

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO, PROPESP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO - PPGDC

CHARLES GUSE DE GODOY ROCHA

PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS: PLANEJAMENTO DA
PROPOSTA E ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE COORDENADORES DE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

IRATI (PR)

2022

CHARLES GUSE DE GODOY ROCHA

**PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS: PLANEJAMENTO DA
PROPOSTA E ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE COORDENADORES DE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Comunitário. Linha de pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Binotto.

IRATI (PR)

2022

Catálogo na Publicação
Rede de Bibliotecas da UNICENTRO

R672p Rocha, Charles Guse de Godoy
Programa de atividade física para idosos: planejamento da proposta e análise da percepção de coordenadores de unidades básicas de saúde / Charles Guse de Godoy Rocha. -- Irati, 2022.
xvii, 183 f. : il. ; 28 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração: Desenvolvimento Comunitário, 2022.

Orientadora: Maria Angélica Binotto
Banca examinadora: Maria Angélica Binotto; Claudio Shigueki Suzuki; Lucélia Justino Borges
Bibliografia

1. Idoso. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Promoção da saúde. 4. Avaliação de programas e projetos de saúde. 5. Exercício físico. I. Título. II. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário.

| CDD 155.67



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

CHARLES GUSE DE GODOY ROCHA

“PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS: PLANEJAMENTO DA PROPOSTA E ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE COORDENADORES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE”

Dissertação aprovada em 23 de setembro de 2022, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Angélica Binotto
(UNICENTRO) – Orientadora e Presidente da banca

Prof. Dr. Claudio Shigueki Suzuki
(UNICENTRO) – Examinador Interno

Profa. Dra. Lucélia Justino Borges
(UFPR) Examinadora Externa

Irati, 23 de setembro de 2022

DEDICATÓRIA

A Deus pela vida, por todas as bênçãos recebidas, pelas oportunidades que me proporcionou e por guiar meus passos nessa caminhada, sem o Senhor nada seria possível.

À minha esposa Laryssa, que esteve ao meu lado em todos os momentos, me consolando nos períodos de angústia, me incentivando a continuar e comemorando comigo a cada conquista realizada. Eu te amo.

Aos meus pais Wanderleia e Alexandre (*in memoriam*), por toda educação que me deram com muito amor, cuidado e paciência. Meu amado pai, lembro-me como se fosse hoje, o dia em que lhe dei a notícia que eu havia sido aprovado na Universidade, o orgulho que você sentiu e a sua vibração comemorando comigo, tenho a certeza que o senhor está olhando por mim junto de Deus. Minha mãe querida, que sempre acreditou em todos os meus sonhos e cuidou de mim com muito amor.

Amo vocês do fundo do meu coração!

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste sonho, muitas pessoas foram fundamentais nesse processo, e gostaria de agradecer-lhes.

À minha orientadora, Maria Angélica Binotto, obrigado por todos os ensinamentos que compartilhou generosamente comigo, aprendi muito com você, tens grande participação no meu crescimento profissional e pessoal. A construção de uma Dissertação de mestrado não é tarefa fácil, mas você tornou esse processo mais leve, me tratou sempre com muito respeito e teve paciência para me guiar no caminho da pesquisa, sou eternamente grato por confiar no meu potencial e acreditar em mim.

Ao meu coorientador Silvano da Silva Coutinho, da graduação à pós-graduação você esteve sempre comigo, toda minha admiração e respeito a você meu grande amigo. Você me incentivou a entrar no universo da pesquisa acadêmica e me fez acreditar que seria possível, sou grato pelos aprendizados que me proporcionou e pelo apoio que me deu em todos os momentos.

Às coordenadoras das Unidades Básicas de Saúde de Irati (PR), por me acolherem tão bem e aceitarem participar da pesquisa, meu sincero agradecimento a vocês.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário da UNICENTRO, por todo o suporte necessário à realização da pesquisa.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário, com quem tive o prazer de ser discente: Ana Paula, Cláudio, Cristiana, Cristina, Daiana, Gustavo, Jó, Maria Angélica, Ronaldo, Wanda e Reinaldo. Obrigado por todo o conhecimento proporcionado.

Aos professores membros da banca, Claudio Shigueki Suzuki e Lucélia Justino Borges, por todas as contribuições realizadas, que foram muito pertinentes e de grande importância para que pudéssemos refletir sobre os passos da pesquisa.

Aos colegas de trabalho e à direção do colégio Getúlio Vargas, sou grato por todo apoio.

A todos os meus amigos e amigas do coração, vocês são muito importantes e especiais para mim, obrigado por todo incentivo e motivação.

Agradeço a todas as pessoas que levarei sempre comigo.

Ao vô Darci e vó Cinira, e família Guse, por serem a base da minha amada mãe e conseqüentemente a minha.

À dona Tereza e ao senhor Lourival, e família, por estarem sempre presentes na vida da minha esposa, vocês são fundamentais para ela e também para mim, obrigado por me acolherem de coração, vocês também são minha família.

À tia Fabiana e Lorena, por todo apoio e incentivo que me deram desde o início desta jornada, vocês sempre confiaram em mim, amo vocês.

Aos avós Sandra e Geraldo. Me faltam palavras para expressar a gratidão que sinto em meu coração por ter vocês, pessoas muito especiais em minha vida, com quem aprendi sobre empatia, responsabilidade, valores e educação, vocês são um exemplo de garra e determinação, vocês são minha motivação para sempre seguir em frente, espero poder retribuir todo esse amor eternamente.

Ao meu irmão Vinícius e cunhada Millian, tenho muito orgulho de vocês, sou grato por tê-los em minha vida, amo vocês.

Ao meu Pai (*in memoriam*) e à minha Mãezinha, obrigado por tudo, vocês me ensinaram a lutar pelos meus objetivos, porque para Deus nada é impossível. Mãe a senhora é um exemplo de mulher guerreira e honesta, tens um coração cheio de amor e bondade, a sua felicidade é a minha também. Amo muito vocês.

Laryssa meu amor, sou grato a você por me fazer sonhar e estar ao meu lado para que realizemos nossos planos. Foram muitos finais de semana e noites em que precisei trabalhar na produção da dissertação e você esteve ali do meu lado me apoiando, minha companheira de todas as horas. Quero continuar sonhando contigo e realizar todos os planos que Deus tem para nós, a nossa união é uma benção de Deus. Te Amo muito!

Meu muito obrigado a todos!

Obrigado Senhor!

RESUMO

O aumento da expectativa de vida e a diminuição na taxa de natalidade influenciam no processo de envelhecimento populacional e, conseqüentