a assiduidade das idosas usuárias do Programa PROETI Saúde durante três semanas de observação, para cálculo do percentual de idosas presentes em relação a quantidade de idosas inscritas nos polos verificados nesse estudo.

3.4.4.3 Cobertura

Para análise da cobertura, foi utilizado parâmetros de HABICHT; VICTORA; VAUGHAN (1999), para análise do percentual de idosos atendidos em relação ao número de idosos cadastrados pela ESF do município.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para confecção do banco de dados, foi utilizado o software Epidata, versão 3.1b, e as análises por meio do pacote estatístico SPSS 15.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Os procedimentos da estatística descritiva foram utilizados para identificar a amostra com a distribuição em frequência, cálculo de medida de tendência central (média) e de dispersão (amplitude de variação, desvio-padrão e intervalo de confiança).

A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov para todas as variáveis analisadas.

O teste Mann-Whitney U foi utilizado para comparar os ranks médios entre os grupos (caso e controle) para a atividade física no tempo total e nos diferentes domínios: trabalho, transporte, atividades domésticas, lazer e comportamento sedentário (tempo sentado).

O teste de Qui-quadrado ou o Teste exato de Fischer (teste unilateral) foram utilizados para verificar a distribuição das variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais de saúde e aspectos comportamentais entre os grupos (caso e controle).

Para a identificação dos fatores de saúde associados ao não engajamento das não usuárias no Programa PROETI Saúde foram realizadas a análise bruta e multivariável com estimativas do *Odds ratio* por meio da regressão logística binária.

Os modelos univariados foram construídos contendo cada uma das variáveis independentes (estado civil, escolaridade, ocupação, arranjo domiciliar, nível sócio econômico, percepção de saúde, doenças referidas, qualidade do sono, número de medicamentos consumidos, déficit cognitivo, sintomatologia depressiva, incapacidade funcional para ABVD e AIVD, autoestima, atividade física de lazer, comportamento sedentário, autoeficácia para realização de caminhada e atividade física moderada/vigorosa) e a variável-resposta (não engajamento dos não usuários ao programa PROETI Saúde).

As variáveis para as quais se obteve valores $p < 0,20$ (teste de Wald) foram candidatas aos modelos múltiplos (hierarquizadas). Para as análises inferenciais foi considerado nível de significância de $p \leq 0,05$, e intervalo de confiança (IC) de 95%.

Mediante a estratégia estabelecida de associações entre as dimensões estudadas, foi elaborado modelo explicativo que utilizou a regressão logística binária, introduzindo as variáveis em forma de blocos.

No bloco 1 estão as condições sociodemográficas (anos de estudo, estado civil, arranjo familiar e classificação econômica); bloco 2, as variáveis clínicas e funcionais de saúde (uso de medicamentos, déficit cognitivo, sintomatologia depressiva, incapacidade funcional (ABVD e AIVD), bloco 3, as variáveis comportamentais (autoestima, autoeficácia, tabagismo, ingestão de bebidas alcóolicas, nível de atividade física e tempo despendido em atividades sentadas).

4 RESULTADOS

Os resultados dessa investigação estão divididos em dois blocos: a) apresenta as características sociodemográficas, saúde e comportamentais da população, além do indicador de impacto; e o segundo, b) os indicadores de processo da avaliação do programa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das idosas do grupo caso e controle, respectivamente.

Na análise das variáveis sociodemográficas, identificou-se predominância no estado civil casada (ou vivendo com o parceiro), nos dois grupos. No arranjo familiar, observou-se diferença entre os grupos, com maior frequência de usuárias do programa PROETI Saúde vivendo com os filhos, e não usuárias com os netos.

Quanto ao nível de instrução, constatou-se maior concentração de idosas do grupo caso com três ou mais anos de estudo, em relação a amostra do grupo controle, que por sua vez contou com mais idosas analfabetas e com 1 a 2 anos de estudo. Em relação ao nível socioeconômico, verificou-se diferença entre os grupos, com maior concentração de idosas do grupo caso na classe A e B em relação à amostra do grupo controle, que por sua vez contou com maior representatividade na classe D e E.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas das mulheres idosas nos grupos caso e controle. Uberaba, MG

Variável	Casos		Controle		p*
	%	N	%	N	
Faixa Etária					0,585
60-69 anos	71,8	79	70,9	78	
70-79 anos	27,3	30	29,1	32	
≥80 anos	0,9	1	0	0	
Estado Civil					0,338
Solteiro	9,1	10	10	11	
Casado/vivendo com parceiro	50	55	40	44	
Viúvo	28,2	31	39,1	43	
Divorciado ou separado	12,7	14	10,9	12	
Pessoas na mesma residência					0,04
Mora só	17,3	19	19,1	21	
Só o cônjuge	25,5	28	14,5	16	
+filhos	31,8	35	25,5	28	
+ netos	14,5	16	30	33	
Outros	10,9	12	10,9	12	
Escolaridade					0,018
Analfabeto	6,4	7	10	11	
1 a 2 anos	14,5	16	28,2	31	
≥ 3 anos	79,1	87	61,8	68	
Nível socioeconomic					0,01
Classes A e B	25,5	28	10	11	
Classe C	46,4	51	53,6	59	
Classes D e E	28,2	31	36,4	40	

*teste de Qui-quadrado.

Em relação às condições de saúde, apresentadas na tabela 2, verificou-se que o grupo caso apresentou predominância de percepção positiva de saúde. Constatou-se melhor qualidade de sono entre as usuárias do programa PROETI Saúde em relação as não usuárias, e maior concentração de idosas do grupo controle com consumo superior a 4 medicamentos por dia.

O déficit cognitivo e a sintomatologia depressiva foram mais frequentes entre as idosas não usuárias do programa, com acentuada predominância das idosas do grupo controle apresentando sintomas de depressão em relação ao grupo caso. Quando analisada as variáveis referentes à capacidade funcional, ambos os grupos apresentaram predominância de independência para a realização das ABVD, entretanto, em relação às AIVD, houve maior frequência de idosas do grupo caso classificadas como independentes.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis de saúde das mulheres idosas nos grupos caso e controle. Uberaba, MG

Variáveis	Caso		Controle		P
	%	N	%	N	
Percepção de Saúde					0,01*
Positiva	50,9	56	30	33	
Negativa	49,1	54	70	77	
Qualidade do sono (dormir bem)					0,05*
Positiva	65,5	72	53,6	59	
Negativa	34,5	38	46,4	51	
Medicamentos consumidos					0,024**
≤ 1	27,3	30	20,9	23	
2 a 4	53,6	59	43,6	48	
> 4	19,1	21	35,5	39	
Déficit Cognitivo					0,029*
Ausência	75,5	83	62,7	69	
Presença	24,5	27	37,3	41	
Sintomatologia depressiva					0,000*
Ausência	85,5	94	57,3	63	
Presença	14,5	16	42,7	47	
ABVD					0,116*
Independente	90	99	83,6	92	
Dependente	10	11	16,4	18	
AIVD					0,002*
Independente	89,1	98	72,7	80	
Dependente	10,9	12	27,3	30	

*teste exato de Fischer (teste unilateral); **teste de Qui-quadrado.

Quanto aos aspectos comportamentais, conforme apresentado na tabela 3, foi verificado prevalência superior entre as não usuárias em relação às usuárias do programa PROETI Saúde quanto ao consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, porém não apresentando diferença significativa. Em relação à autoestima, verificou-se preponderância de idosas do grupo caso relatando elevada autoestima. A autoeficácia para realização de atividade física moderada ou vigorosa foi mais frequente entre as usuárias do programa, em relação as não usuárias.

Tabela 3 - Distribuição das variáveis comportamentais das mulheres idosas nos grupos caso e controle. Uberaba, MG

Variáveis	Caso		Controle		P*
	%	N	%	n	
Tabagista					0,412
Não	71,8	79	61,8	68	
Sim	28,2	31	38,2	42	
Consumo de bebidas alcoólicas					0,484
Não	73,4	80	74,5	82	
Sim	26,6	29	25,5	28	
Autoestima					0,003
Elevada	66,4	73	47,3	52	
Baixa a moderada	33,6	37	52,7	58	
Autoeficácia (caminhada)					0,000
Elevada	47,3	52	17,3	19	
Baixa a moderada	52,7	58	82,7	91	
Autoeficácia (atividades físicas em intensidade moderada a vigorosa)					0,000
Elevada	77,3	85	15,5	17	
Baixa a moderada	22,7	25	84,5	93	

*teste exato de Fischer (teste unilateral)

A tabela 4 apresenta as características do nível de atividade física e comportamento sedentário das idosas do grupo caso e controle.

O nível de atividade física do grupo caso foi superior nos domínios do lazer, transporte, no trabalho na atividade física total. Não houve diferença significativa entre os dois grupos referentes ao rank no domínio da atividade física doméstica. O comportamento sedentário entre os dois grupos foi semelhante, sendo que o grupo controle apresentou um rank ligeiramente superior em relação ao grupo caso. Contudo, essa diferença não foi significativa.

Tabela 4 – Análise comparativa da distribuição do tempo despendido em atividades físicas pelas mulheres idosas entre os grupos caso e controle. Uberaba, MG

Variáveis	Caso		Controle		Mann-Whitney U	P
	Rank médio	Soma dos Ranks	Rank médio	Soma dos Ranks		
Atividade Física						
AF total	131,9	14509,5	89,1	9800,5	3695,5	0,000
AF lazer	155,7	17090,5	65,6	7219,5	1114,5	0,000
AF doméstica	111,7	12287	109,3	12023	5918	0,780
AF transporte	123,94	13633	97,06	10677	4572	0,002
AF trabalho	116,57	12822,5	104,43	11487,5	5382,5	0,026
Comportamento sedentário						
Tempo sentado (dia útil)	104,02	11442	116,98	12868	5337	0,130
Tempo sentado (dia/final de sem.)	106,4	11704,5	114,6	12605,5	5599,5	0,339

*teste Mann Whitney U

A tabela 5 discrimina os resultados da análise bruta e multivariável hierarquizada, apresentando o respectivo *Odds Ratio* na análise univariada e ajustada para associação entre as variáveis independentes e o não engajamento dos idosos às práticas de atividades físicas.

Tabela 5 – Fatores associados ao não engajamento dos idosos ao Programa PROETI Saúde de Uberaba, MG.

Variáveis	Prevalência %	Não usuários do programa Proeti Saúde		Wald	Análise Multivariável** OR (IC 95%)	p*
		Análise Bruta OR (IC 95%)				
Bloco 1 Aspectos sociodemográficos						
Nível socioeconômico						
A,B	28,2	1		8,58	1	1,35
C	53,6	2,94 [1,33 – 6,50]			2,03 [0,61 - 6,76]	
D,E	56,3	3,28 [1,41 – 7,61]			1,65 [0,46 - 5,88]	
Bloco 2 Aspectos funcionais e clínicos de saúde*						
Percepção de Saúde						
Positiva	37,1	1		9,80	1	
Negativa	58,8	2,42 [1,39 - 4,20]				
Labirintite						
Não	43	1		6,94	1	0,60
Sim	62,7	2,15 [1,21 - 3,82]			1,55 [0,64 – 3,7]	
Qualidade do sono (dormir bem)						
Sempre	46,3	1		6,25		
Quase sempre	22,3	0,86 [0,42 - 1,77]				
As vezes	25,5	1,15 [0,58 - 2,28]				
Nunca/raramente	15	2,66 [1,12 - 6,29]				
Medicamentos						
< 2 medicamentos	43,4	1		7,27		
2 a 4 medicamentos	44,9	1,06 [0,54 – 2,06]				
> 4 medicamentos	65	2,42 [1,13 - 5,17]				
Déficit cognitivo						
Ausência	45,4	1		4,12		
Presença	60,3	1,82 [1,02 - 3,26]				
Sintomatologia depressiva						
Ausência	40,1	1		19,8	1	7,28
Presença	74,6	4,38 [2,28 - 8,40]			3,50 [1,40 - 8,69]	
AIVD¹						
Independente	44,9	1		8,98		
Dependente	71,4	3,06 [1,47 – 6,36]				
Bloco 3 Aspectos Comportamentais**						
Autoestima						
Positiva	41,6	1		8,05		
Negativa	61,1	2,20 [1,27 - 3,79]				
Atividade física de lazer						
≥ 150 min/sem	16,3	1		53,88	1	31,48
< 150 min/sem	71,6	12,9 [6,55 - 25,7]			12,8-[5,26-31,3]	
Autoeficácia (caminhada)						
Positiva	26,8	1		21,21		
Negativa	61,1	4,3 [2,31 – 7,98]				
Autoeficácia (atividades físicas moderadas / vigorosas)						
Elevada	16,7	1		70,42	1	41,61
Reduzida	78,8	18,6 [9,39 – 36,8]			15,5 [6,76 - 35,8]	

¹Atividades instrumentais da vida diária

**Controlado por aspectos sociodemográficos e aspectos funcionais e clínicos de saúde; **Controlado por nível socioeconômico, labirintite, sintomatologia depressiva, atividade física de lazer, Autoeficácia em atividades físicas moderadas ou vigorosas.

Na análise bruta o não engajamento das idosas às atividades do programa associou-se com o nível socioeconômico, percepção negativa de saúde, presença de labirintite, qualidade do sono, número de medicamentos consumidos diariamente, déficit cognitivo, sintomatologia depressiva, dependência para realização das AIVD,

autoestima negativa, insuficiência de atividade física no domínio do lazer, autoeficácia negativa para realização de caminhada e atividade física vigorosa.

Quando realizada a análise ajustada, permaneceram associadas com a não adesão ao programa as variáveis de sintomatologia depressiva, prática insuficiente de atividade física no domínio do lazer e autoeficácia reduzida para a realização de atividade física moderada ou vigorosa.

4.2 INDICADORES DE OFERTA, UTILIZAÇÃO E COBERTURA DO PROGRAMA PROETI SAÚDE

A oferta do programa foi verificada através da relação entre a quantidade de polos do PROETI Saúde e das unidades de atenção primária (UAP), e através da verificação da quantidade de aulas que são oferecidas pelo programa semanalmente. Observou-se que o município conta com 26 UAP, e 13 polos do programa, o que representa um percentual de oferta em 50% das UAP. Constatou-se que as atividades são oferecidas 2x por semana, em sessões de 45 minutos.

Para verificar a utilização do programa PROETI Saúde, foi analisada a média de participantes durante 3 encontros, observados em 3 semanas e comparado com o total de indivíduos inscritos por unidade. A tabela 6 apresenta como foi a assiduidade dos inscritos durante o período de observação.

Tabela 6 – Verificação da Utilização do programa PROETI Saúde de Uberaba, MG

Utilização Grupos	Inscritos	1ª semana	2ª semana	3ª semana	Média \bar{x} (%)
ABCZ	75	72	74	73	73 (97,3%)
4º BPM	36	27	32	31	30 (83,3%)
CARTAFINA	38	26	32	33	30 (78,9%)
CEMEA ABADIA	55	47	42	46	45 (81,8%)
LIONS	55	30	38	34	34 (61,8%)
MORADA DO SOL	25	24	23	25	24 (96 %)
NSA. ALEGRIA	26	14	10	12	12 (46,1%)
SANTA MARTA	23	21	19	14	18 (78,2%)
SÃO CRISTÓVÃO	23	22	16	07	15 (65,2%)
TUTUNAS	34	19	22	16	19 (55,8%)
VALIM DE MELO	42	30	34	27	30 (71,4%)
VILA PAULISTA	12	07	09	08	08 (66,6%)
ZÉ DO TIRO	40	16	21	17	18 (45%)
Total	485	355	372	343	357 (73,6%)

Verificou-se durante o período observado, média de 73,6% presentes, de acordo com o total de inscritas, durante três semanas. As unidades que contaram com maior frequência, foram as unidades da ABCZ, Morada do Sol, e do 4º Batalhão de Polícia Militar (4º BPM). Os polos que contaram com menor assiduidade das idosas inscritas no programa foram do Zé do Tiro, Nossa Senhora da Alegria (Nsa. Alegria) e Tutunas.

Para verificação da cobertura do programa, realizou-se o cálculo da quantidade de idosos atendidos em relação ao número de idosos cadastrados na Estratégia de Família no município. Observou-se que do total de 10.703 idosos cadastrados, há 496 inscritos e frequentes nas atividades do programa PROETI Saúde, o que representa cobertura de 4,6%.

5 DISCUSSÃO

A presente investigação consiste na avaliação do programa PROETI Saúde, e fornece informações gerais a respeito das idosas usuárias e não usuárias das comunidades atendidas, bem como o impacto, a oferta, utilização e cobertura do programa.

Apesar de não ser o foco de análise do presente estudo, observou-se baixa participação de idosos do sexo masculino no Programa PROETI Saúde. A maior procura de mulheres pelos serviços de saúde, é tendência observada em outras pesquisas realizadas com idosos em programas comunitários de promoção de saúde no país (ALBUQUERQUE, 2005; BATISTA, VIEIRA e SILVA, 2012; COSTA et. al, 2013; ESTEVES et. al., 2012; GOMES, et. al., 2011; HALLAL et. al., 2011; TAMAI, 2010).

As características sociodemográficas e de saúde das participantes deste estudo são similares a de outras pesquisas que analisam o perfil dos usuários dos serviços de saúde (VICTOR, 2009; VIRTUOSO, 2012). A similaridade de características favorece a generalização dos resultados e melhor compreensão das necessidades dos indivíduos que buscam tais serviços.

A prática regular de atividade física favorece a percepção otimista de saúde (MOTA et. al., 2006); melhoria da capacidade funcional (MULLEN et. al., 2012); ausência de declínio cognitivo (BENEDETTI et. al., 2008); menor ocorrência de sintomatologia depressiva (GUMARÃES; CALDAS, 2006; LUCAS et. al., 2011); autoestima elevada (MACIEL, 2010); melhor qualidade do sono (DE MELLO, 2005); e maior autoeficácia para atividades físicas vigorosas (XUE et. al., 2012).

Apesar das evidências demonstrarem, os diversos benefícios propiciados pela adoção de um estilo de vida ativo em populações idosas, tal grupo etário permanece com índices baixos em práticas de atividades físicas (BRASIL, 2009; HUGHES et.al., 2009). Por essa razão, tão importante quanto às evidências dos efeitos benéficos da atividade física, é o conhecimento sobre os fatores determinantes que podem estimular ou inibir essa prática na população idosa (MACIEL, 2010).

No presente estudo, em relação aos aspectos sociodemográficos, foi observado, que a amostra de ambos os grupos vive em ambiente multigeracional, o

que vai ao encontro à realidade de idosos de outras localidades (PAVARINI, et. al., 2008).

As idosas participantes do programa PROETI Saúde apresentam maior escolaridade do que as do grupo controle. A literatura revela que a prática de atividade física, em especial no domínio de lazer, está diretamente relacionada a quantidade de anos de estudo, que corrobora os números encontrados nesse estudo (COSTA et. al., 2013; RAMALHO, 2011; WHO, 2005).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, observou-se que em ambos os grupos predominou idosas pertencentes a categoria C. Entretanto, as idosas participantes do programa PROETI Saúde apresentaram maior frequência de pertencentes aos estratos superiores de classificação econômica (classes A e B) em relação ao grupo controle, que por sua vez teve elevada representatividade de idosas nos estratos inferiores de classificação denominados classes D e E.

A maior adesão por idosas com melhores condições financeiras à atividade física encontrada nesse estudo vai ao encontro dos resultados da pesquisa realizada por REICHERT, et. al. (2007). No entanto, isso não é consenso na literatura, visto que estudos tem demonstrado que em regiões de menor aporte financeiro há relação inversa entre renda e maiores níveis de atividade física (BATISTA; VIEIRA; SILVA, 2012; TRIBESS; VIRTUOSO JR; PETROSKI, 2009), principalmente, resultante da elevação do tempo despendido pelas idosas em atividades domésticas (TRIBESS; VIRTUOSO JR; PETROSKI, 2009).

Em relação a percepção de saúde, verificou-se que as usuárias do programa PROETI Saúde relataram melhor sensação subjetiva de saúde do que as não usuárias. Esses dados corroboram aos resultados de outro estudo que buscou comparar a percepção de saúde de idosos expostos e não expostos à atividade física (DE VITA; NERI; PADOVANI, 2006). Contudo, ambos os grupos apresentaram uma percepção de saúde negativa acima da média observada no Brasil (BRASIL, 2009).

Entre as usuárias, o elevado percentual de idosas relatando percepção negativa, pode estar relacionada a procura pelas atividades do programa com problemas já instalados de saúde, uma vez que as ESF fazem o encaminhamento de idosos com DCNT para o programa PROETI Saúde. O direcionamento de indivíduos já doentes para os serviços promotores de atividade física, é tendência

observada em outros programas, e reflete a herança do modelo curativista, focada nos sintomas, o que pode contribuir para redução da eficácia da intervenção, no que diz respeito a prevenção do surgimento das DCNT (COSTA et. al., 2013).

Quanto a qualidade do sono, observou-se que as idosas do grupo caso relataram ter uma percepção positiva, em relação as idosas do grupo controle. Distúrbios do sono estão relacionados a diminuição da disposição física, e piora da qualidade de vida (DE MELLO, 2005). Nesse contexto, a relação entre atividade física e a percepção positiva do sono, foi observada na literatura, o que sustenta os resultados verificados nessa pesquisa (RIBEIRO et. al., 2012).

Referente ao consumo de medicamentos, constatou-se que mais de 1/3 das não usuárias do programa PROETI Saúde consomem mais do que 4 medicamentos por dia, percentual consideravelmente mais elevado do que entre as usuárias. Outros estudos também identificaram a relação inversa entre a prática de atividade física e o consumo de medicamentos (BERTOLDI; HALLAL; BARROS, 2006; DA COSTA, et. al., 2013).

O consumo de alguns remédios, além de ser sinalizador da condição clínica de saúde, pode produzir efeitos colaterais, à exemplo da vertigem, que por sua vez está relacionada a maior prevalência de quedas, podendo ser o medo do acometimento da queda a razão das não usuárias não aderirem as atividades do programa (HAMRA; RIBEIRO; MIGUEL, 2007; MIRANDA; MOTA; BORGES, 2010).

O declínio cognitivo consiste-se em um grave problema de saúde pública em diversos países, estando o mesmo relacionado a risco aumentado do desenvolvimento de demência, incapacidade funcional, e a hábitos negativos de saúde, dos quais encontra-se a inatividade física (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011; GEDA e. al., 2012; NAGAMATSU et. al., 2012).

O déficit cognitivo foi identificado em mais de 1/3 das idosas do grupo controle, prevalência essa superior a do grupo caso. A relação inversa entre prática de atividade física, e a presença de déficit cognitivo, é sustentada em alguns estudos (BARNES et. al., 2008; BENEDETTI et. al.; 2008; GARBER et. al., 2010; WANG et. al., 2012).

A depressão é reconhecida como doença extremamente onerosa em diversos países, sendo apontada na literatura como a 4^a principal causa de

incapacidade precoce, estando a mesma relacionada a alterações de humor, tristeza e desânimo (LUCAS et. al., 2011; DE SIQUEIRA, et. al., 2009).

Em relação à sintomatologia depressiva, constatou-se que as não usuárias do programa PROETI Saúde apresentaram elevada prevalência em relação as usuárias. Observou-se no estudo que o percentual de idosas com depressão no grupo caso converge com a média estimada em idosos no Brasil (BRASIL, 2013), ao passo que entre as idosas do grupo controle, o número observado foi superior. Diversas pesquisas demonstram relação inversa entre a prática de atividade física e a presença dos sintomas de depressão, o que fundamenta a diferença encontrada entres os grupos na presente avaliação (GUMARÃES; CALDAS, 2006; BROWN et. al., 2005; REICHERT, et. al.; 2011).

A prevalência de incapacidade funcional para as ABVD foi similar nos dois grupos, enquanto a prevalência de dependência para as AIVD foi superior no grupo controle em relação ao grupo caso.

Os resultados identificados da incapacidade funcional para a realização das ABVD das idosas do grupo controle apresentou percentual similar as pesquisas que analisaram o nível de incapacidade de idosas em outras localidades do país, porém com prevalência inferior em relação as AIVD (VIRTUOSO JR; GUERRA, 2008; MACIEL, 2010; DEL DUCA; DA SILVA; HALLAL, 2009). As idosas do grupo caso apresentam prevalência de incapacidade para ABVD e AIVD inferior aos resultados verificados em alguns estudos (VIRTUOSO JR; GUERRA, 2008; MACIEL, 2010; DEL DUCA; DA SILVA; HALLAL, 2009). Há evidências de que a prática regular de atividade física atua positivamente no desempenho funcional de idosos, o que pode explicar os resultados encontrados (GUIMARÃES et. al., 2008; UENO et. al., 2012).

Em relação aos aspectos comportamentais, verificou-se que a percepção elevada de autoestima das idosas do grupo caso foi superior aos escores do grupo controle. Os resultados observados corroboram evidências encontradas em outro estudo, que compararam esse aspecto comportamental entre idosos ativos e inativos (MOURÃO; SILVA, 2010). Estudos tem demonstrado que maiores níveis de atividade física estão relacionados com maior autoestima, que por sua vez, está relacionada a menores índices de depressão (MAZO; CARDOSO; DE AGUIAR, 2006; MEURER; BORGES; BENEDETTI, 2012).

Em relação à Autoeficácia, observaram-se níveis baixos para realização de caminhada em ambos os grupos. Entretanto, entre as usuárias do programa, 47,3% relataram ter elevada Autoeficácia para realização dessa atividade, índice superior do que observado entre as não usuárias. Para realização das atividades físicas moderadas ou vigorosa, a diferença observada entre os dois grupos foi mais acentuada, com nível elevado de autoeficácia para realização dessas atividades entre as idosas do grupo caso, e reduzido para as idosas do grupo controle.

Estudos têm indicado que a elevada autoeficácia está relacionada à realização e manutenção de hábitos saudáveis, bem como a participação em atividades sociais, enquanto níveis reduzidos de autoeficácia relacionam-se com percepção subestimada das capacidades do idoso para enfrentar mudanças e realizar novas atividades (RABELO; CARDOSO 2007). Evidências demonstram que elevada autoeficácia propicia ao idoso a busca de hábitos que promovam benefícios para sua saúde (DA SILVA; LAUTERT, 2010).

As idosas do grupo caso apresentaram níveis superiores de atividade física em todos os domínios, com exceção das atividades domésticas e do comportamento sedentário. A participação em atividades comunitárias favorece o aumento do nível de atividade física, em particular no domínio do lazer, o que sustenta os resultados encontrados nesse estudo (MAZO et. al., 2005). Além disso, estudos apontam os benefícios da prática de atividade física, posicionando-a como componente fundamental para o envelhecimento saudável, e por essa razão, faz-se importante a adoção de estratégias que possam elucidar os benefícios dessa prática e despertar o interesse para adesão de idosos inativos não praticantes de atividade física (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012).

O comportamento sedentário tem sido apontado como fator de risco independente para o surgimento de DCNT, e também de mortalidade (CHARANSONNEY; DESPRÉS, 2010; VAN DER PLOEG, H. P. et. al., 2012). Os resultados analisados não identificaram a relação do não engajamento ao programa PROETI Saúde com o tempo despendido sentado durante um dia útil típico ou no final de semana. Em função do elevado tempo despendido em atividades sedentárias, faz-se importante fortalecer as ações de educação e conscientização sobre os hábitos de vida fora do contexto das aulas, dentre os quais a respeito do cuidado quanto à quantidade de horas na posição sentada, e a necessidade de

realização de intervalos ativos, a exemplo de caminhadas (HEALY et. al., 2008; RUTTEN et. al., 2013).

Na análise do impacto foram identificados os fatores associados ao não engajamento das idosas às atividades oferecidas pelo programa PROETI Saúde. Na análise ajustada permaneceu associada com o não engajamento ao programa a sintomatologia depressiva, prática insuficiente de atividade física no domínio do lazer e autoeficácia reduzida para a realização de atividade física moderada ou vigorosa.

Algumas características sociodemográficas atuam como determinantes para o estilo de vida ativo (REICHERT et. al., 2007). No presente estudo, verificou-se na análise bruta, que o nível sócio econômico esteve relacionado com a não adesão do programa por não usuárias, das classes C, D e E. Quando realizada a análise ajustada, essa associação não permaneceu.

Em alguns estudos foi identificada relação inversa do nível socioeconômico com o engajamento de idosos em práticas de atividades físicas (BATISTA; VIEIRA; SILVA, 2012; TRIBESS; VIRTUOSO JR; PETROSKI, 2009). O fato das comunidades do estudo contarem com população predominante das classes de estratos econômicos mais baixos, sendo baixa representatividade da amostra nas classes A e B, pode ter sido a razão dessa divergência com resultados identificados em outras pesquisas.

Entre as doenças crônicas reportadas, a labirintite, apesar de não ter permanecido na análise ajustada, a mesma foi associada ao não engajamento das idosas na análise bruta, sendo a mesma doença comum durante o envelhecimento, que está relacionada à tontura, perda de equilíbrio e que contribui ao favorecimento da ocorrência de quedas, que conseqüentemente gera uma série de transtornos para os indivíduos idosos. (BRASIL, 2013). A sintomatologia depressiva foi associada a não participação do grupo controle às atividades oferecidas pelo programa PROETI Saúde. Essa relação é compreensível, ao verificar-se que a doença está associada a sofrimento psíquico, falta de apetite e descaso com o autocuidado (GUMARAES; CALDAS, 2006).

Por ser doença de difícil diagnóstico, a mesma representa um obstáculo para os serviços de saúde, que devem se organizar para a identificação dos seus sintomas e prestar a atenção adequada a idosos mais suscetíveis a tal condição (DE SIQUEIRA et. al., 2009). A elevada prevalência de idosas com sintomatologia

depressiva no grupo controle, e a relação inversa entre a prática de atividade física e a prevalência de depressão encontrada na literatura (BENEDETTI et. al., 2008; REICHERT et. al., 2011) sugere que ações específicas sejam desenvolvidas para motivar a adesão das idosas não usuárias ao programa PROETI Saúde.

A insuficiência de atividade física, que foi mensurada pelos parâmetros da Organização Mundial de Saúde, < 150 minutos semanais em práticas de lazer , também possui associação com a não adesão das idosas do grupo controle às atividades oferecidas pelo programa PROETI Saúde (WHO, 2010). A prática de atividade física como lazer é necessária para indivíduos de todas as faixas etárias, sobretudo para os idosos, uma vez que estes são mais suscetíveis a níveis reduzidos de atividade física total, em especial no domínio do trabalho, devido a aposentadoria, que também está relacionada a redução da interação social (ZAITUNE et. al., 2007).

Evidências na literatura apontam que classes econômicas menos favorecidas, baixa escolaridade, e com presença de transtornos mentais, à exemplo da depressão, possuem relação estreita com a inatividade física no domínio do lazer (PITANGA; LESSA, 2005; ZAITUNE et. al., 2007). O perfil das idosas do grupo controle desse estudo converge a essa tendência, o que sustenta a hipótese de serem fatores determinantes ao não engajamento ao PROETI Saúde.

Na presente investigação foi identificado que autoeficácia reduzida para atividades físicas moderadas e vigorosas se apresenta como fator determinante para a não adesão das idosas do grupo controle ao programa PROETI Saúde. A autoeficácia, compreendida como a disposição, interesse e determinação que o indivíduo possui para adquirir novos hábitos, quando elevada, está relacionada à adoção de hábitos saudáveis de vida, dos quais se encontra a atividade física (KYE; PARK, 2012; MCAULEY et.al., 2011).

Nesse contexto, é compreensível que a baixa autoeficácia para realização das atividades moderadas e vigorosas estejam relacionadas com a não adesão das idosas do grupo controle ao programa PROETI Saúde. É necessária a elaboração de estratégias que possam identificar o estágio de disposição para mudança que se encontra idosas não usuárias, para que sejam implantadas estratégias motivacionais e de encorajamento direcionadas ao desenvolvimento da autoeficácia, e

consequentemente a adesão ao programa por parte das idosas insuficientemente ativas das comunidades atendidas (DE OLIVEIRA et. al., 2012).

Na análise do desenvolvimento do programa, identificou-se a oferta, utilização e a cobertura do programa.

A análise da oferta, compreendida como a disponibilidade e acessibilidade dos serviços, fazem-se necessárias para a verificação quanto às adequações do programa e o alcance das metas desejadas ao público alvo (DOS SANTOS, 2007). As avaliações da oferta de programas promotores de atividade física, reconhecidos nacionalmente e mundialmente, como o CurtibAtiva e Academia da Cidade, identificaram que suas atividades eram amplamente conhecidas nas comunidades atendidas (HALLAL et. al., 2009; HALLAL, et.al., 2011).

No município de Uberaba, os polos do programa PROETI Saúde situam-se em espaços públicos, como praças, parques, ginásios poliesportivos, próximos a unidades que contam com ESF, atendendo as diretrizes da Política Nacional de Promoção de Saúde, e com organização similar a outros programas oferecidos no Brasil (HALLAL et. al., 2011; REIS et. al., 2011).

O percentual de oferta pode ser considerado baixo, uma vez que o programa já conta com alguns anos de implantação, sendo a prática de atividades físicas ferramenta importante no envelhecimento saudável (UBERABA, 2010). No entanto, é importante observar que o programa Academia da Cidade em Recife, que é referência no Brasil, bem como internacionalmente, atende a uma população de aproximadamente 1.537.513 habitantes com 16 unidades (HALLAL et. al., 2011). Em Uberaba, a população é de aproximadamente, 315.360 habitantes, e conta com 13 polos em atividade, demonstrando oferta superior em relação a outros programas.

Uma vez que as atividades representam baixo custo e propiciam mudanças significativas nas condições de saúde da população, os resultados analisados apontam que se faz necessário ampliação da oferta para a população do município.

A necessidade de ampliação da oferta e cobertura do programa não é direcionada a proposição de atendimento da totalidade de idosas cadastradas nas ESF do município. Há entendimento, que o programa PROETI Saúde é uma possibilidade para mudança de estilo de vida, dentre outras ações desenvolvidas pela prefeitura local.

As atividades do programa são oferecidas em duas sessões semanais de 45 minutos, frequência e duração inferior à oferta do programa Academia da Cidade (HALLAL et. al., 2010; HALLAL et. al., 2011). O tempo mínimo de atividade física para obtenção de benefícios para a saúde é de 150 minutos por semana, constatando-se assim que as atividades oferecidas não somam o tempo mínimo recomendado (HASKELL et. al., 2007; WHO, 2010). Para compensar tal carência, os professores recomendam aos idosos que façam aulas em diferentes unidades, e que procurem caminhar o máximo que possível, a fim de se realizar o tempo necessário de atividade física durante a semana. De qualquer maneira, a ampliação da oferta de aulas, em duração e frequência, deve ser levada em consideração por parte das coordenações dos programas promotores de atividade física, a fim de se promover impacto mais eficaz na saúde da população idosa.

A utilização do programa PROETI Saúde, foi verificada através da frequência das idosas observada em três encontros, durante três semanas consecutivas, utilizando parâmetros sugeridos por ELMER et. al. (1995). Observou-se frequência média de 73,6% das idosas cadastradas no programa, percentual superior ao observado na avaliação da Academia da Cidade em Recife, que foi de 66,6% (HALLAL, 2010), o que demonstra satisfatória utilização das atividades oferecidas. Observaram-se diferenças entre o público menos assíduo (grupo denominado “Zé Dio Tiro”) com o mais frequente (“ABCZ”), o que sugere que as ações desenvolvidas no programa podem ser padronizadas, porém deve se ater aos diferentes obstáculos, interesses e expectativas da comunidade.

Em relação a cobertura do programa PROETI Saúde, identificou-se que do total de 10.703 idosos cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família, 4,6% estão inscritos e frequentes nas atividades oferecidas, o que representa um total de 496 indivíduos. De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Uberaba, é fundamental para a promoção de saúde de idosos, o envelhecimento ativo, no intuito de se preservar a capacidade funcional, a autonomia e a saúde dos idosos, e que para tal, são oferecidas aulas 2x por semana nas unidades de saúde ou em locais próximos a tais unidades (UBERABA, 2010). No entanto, o presente estudo identificou que a oferta atinge percentual baixo da população à ser atendida, atendendo metade das unidades que contam com ESF.

A ampliação de polos do programa PROETI Saúde, o aumento do número de profissionais qualificados, e ações voltadas para divulgação dos benefícios da atividade física e das atividades do programa, são fundamentais para o crescimento e o desenvolvimento do programa, que no presente estudo, apresentou evidências que apontam o impacto positivo promovido na saúde dos idosos usuários.

Algumas limitações foram observadas no presente estudo: 1) uso do questionário pode subestimar ou superestimar algumas informações encontradas; 2) a não exigência de uma frequência regular no programa, bem como a ausência de registro formal dos idosos frequentes, dificulta a análise dos indicadores de desempenho, bem como o desenvolvimento de cada unidade específica, visto que alguns idosos realizam atividades em diferentes unidades durante a semana; 3) A diversidade de critérios utilizados para avaliação de programas, sem padronização na utilização de instrumentos e indicadores, dificulta a comparação com outros estudos; 4) Apesar do pareamento dos grupos por sexo, grupo etário e local de residência, outros fatores intervenientes podem ter interferido nas análises realizadas, a exemplo a diferença socioeconômica entre os grupos.

Por outro lado, a possibilidade de viés na seleção da amostra está reduzida devido ao pareamento feito por sexo, faixa etária e vizinhança, o que permitiu comparar idosas usuárias e não usuárias com características similares, reduzindo assim a influência de possíveis fatores de confusão nos resultados encontrados.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo contribui para reforçar a importância da avaliação de programas comunitários de atividade física para idosos, no intuito de se verificar se as atividades propostas proporcionam impacto positivo na saúde dos participantes, a disponibilidade e a utilização de forma satisfatória pelo público alvo, bem como a abrangência no município. Tendo como referência os resultados apresentados, podem-se chegar as seguintes conclusões:

1. As idosas participantes do programa PROETI Saúde apresentaram maior escolaridade e melhor nível sócio econômico em relação às não participantes. Em relação às condições de saúde, constatou-se que as usuárias do Programa PROETI Saúde referiram melhor percepção de saúde, menor consumo de medicamentos, frequência reduzida de déficit cognitivo e de sintomatologia depressiva em relação as não usuárias. Foi identificada maior prevalência de incapacidade funcional para realização das AIVD e menor autoeficácia e autoestima entre as não usuárias do programa.

2. As participantes do programa PROETI Saúde apresentaram ranks superiores para prática de atividade física nos domínios do trabalho, deslocamento, lazer e da atividade física total. Não houve diferença significativa do nível de atividade física no domínio doméstico entre os dois grupos, bem como do comportamento sedentário, verificado através da quantidade de tempo sentado durante um dia útil da semana e um dia do final semana.

3. Identificou-se que a oferta do programa PROETI Saúde está disponível em 50% das unidades atendidas com as Equipes de Saúde da Família. A utilização obteve média de 73,6% de idosas frequentes durante 3 semanas de observação. A cobertura teve a abrangência de 4,6% da população alvo.

4. A presença de sintomatologia depressiva, a prática de atividade física de lazer inferior a 150 min/semana e autoeficácia reduzida para a realização de atividades físicas moderadas/vigorosas foram associadas ao não engajamento das idosas ao programa PROETI Saúde, mesmo quando controlado para as demais variáveis sociodemográficas e de saúde.

Os achados desta investigação indicam que o programa PROETI Saúde proporciona impacto positivo em relação a percepção subjetiva de saúde, qualidade

do sono, consumo de medicamentos, declínio cognitivo, incapacidade funcional, sintomatologia depressiva, autoestima, atividade física no lazer e autoeficácia (caminhada e AF moderada/vigorosa), com oferta e utilização satisfatória em relação a outros programas oferecidos no país. No entanto, a ampliação de polos com as atividades do programa, o número de profissionais qualificados, e melhor divulgação das atividades oferecidas deve ser levada em consideração pelos gestores locais para que o programa possa ampliar a sua cobertura e beneficiar maior número de idosos no município.

Assim, como resultado desse estudo, sugerem-se as seguintes recomendações: 1) Programas promotores de atividade física devem contar com estratégias direcionadas para informar e atrair a população de idosos menos favorecida economicamente; 2) A prática de atividade física para idosos é fundamental para que se obtenham melhores condições de saúde física e mental; 3) As avaliações de impacto e desempenho devem ser realizadas periodicamente, para que possa ser observada a viabilidade do programa para sua continuidade ou não, assim como os aspectos que devem ser melhorados para que possa cumprir efetivamente com seus objetivos.

REFERÊNCIAS

ABEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica no Brasil**. São Paulo, 2009. Disponível em < www.abep.org/novo/utills/File_Generate.ashx?id=197> acesso em 16 de abril de 2010.

ALBUQUERQUE, S.M.L.R. **Envelhecimento ativo: desafio dos Serviços de Saúde para melhoria da qualidade de vida de idosos**. 2005. 233 f. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Experimental). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

ALMEIDA, M. de. Combates sanitários e embates científicos: Emílio Ribas e a febre amarela em São Paulo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 577-607, 2000.

ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 56, n. 3, p. 605-612, 1998.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 57, n. 3, p. 421-426, 1999.

ALVAREZ, B. R.; PAVAN, A. L. Alturas e Comprimentos. In: Petroski E. L., editor. **Antropometria: Técnicas e Padronizações**. 2ª ed. Porto Alegre: Pallotti, 2003. cap. 2, p. 31-47.

ARRETCHE, M. A política de saúde no Brasil. In: Lima, N.T et al. (org). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 285-306.

BARNES, et. al. Cognition in Older Women: The importance of Daytime Movement. **Journal of the American Geriatrics Society**. New York, v.56, n.9, p. 1658-1664, 2008.

BATISTA, N. N. L.A.L; VIEIRA, D.J.N; SILVA, G.M.P. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. **Enfermagem em Foco**. Salvador, v. 3, n.1, p. 07-11, 2012.

BENEDETTI, 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. 302-307, 2008.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 25-34, 2004.

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

BERTOLDI, A.D.; HALLAL, P.C.; BARROS, A.J.D. Physical activity and medicine use: evidence from a population based study. **BMC Public Health**. London, v.6, p. 1-6, 2006.

BHALLA, et.al. Changes in the levels of major cardiovascular risk factors in the multi-ethnic population in Singapore after 12 years of a national non-communicable disease intervention programme. **Singapore Medical Journal**. Singapore, v.47, n.10, p. 841-850, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da saúde**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=37078>, acesso em 13 de out. de 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** : manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 168 p., 2007.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

BRASIL. Lei de n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conhecer a causa é o principal desafio no tratamento da labirintite**. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/tag/labirintite>> Acesso em 11 de outubro de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão**. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/76depressao.html>>, acesso em 11 de out. de 2013b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União** nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 719, de 07 de abril de 2011. **Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2011. a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de

Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Sócioeconômica número 6. **Tendências Demográficas: Uma análise dos resultados da Sinopse Preliminar do Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2001.

BRITO, F. O. Deslocamento da população brasileira para as metrópoles. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 20, n. 57, p. 221-235, 2006.

BROWN, W.J. Prospective Study of Physical Activity and Depressive Symptoms in Middle-Aged Women. *American Journal of Preventive Medicine*. **American Journal of Preventive Medicine**. Amsterdam, v.29, n. 4, p. 265-272, 2005.

BRUEL, M.R. VARGAS, A. Políticas públicas de lazer e o impacto no desenvolvimento do cidadão. **Licere**. Belo Horizonte, v. 14, n.3, p. 1-38, 2011.

BUCHMAN, A.S. et al. Loneliness and the rate of motor decline in old age: the rush memory and aging project, a community-based cohort study. **BMC Geriatrics**. London, v.10, n.77, p. 1-8, 2010.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.7, p. 3033-3040, 2011.

CARMO, E. H.; SILVA JÚNIOR, J. B.; BARRETO, M. L. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-75, 2003.

CHARANSONNEY, O. L.; DESPRÉS, J. P. Disease prevention - should we target obesity or sedentary lifestyle? **Nature reviews. Cardiology**, London, v.7, n.8, p.468-472, 2010.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 22, n.6, p. 937-946, 2009.

COLLET, et al. Fatores determinantes para realização de atividades físicas em parque urbano de Florianópolis. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas, vol. 13, n. 1. P. 15-23, 2008.

COSTA, B.V.L. et al. Academia da Cidade: um serviço de promoção de saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 95-102, 2013.

COSTA, E.F. et. al. Atividade física em diferentes domínios e sua relação com escolaridade em adultos do distrito de Ermelino Matarazzo, Zona Leste de São Paulo,SP. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saude**. Pelotas, v.15,n.3, p.151-156, 2010.

COSTA, F. F; GARCIA, L. M. T.; NAHAS, M. V. A Educação Física no Brasil em Transição: perspectivas para a promoção de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas, v.17, n.1, p. 14-21, 2012.

COSTA, N. R. Desenvolvimento das políticas de saúde pública. In: Costa, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, p.19-51, 1986.

DA COSTA, G.D. et. al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro,v.18, n.4, p. 705-726, 2008.

DA GUARDA, F.R.B. Do diagnóstico à ação: Programa Se Bole Olinda: estratégia intersectorial de promoção da saúde através da Atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas, v.14, n.3, p. 206-210, 2009.

DA SILVA, L.J. et. al. Associação entre nível de atividade física e o uso de medicamentos em mulheres idosas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.463-471, 2012.

DA SILVA, M.C.S.; LAUTERT, L. o senso de auto eficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.44, n.1, p. 61-67, 2010.

DE ASSIS, M. et. al. Avaliação do projeto promoção da saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso: um estudo exploratório. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 13, n.29, p. 367-382, 2009.

DE MELLO, M.T. et al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 203-207, 2005.

DE OLIVEIRA et. al. Estágios de mudança de comportamento e fatores associados à prática de atividade física em indivíduos com claudicação intermitente. **Einstein**. São Paulo, v.10, n.4, p. 422-427, 2012.

DE SIQUEIRA, G.R. et. al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.253-259, 2009.

DE VITA, A.; NERI, A.L; PADOVANI, C.R. Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos, jovens e idosos. **Salusvita**. Bauru, v.25,n.1, p. 23-34, 2006.

DEL DUCA, G.F; DA SILVA, M.C; HALLAL, P.C.Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.43, n.5, p. 796-805, 2009.

DEL DUCA, G.F. et al. Associação entre nível econômico e atividade física em diferentes domínios. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas, v.14, n.2, p. 123-131, 2009.

DOS SANTOS,I. Guia Metodológico de Avaliação de Indicadores – Doenças Crônicas e Não Transmissíveis e Rede Carmen. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores : doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

DOS SANTOS, I.S.; VICTORA, C.G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p.337-341, 2004.

DOWSE, et. al. Changes in population cholesterol concentrations and other cardiovascular risk factor levels after five years of the non-communicable disease intervention programme in Mauritius. **BMJ**. London, v.311, p. 1255-1259, 1995.

ELMER P.J. et. al.. Lifestyle intervention: results of the Treatment Mild Hypertension Study (TOMHS). **Preventive Medicine**. New York, v.24, p.378-388, 1995.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 385-434

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In Lima,N.T et al.(Org). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 83-120.

ESCOREL, S. TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 333-384.

ESTEVES, J.V.D.C. et.al. O uso de academias da terceira idade por idosos modifica parâmetros morfofuncionais?. **Acta Scientarium**. Maringá, v.34,n.1, p.31-38, 2012.

FARIA, L. R. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 109-129, 1995.

FERREIRA, P. C. S.F.; TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, R.A.P.R. Características sóciodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n,1, p. 29-35, 2011.

FERNANDES, L.C.L; BERTOLDI, A.D; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia da Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 54, p.595-603, 2009.

FONSECA, C. M. O. Trabalhando em saúde pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.393-411, 2000.

FIGUEIREDO, R. E. D. A cooperação entre Brasil e Estados Unidos no campo da saúde: O Serviço especial de Saúde Pública e a política sanitária no governo Vargas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p. 1429-1434, 2007.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

GARBER et. al. Physical and mental health related correlates of physical function in community dwelling older adults: a cross sectional study. **BMC Geriatrics**. London, v. 10, n.6, p.1-6, 2010.

GEDA, et. al. Computer Activities, Physical Exercise, Aging and Mild Cognitive Impairment: A population based study. **Mayo Clinic proceedings**. England, v. 87, n.5, p.437-442, 2012.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.s21-s23, 2008.

GOMES, R. et. al. Os homens não vêm! Ausência ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011.

GUIMARÃES et. al. Efeitos de um programa de atividade física sobre o nível de autonomia de idosos participantes do programa Saúde da Família. **Fitness & Performance**. Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 5-9, 2008.

GUMARÃES, J.M.N; CALDAS,C.P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 9, n.4, p.481-492, 2006.

HABICHT, J.P; VICTORA, C.G; VAUGHAN, J.P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability for public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**. London, v. 28, p.10-18, 1999.

HAESER, L.M; BUCHELE, F; BRZOZOWSKI, F.Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 22, p. 605-620, 2012.

HALLAL, P.C. et. al. Avaliação de Programas Comunitários de Promoção de Atividade Física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas, v.14, n.2, p. 104-114, 2009.

HALLAL, P. C. et. al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade em Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não usuários. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p. 70-78, 2010.

HALLAL, P. C. et. al. Programa Academia da Cidade em Recife. In: BRASIL/Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de Efetividade dos Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

HAMRA, A.; RIBEIRO, M.C.; MIGUEL, O.F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Acta Ortopédica Brasileira**. São Paulo, v.15, n.3, p. 143-145, 2007.

HASKELL, W.L. et. al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. Madison, v.39, n.8, pp.1423-1434, 2007.

HEALY, G. N. et. al. Breaks in Sedentary Time: Beneficial Associations with Metabolic Risks. **Diabetes Care**. New York, v. 31, n.4, p. 661-666, 2008.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil. **Educar em Revista**. Curitiba. v.25, n.1, p.124-141, 2005.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e a construção do estado (Brasil, 1910-1930). **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro. v. 6, n. 11, p. 40 - 61, 1993

HUGHES, et. al. Best Pretice Activity Programs for Older Adults: Findings From The National Impact Study. **American Journal of Public Health**. Washington, v.99, n.2, p. 362-368, 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População no Brasil. IBGE: **População brasileira envelhece em ritmo acelerado**. Comunicação Social, 27 de novembro de 2008. Disponível em < http://www.bvs-sp.fsp.usp.br:8080/html/pt/paginas/guia/i_anexo.htm> acesso em 16 nov. 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão / Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia – IBGE / Diretoria de Pesquisas / Coordenação de populações e indicadores sociais / Estudos e Pesquisas / Informação Sóciodemográfica e Sócio Econômica n. 27, 2010.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210,1987.

KNUTH, A. G. et. al. Rede Nacional de Atividade Física do Ministério de Saúde: resultados e estratégias avaliativas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas, v. 15, n.4, p.229-233, 2010.

KOHL, H. W. et. al. The Pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet**. New York, v. 380, n.9838, p. 294-305, 2012.

KYE, S.Y.; PARK,K. Psychosocial factors amd Health behavior among Korean adults: A Cross-sectional Study. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. Bangkok, v. 13, p.49-56, 2012.

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In Lima, N. T et al.(Org). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 353-384.

LEITE, V. M. M. et. al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.6, n.1, p. 31-38, 2006.

LIMA, N.T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional do Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In LIMA, N.T et al. (Org). **Saúde Democracia e história: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 27-58.

LINO, V. T. S. et. al. PEREIRA, S. R. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

LOPES, R. S.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

LUCAS, M. et al. Relation Between Clinical Depression Risk and Physical Activity and Time Spent Watching Television in Older Women. A 10-Year Prospective Follow Up Study. **American Journal of Epidemiology**. Baltimore, v. 174, n. 9, p. 1017-1027, 2011.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 9-28, 2000.

MCAULEY, E. et al. Self Regulatory Process and Exercise Adherence in Older Adults: Executive Functions And Self Efficacy Effects. **American Journal Of Preventive Medicine**. New York, v.41, n.3, p. 284-290, 2011.

MACIEL, M.G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**. Rio Claro, v.16, n.4, p.1024-1032, 2010.

MALTA, D. C. et. al. A política nacional de promoção de saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. In: BRASIL/Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de Efetividade dos Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores – Doenças Crônicas e Não Transmissíveis e Rede Carmen. In: **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores : doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

MARICATO, E. Urbanismo na periferia do mundo urbanizado. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 21-33, 2000.

MATSUDO, V.K.R; BRACCO, M.M; ANDRADE, E. Planejamento de intervenções no ambiente urbano para aumentar o nível de atividade física e melhora da saúde cardiovascular. **Revista Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo, v. 12, n. 3, p.140-145, 2007.

MAZO, G.Z.. et. al. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**. Porto, n.5, v.2, p. 202-212, 2005.

MAZO, G.Z.; CARDOSO, L.F; DE AGUIAR, D.L. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, auto estima e auto imagem. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desenvolvimento Humano**. Santa Catarina, v. 8, n.2, p. 67-72, 2006.

MEURER, S.T.; BORGES, L.J.; BENEDETTI, T.R.B. Associação entre sintomas depressivos, motivação e auto estima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Porto Alegre, v. 34, n.3, p. 683-695, 2012.

MIRANDA, R. V.; MOTA, V.P.; BORGES, M. M.M.C. Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga, v. 3, n.1, p. 453-464, 2010.

MIRANZI, M. A. S. et. al. Compreendendo a história da Saúde Pública de 1870 a 1990. **Saúde Coletiva**. v.41, n. 7, p. 157-162, 2010.

MORAES, et.al. Projeto Saúde na Praça: uma experiência de promoção de saúde em Araraquara – SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas, v.15, n4. P. 255-259, 2010.

MOTA, et.al. Atividade Física e qualidade de vida associada a idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v. 20, n.3, p. 219-225, 2006.

MOURÃO, C.A.; SILVA, N.M. Influência de um programa de atividades físicas recreativas na auto estima de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, v.7, n.3, p. 324-332, 2010.

MULLEN, S.P. et al. Physical Activity and Functional Limitations in Older Adults: The Influence of Self-Efficacy and Functional Performance. **The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences**. Washington, v. 67, n. 3, p. 354-361, 2012.

NAGAMATSU et. al. Resistance training promotes cognitive and functional brain plasticity in seniors with probable mild cognitive impairment: A 6-month randomized controlled Trial. **Archives of Internal Medicine**. Chicago, v. 172, n.8, p. 666-671, 2012.

NAKAMURA, P.M. et. al. Programa de intervenção para prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas, v.15, n.2, p. 128-132, 2010.

NAKANO, M. M. **Versão Brasileira da Short Physical Performance Battery – SPPB: Adaptação Cultural e Estudo da Confiabilidade**. 2001. 181 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Educação, 2007.

NASCIMENTO D. D. G.; OLIVEIRA M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.1, p.92-96, 2010.

NISSINEN, A.; BERRIOS, X.; PUSKA, P. Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. **Bulletin of the World Health Organization**. V. 79, n. 10, p. 963-979, 2001.

NORONHA, J.C; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 435-505.

NUNES. E. D. Sobre a história da Saúde Pública: Idéias e Autores. **Ciência & saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

OMS (Organizacao Mundial da Saude). **Relatório Mundial da Saúde**. Genebra, 2000.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIRA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, New York, v. 377, n.9779, p.1778-1797, 2011.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C.C.D. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1257-1264, 2008.

PARRA, D.C, et. al. Assessing Physical Activity in Public Parks in Brazil Using Systematic Observation. **American Journal of Public Health**. New York, v.100, n. 8, p.1420-1426, 2010.

PATE, R. R. et. al. Physical Activity and Public Health: A Recommendation from the Centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. **The Journal of the American Medical Association**. Chicago, v.275, n. 5, p.402-407, 1995.

PAVARINI et. al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.10, n.1, p. 39-50, 2008.

PEDRAZA, D.F. Epidemiologia e avaliação dos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**. Fortaleza, n.24, v.2, p. 151-158, 2011.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n. 3, p. 870-877, 2005.

POPKIN, B.M. The Nutrition Transition: an overview of world patterns of change. **Nutrition Reviews**, Washington, v.62, n. 7, p. 140-143, 2004.

POLETTTO, M.; KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 3. P. 405-416, 2008.

PRATI, L.E.; COUTO, M.C.P.P.; MOURA, A. Revisando a Inserção Ecológica: Uma Proposta de Sistematização. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 21, n.1, p . 160-169, 2008.

RABELO, D.F.; CARDOSO, C.M. Auto eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *PSICOUSF. Itatiba*, v. 12, n.1, p. 75-81, 2007.

RAMALHO, J.R.O. **Gasto energético com atividade física entre idosos: um estudo epidemiológico com base populacional** (Projeto Bambuí). 2011. 57 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Ciências da Saúde, Centro de Pesquisas René Achou, Belo Horizonte, 2011.

RECH, C. R. et. al. Propriedades psicométricas de uma escala de autoeficácia para a prática de atividade física em adultos brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v. 29, n. 4, p. 259-266, 2011.

REICHERT, C.L. et. al. Physical activity and depressive symptoms in community dwelling elders from southern Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.33, n.2, p. 165-170, 2011.

REICHERT, F. F. et. al.. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American Journal Public Health**. New York, v. 97, p.515-519, 2007.

REIS, et. al. Avaliação de Programas Comunitários de Atividade Física: a experiência do Curitiba. In: BRASIL/Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de Efetividade dos Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

REIS, et. al. Promoção de Atividade Física Através das Políticas e Planejamentos Amplos na Comunidade: Resultados de Curitiba, Brasil. **Journal of Physical Activity and Health**. V.7, Sup. 2, p. 137-145, 2010.

RIBEIRO, J.A.B. et al. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 969-984, 2012.

ROCHA, S. V. Educação Física e Saúde Coletiva: um campo produção de conhecimento e intervenção. In Virtuoso Jr, J.S. **Interfaces multidisciplinares na saúde aplicadas na formação do profissional em Educação Física**. Uberaba: UFTM, 2011, p. 39-50.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1032, 2005.

RUTTEN, G.M. et. al. Interrupting long periods of sitting: good STUFF. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. London, v. 10, n.1, p. 1-3, 2013.

SILVA, C. M. C. et. al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2530-2559, 2010.

SILVA, M.C.S. **Comportamentos promotores de saúde e qualidade de vida de pessoas idosas participantes de um centro de lazer em Porto Alegre**. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SIMON, K. M. et. al. Índice Prognóstico de Mortalidade *BODE* e Atividade Física em Doentes Pulmonares Obstrutivos Crônicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.19-22, 2009.

STELLA, et. al. Depressão no idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**. Rio Claro, v.8, n.3, p. 91-98, 2002.

TAMAI, S.A.B. **Avaliação de um programa de promoção de saúde na qualidade de vida e bem estar de idosos**. 2010. 140 f. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JR, J.S.; PETROSKI, E.L. Atividade física e aspectos sócio-demográficos de mulheres idosas. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 33, n.3, p. 336-348, 2009.

UBERABA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde / Acessoria de Planejamento em Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Uberaba: Prefeitura Municipal, 165 p., 2010.

UENO, D.T et. al. Efeito de três modalidades de atividade física na capacidade funcional de idosos. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v.26, n.2, p.273-281, 2012.

UNITED NATIONS. Department of economic and social affairs. Population division. World Population Prospects: **The 2010 Revision, Highlights and advance tables**. NewYork, 2011.

UNITED STATE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity and Health: A Report of the Surgeon General**. Atlanta: Department of Health and Human Services. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

VAN DER PLOEG, H. P. et. al. Sitting Time and All-Cause Mortality Risk in 222 497 Australian Adults. **Archives of Internal Medicine**. Chicago, v.172, n.6, p. 494-500, 2012.

VASCONCELOS, E. M. A priorização das famílias nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v.23, n.53, p.6-19,1999.

VIANA, A.L.A. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo)período de reforma. In Canesqui A.M (Org). **Ciências Sociais e saúde para ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. P. 113-133.

VICTOR, J.F. et. al. Perfil sóciodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 22, n.1, p. 49-54, 2009.

VIRTUOSO, J.F. et. al. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.23-31, 2012.

VIRTUOSO JR, J.S (org). Perfil dos cursos de Educação Física no Brasil: uma análise sob o contexto da saúde. In **Interfaces multidisciplinares na saúde aplicadas na formação do profissional em Educação Física**.Uberaba: UFTM, 2011, p. 15-28.

VIRTUOSO JR, S.S; GUERRA, R.O. Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda. **Revista Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 54, n.5, p.430-435, 2008.

WANG, et. al. Late life leisure activities and risk of cognitive decline. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**. Washington, v. 68, n.2, p. 205-213, 2012.

WHO. World Health Organization **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization / tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 60 p., 2005.

WHO. World Health Organization. **Global recommendations on Physical activity for health**. Geneva, Switzerland: WHO Press: 2010.

XUE, Q. et al. Patterns of 12-Year Change in Physical Activity Levels in Community-Dwelling Older Women: Can Modest Levels of Physical Activity Help Older Women Live Longer?**American Journal of Epidemiology**. Baltimore, v. 176, n. 6, p.534-543, 2012.

ZAITUNE et. al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos . **Cadernos de Saúde Pública**. Campinas, v.23, n. 6, p. 1329-1338, 2007.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
 Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
 38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3314-5854
 E-mail: cep@pesqps.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: FATORES RELACIONADOS A PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM IDOSOS RESIDENTES EM UBERABA/MG
 PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: SHEILLA TRIBESS
 INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
 DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 14/6/2012
 PROTOCOLO CEP/UFTM: 2375

PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/95, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 22 de fevereiro de 2013.

Prof.^a Ana Valmiria Soares dos Santos
 Coordenadora do CEP/UFTM

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SUJEITOS

MAIORES DE IDADE

(Versão de junho/2011)

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “PROETI SAÚDE” DO MUNICÍPIO DE UBERABA, MG: CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSAS USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidada a participar do estudo, *Condições de Saúde de Idosos Usuários comparados aos não Usuários do programa “Ginástica Orientada” do município de Uberaba, Minas Gerais*, **por estar na faixa etária de 60 a 80 anos**. Os avanços na área das ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é, **avaliar o programa PROETI Saúde, quanto ao impacto na saúde dos praticantes em relação aos não praticantes, assim como a oferta, utilização e cobertura do programa**. Caso você participe, **será necessário responder às perguntas sobre o assunto**. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: **AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “PROETI SAÚDE” DO MUNICÍPIO DE UBERABA, MG: CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSAS USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS**

Eu,

li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário	Identidade
Assinatura do pesquisador responsável	Assinatura do pesquisador principal

Telefone de contato dos pesquisadores

Renato Mendonça Ribeiro	windsonrenato@hotmail.com (34) 8899 – 7810
Prof. Dr. .Jair Sindra Virtuoso Jr.	virtuosojr@yahoo.com.br (34) 8879 – 7699

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Estudo de Avaliação do Programa PROETI Saúde

Data: ___/___/2013, Horário de início: ___h___min

Nome: _____

Endereço: _____

Tel: _____

⁰[] caso / Grupo: _____ ¹[] controle

I - Informações sociodemográficas

1. Data de Nascimento: ___/___/___
¹[] Feminino

2. Idade: _____

3. Sexo: ⁰[] Masculino

4. Estado Civil:

⁰[] Solteiro ¹[] Casado/vivendo com parceiro ²[] Viúvo(a) ³[] Divorciado/separado

5. Até que série o(a) Sr(a) estudou na escola. Informar a última série com aprovação.

⁰[] Analfabeto ¹[] Primário Incompleto ²[] Primário completo/ Ginásial Incompleto ³[] Ginásial completo/ colegial incompleto ⁴[] Colegial completo/ Superior incompleto ⁵[] Superior completo

6. Quantos anos de estudo? [Anotar a série do último grau aprovado, conforme a pergunta anterior, Caso o entrevistado seja analfabeto escreva "0"]

_____ [entrevistador calcule os anos de estudo após a entrevista]

Anos de Estudo: _____

7. Qual é a sua ocupação atual?

⁰[] Aposentado, mas trabalha Trabalho remunerado ¹[] Só aposentado ²[] Só dona de casa ³[] Pensionista ⁴[]

8. Qual é a sua fonte de renda atual?

⁰[] Trabalho ¹[] previdência /aposentadoria ²[] bolsa família ³[] não possui renda ⁴[] outros

9. Atualmente o(a) Sr(a) vive com quem?

⁰[] Mora só ¹[] Só o cônjuge ²[] + filhos ³[] + netos ⁴[] outros _____

[Entrevistador caso a resposta da questão 9 seja a primeira opção, não é necessário fazer a pergunta número 10]

10. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr(a) na mesma residência? _____ número de pessoas [contando com o(a) Sr(a)],

As questões 11 e 12 têm por finalidade estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, classificando em relação às classes econômicas,

11. Por favor, informe se em sua casa/apartamento existem e estão funcionando os seguintes itens e a quantidade que possui?

Itens possuídos (não vale utensílios quebrados)	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
1. Televisão em cores	⁰ []	² []	³ []	⁴ []	⁵ []
2. Rádio	⁰ []	¹ []	² []	³ []	⁴ []
3. Banheiro	⁰ []	² []	³ []	⁴ []	⁵ []
4. Automóvel	⁰ []	² []	⁴ []	⁵ []	⁵ []
5. Empregada mensalista	⁰ []	² []	⁴ []	⁴ []	⁴ []
6. Aspirador de pó	⁰ []	¹ []	¹ []	¹ []	¹ []
7. Máquina de lavar	⁰ []	¹ []	¹ []	¹ []	¹ []
8. Videocassete e/ou DVD	⁰ []	² []	² []	² []	² []

9. Geladeira	0 []	2 []	2 []	2 []	2 []
10. Freezer - geladeira duplex	0 []	1 []	1 []	1 []	1 []

12. Qual o grau de instrução do chefe da família/da pessoa que mantém financeiramente a casa?

1. Analfabeto/Primário incompleto	0 []	
2. Primário completo/Ginasial incompleto	1 []	
3. Ginásial completo/Colegial incompleto	2 []	
4. Colegial completo/Superior incompleto	4 []	
5. Superior completo	8 []	

Pontuação: _____, Classe econômica: []

13. Qual a renda mensal da família?

Valor: _____ reais ou _____ salários mínimos,

II – Fatores relacionados à Saúde

As questões de 14 a 29 referem-se à percepção do seu nível de saúde atual:

14. Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua saúde está:

0 [] Excelente/ Muito boa 1 [] boa 2 [] Regular 3 [] Ruim 4 [] NSR

15. Em comparação com os últimos 5 anos, o(a) Sr(a) diria que sua saúde é:

0 [] Melhor 1 [] Semelhante 2 [] Pior 3 [] Muito pior 4 [] NSR

16. Em comparação com as outras pessoas da sua idade, o(a) Sr(a) diria que a sua saúde é:

0 [] Melhor 1 [] Semelhante 2 [] Pior 3 [] Muito pior 4 [] NSR

17. Por favor, responda se o(a) Sr(a) sofre de algum destes problemas de saúde: [entrevistador marque com x os problemas reportados pelos idosos]

0 [] nenhum problema de saúde relatado

Aparelho circulatório

- 1 [] Problemas cardíacos
 2 [] Hipertensão arterial
 3 [] AVC/derrame
 4 [] Hipercolesterolemia
 5 [] Circulação
 6 [] Varizes

Respiratório

- 7 [] Asma/bronquite
 8 [] Alergia
 9 [] Problemas respiratórios
 (faringite, tosse, gripe)

Sistema Osteomuscular

- 10 [] Reumatismo/ artrite/ artrose
 11 [] Dores coluna/ lombar
 12 [] Osteoporose
 13 [] Dores musculares

Metabólicas

- 14 [] Diabetes *Mellitus*
 15 [] Hipotireoidismo

Aparelho digestivo

- 16 [] Problemas estomacais (úlceras e esofagite)
 17 [] Problemas intestinais
 18 [] Gastrite
 19 [] Hérnias (umbilical e inguinal)

Neoplasias

- 20 [] Câncer

Aparelho geniturinário

- 21 [] Incontinência urinária
 22 [] Problemas renais (cálculo renal e infecção urinária)

Doenças do Ouvido

- 23 [] Perda da audição/ surdez
 24 [] Labirintite

Doenças de olhos

- 25 [] Transtornos visuais

Sistema nervoso

- 26 [] Enxaqueca

Sangue

- 27 [] Anemia

Infecções e parasitárias

- 28 [] Herpes
 29 [] Helmintíases (vermes)

Outros problemas: _____

18. O(a) Sr(a) esteve hospitalizada nos últimos 6 meses?

⁰[] Sim ¹[] Não Motivo: _____

19. O(a) Sr(a) teve alguma queda (tombo) no último ano (12 meses)?

⁰[] Sim ¹[] Não [entrevistador se a resposta for NÃO, não é necessário fazer a pergunta 20]

20. Qual o motivo da queda?

⁰[] escorregou ¹[] tropeçou/ topou ²[] faltou forças nas pernas ³[] outro motivo: _____

21. Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua visão (com ou sem ajuda de óculos) está:

⁰[] Excelente/ Muito boa ¹[] boa ²[] Regular ³[] Ruim ⁴[] NSR

22. Em geral, o(a) Sr(a) diria que a sua audição (com ou sem ajuda de aparelhos) está:

⁰[] Excelente/ Muito boa ¹[] boa ²[] Regular ³[] Ruim ⁴[] NSR

23. Com que frequência o(a) Sr(a) considera que dorme bem?

⁰[] Sempre ¹[] Quase sempre ²[] às vezes ³[] nunca/raramente

24. O(a) Sr(a) faz uso de medicamentos de forma contínua?

⁰[] Sim ¹[] Não

25. Quantos remédios o(a) Sr(a) usa atualmente? [entrevistador: contabilize apenas os medicamentos de uso contínuo, caso não faça uso de medicamentos coloque "0"], _____ (quantidade),

26. O(a) Sr(a) já fumou? [Entrevistador inclua qualquer tipo de cigarro]

⁰[] Sim ¹[] Não [Entrevistador caso a resposta seja "sim" faça a pergunta 27]

27., Ainda fuma?

⁰[] Sim ¹[] Não

28. O(a) Sr(a) já fez uso de bebidas alcoólicas (cerveja, vinho dentre outras) de modo frequente (pelo menos 1 vez por semana)?

⁰[] Sim ¹[] Não [Entrevistador caso a resposta seja "sim" faça a pergunta 29]

29. Ainda faz uso de tais bebidas?

⁰[] Sim ¹[] Não

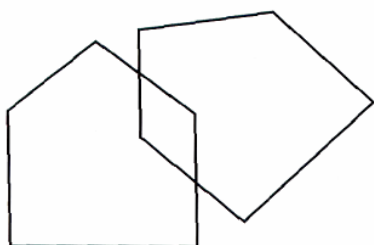
III – Saúde Mental

É bastante comum as pessoas terem problema de memória quando começam a envelhecer. Deste modo, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre este assunto. Algumas perguntas talvez não sejam apropriadas para o(a) Sr(a), outras bastante inadequadas. No entanto, eu gostaria que o(a) Sr(a) levasse em conta que tenho de fazer as mesmas perguntas para todas as pessoas

Variável	Pontos	Pontuação
ORIENTAÇÃO		
Dia do mês	1	1 ponto para cada resposta certa, Considere correta até 1h a mais ou a menos em relação à hora real /local ,
Mês	1	
Ano	1	
Dia da Semana	1	
Hora aproximada	1	
Local específico, quarto, sala, cozinha	1	
Local genérico, casa, universidade	1	
Bairro, rua	1	
Cidade	1	
Estado	1	
MEMÓRIA IMEDIATA		
Carro, vaso e tijolo	3	1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa, Repita até as 3 palavras serem entendidas ou o máximo de 5 tentativas

ATENÇÃO E CÁLCULO			
100-7 sucessivos = 93; 86; 79; 72; 65	5		1m ponto para cada resposta certa
EVOCAÇÃO			
Recordar as três palavras ditas anteriormente	3		1 ponto para cada uma das 3 palavras evocadas
LINGUAGEM			
Nomear um relógio e uma caneta	2		1 ponto para cada resposta certa
Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá,”	1		
Comando: “Pegue este papel com sua mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão,”	3		1 ponto para cada etapa correta
Ler e obedecer: “ Feche os olhos ”	1		
Escrever uma frase (NO VERSO DESSA FOLHA)	1		
Copiar um desenho	1		1 ponto se 5 ângulos em cada figura com 2 ângulos sobrepostos
50. Total	30		

Desenho:



IV - Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15)

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre como o(a) Sr(a) vem se sentindo em relação a alguns sentimentos no último mês:

- | | |
|---|---------------------|
| 51. O(a) Sr(a) está basicamente satisfeito(a) com sua vida? | [0] Sim [1] Não |
| 52. O(a) Sr(a) abandonou muitas das suas atividades e interesses? | [1] Sim [0] Não |
| 53. O(a) Sr(a) sente que sua vida está vazia? | [1] Sim [0] Não |
| 54. O(a) Sr(a) se aborrece com frequência? | [1] Sim [0] Não |
| 55. O(a) Sr(a) está de bom humor na maior parte do tempo? | [0] Sim [1] Não |
| 56. O(a) Sr(a) tem medo de que alguma coisa ruim vai lhe acontecer? | [1] Sim [0] Não |
| 57. O(a) Sr(a) se sente feliz na maior parte do seu tempo? | [0] Sim [1] Não |
| 58. O(a) Sr(a) sente que sua situação não tem saída? | [1] Sim [0] Não |
| 59. O(a) Sr(a) prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas? | [1] Sim [0] Não |
| 60. O(a) Sr(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas? | [1] Sim [0] Não |
| 61. O(a) Sr(a) pensa que é maravilhoso estar vivo(a) agora? | [0] Sim [1] Não |
| 62. O(a) Sr(a) se sente bastante inútil na suas atuais circunstâncias? | [1] Sim [0] Não |
| 63. O(a) Sr(a) se sente cheio(a) de energia? | [0] Sim [1] Não |
| 64. O(a) Sr(a) acredita que sua situação é sem esperança? | [1] Sim [0] Não |
| 65. O(a) Sr(a) pensa que a maioria das pessoas está melhor do que o(a) Sr(a)? | [1] Sim [0] Não |

Pontuação: []

V - Autonomia Funcional

Gostaria de perguntar o(a) Sr(a) sobre algumas das atividades da vida diária, coisas que necessitamos fazer como parte de nossas vidas no dia a dia. Gostaria de saber se o(a) Sr(a) consegue fazer estas atividades sem qualquer ajuda ou com alguma ajuda, ou ainda, não consegue fazer de jeito nenhum.

A - Atividades básicas da vida diária (AVD)

30. O(a) Sr(a) toma banho em banheira ou chuveiro:

- ⁰[] sem ajuda;
¹[] com alguma ajuda (de pessoa ou suporte qualquer);
²[] não toma banho sozinho.

31. O(a) Sr(a) consegue vestir e tirar as roupas:

- ⁰[] sem ajuda (apanhar as roupas e usá-las por si só);
¹[] com alguma ajuda como assistência para amarrar sapatos;
²[] Não consegue de modo algum apanhar as roupas e usá-las por si só.

32. Em relação à higiene pessoal:

- ⁰[] vai ao banheiro sem assistência;
¹[] recebe assistência para ir ao banheiro;
²[] não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas.

33. O(a) Sr(a) deita-se e levanta-se da cama:

- ⁰[] sem qualquer ajuda ou apoio;
¹[] com alguma ajuda (de pessoa ou suporte qualquer);
²[] é dependente de alguém para levantar-se/deitar-se da cama.

34. Em relação à continência, o (a) Sr(a) possui:

- ⁰[] controle esfinteriano completo (micção e evacuação inteiramente autocontrolados);
¹[] acidentes ocasionais;
²[] supervisão, uso de catéter ou incontinente.

35. O(a) Sr(a) toma as refeições:

- ⁰[] sem ajuda (capaz de tomar as refeições por si só);
¹[] com alguma ajuda (necessita de ajuda para cortar carne, descartar laranja, cortar pão);
²[] é incapaz de alimentar-se por si só.

Pontuação das Atividades da Vida Diária (AVD) perguntas 30 a 35: []

B Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)

36. O(a) Sr(a) usa o telefone:

- ²[] sem ajuda tanto para procurar número na lista, quanto para discar;
¹[] com certa ajuda (consegue atender chamadas ou solicitar ajuda à telefonista em emergência, mas necessita de ajuda tanto para procurar número, quanto para discar);
⁰[] ou, é completamente incapaz de usar o telefone.

37. O(a) Sr(a) vai a lugares distantes que exigem tomar condução:

- ²[] sem ajuda (viaja sozinho de ônibus, táxi);
¹[] com alguma ajuda (necessita de alguém para ajudar-lhe ou ir consigo na viagem);
⁰[] ou, não pode viajar a menos que disponha de veículos especiais ou de arranjos emergenciais (como ambulância).

38. O(a) Sr(a) faz compras de alimentos, roupas e de outras necessidades pessoais:

- ²[] sem ajuda (incluindo o uso de transportes);
¹[] com alguma ajuda (necessita de alguém que o acompanhe em todo o trajeto das compras);
⁰[] ou, não pode ir fazer as compras de modo algum.

39. O(a) Sr(a) consegue preparar a sua própria refeição:

- ²[] sem ajuda (planeja e prepara as refeições por si só);
¹[] com certa ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não a refeição toda);
⁰[] ou, não consegue preparar a sua refeição de modo algum.

40. O(a) Sr(a) consegue fazer a limpeza e arrumação da casa:²[] sem ajuda (faxina e arrumação diária);¹[] com alguma ajuda (faz trabalhos leves, mas necessita ajuda para trabalhos pesados);⁰[] ou, não consegue fazer trabalho de casa de modo algum.**41. O(a) Sr(a) consegue tomar os medicamentos prescritos:**²[] sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento da dose e horário);¹[] com alguma ajuda (toma, se alguém preparar ou quando é lembrado(a) para tomar os remédios);⁰[] ou, não consegue tomar por si os remédios prescritos.**42. O(a) Sr(a) lida com suas próprias finanças:**²[] sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, controlar saldo bancário, receber aposentadoria ou pensão);¹[] com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia a dia, mas necessita de ajuda para controle bancário e pagamento de contas maiores e/ou recebimento da aposentadoria);⁰[] ou, Não consegue mais lidar com suas finanças.Pontuação da Atividade Instrumental da Vida Diária (AIVD) perguntas 36 a 42): []**VI – Atividade Física**

Pontuação (seção 1+ seção2 + seção3 + seção4) = _____min/sem

As perguntas que irei fazer estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana normal/habitual,

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal;
- atividades físicas **leves** são aquelas que o esforço físico é normal, fazendo que a respiração seja normal.

SEÇÃO 1- Atividade Física no Trabalho

Tempo (1b + 1c +1d) = _____min/sem

Nesta seção constam as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade (trabalho intelectual) e outro tipo de trabalho não-remunerado fora da sua casa, **NÃO** inclui as tarefas que você faz na sua casa, como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3

1a. Atualmente o(a) Sr(a) trabalha ou faz trabalho voluntário?[] Sim[] Não – Caso você responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões estão relacionadas a toda a atividade física que o(a) Sr(a) faz em uma semana **usual** ou **normal** como parte do seu trabalho remunerado ou não-remunerado, **Não** incluir o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por, **pelo menos, 10 min contínuos** :

1b. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) gasta fazendo atividades **vigorosas**, por, **pelo menos, 10 min contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ minutos, [] nenhum - **Vá para a questão 1c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

1c. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) faz atividades **moderadas**, por, **pelo menos, 10 min contínuos**, como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, lavar roupa com a mão **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário**?

_____ minutos [] nenhum - **Vá para a questão 1d**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

1d. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) **anda/caminha**, durante, **pelo menos, 10 min contínuos**, **como parte do seu trabalho** ? Por favor **NÃO** incluir o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que o(a) Sr(a) é voluntário.

_____ minutos [] nenhum - **Vá para a seção 2 - Transporte,**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

SEÇÃO 2 - Atividade Física como meio de Transporte

Tempo (2b +2c) =: _____ min/sem

Estas questões se referem à forma normal como o(a) Sr(a) se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, feira, igreja, cinema, lojas, supermercado, encontro do grupo de terceira idade ou qualquer outro lugar,

2a, Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) anda de carro, ônibus ou moto?

_____ minutos [] nenhum - **Vá para questão 2b**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

2b., Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) anda de bicicleta por, **pelo menos, 10 min contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** incluir o pedalar por lazer ou exercício)

_____ minutos [] Nenhum - **Vá para a questão 2c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

2c. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) caminha por, **pelo menos, 10 min contínuos** para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, feira, médico, banco, visita um parente ou vizinho? (**NÃO** incluir as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ minutos [] Nenhum - **Vá para a Seção 3**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

SEÇÃO 3 – AF em casa: trabalho, tarefas domésticas e cuidar da família

Tempo $(3a + 3b + 3c) =$ _____ min/sem

Esta parte inclui as atividades físicas que o(a) Sr(a) faz em uma semana **Normal/habitual** dentro e ao redor de sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente, pense **somente** naquelas atividades físicas que o(a) Sr(a) faz **por, pelo menos, 10 min contínuos**,

3a. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) faz atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por, pelo menos, 10 min como: carpir, lavar o quintal, esfregar o chão, cortar lenha, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama com tesoura:

_____ minutos [] nenhum - **Vá para a questão 3b**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

3b. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) faz atividades **moderadas no jardim ou quintal** por, pelo menos, 10 min como: carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, limpar a garagem, brincar com crianças, rastelar a grama, serviço de jardinagem em geral,

_____ minutos [] Nenhum - **Vá para questão 3c.**

DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							

3c. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) faz atividades **moderadas dentro de sua casa** por pelo menos 10 minutos como: carregar pesos leves, limpar vidros ou janelas, lavar roupas à mão, limpar banheiro, varrer ou limpar o chão,

_____ minutos [] Nenhum - **Vá para seção 4**

DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							

SEÇÃO 4, Atividades Físicas de Recreação, Esporte, Exercício e de Lazer

Tempo $(4a + 4b + 4c) =$ _____ min/sem

Esta seção se refere às atividades físicas que o(a) Sr(a) faz em uma semana **Normal** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer, Novamente pense somente nas atividades físicas que o(a) Sr(a) faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**, Por favor, **NÃO** incluir atividades que você já tenha citado,

4a, Sem contar qualquer caminhada que o(a) Sr(a) faça como forma de transporte (para se deslocar de um lugar para outro), em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr(a) caminha **por, pelo menos, 10 min contínuos** no seu tempo livre?

_____ minutos [] Nenhum - **Vá para questão 4b.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

4b. Em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr(a) faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** por, pelo menos, 10 min, como correr, nadar rápido, musculação, remo, pedalar rápido, enfim esportes em geral :

_____ minutos [] Nenhum - **Vá para questão 4c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

4c. Em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr(a) faz atividades **moderadas no seu tempo livre** por, pelo menos, 10 min, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis, natação, hidroginástica, ginástica para terceira idade, dança e peteca,

_____ minutos [] Nenhum - **Vá para seção 5**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

SEÇÃO 5 - Tempo Gasto Sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que o(a) Sr(a) permanece sentado em diferentes locais, como, por exemplo, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e durante seu tempo livre, Isto inclui o tempo sentado enquanto descansa, assiste TV, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas, na missa/culto e realiza as refeições, Não incluir o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, carro ou moto.

5a. Quanto tempo no total o(a) Sr(a) gasta sentado durante um **dia de semana**?
_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total o(a) Sr(a) gasta sentado durante um **final de semana**?
_____ horas _____ minutos

VII- Mobilidade

66. Equilíbrio

Posição 1: [1] Sim [0] Não

Posição 2: [1] Sim [0] Não

Posição 3: [1] Sim [0] Não

67. Velocidade de Marcha:

Tempo: _____

68. Sentar e levantar da cadeira 5 vezes sem a ajuda das mãos [1] Sim [0] Não

VIII. Dados antropométricos

69. Massa Corporal: _____ kg

70 Estatura: _____ cm

Circunferências:

71. Quadril: cm

72. Cintura: cm

Muito Obrigado!

Entrevistador: _____

Horário de Término: | | | :h | | |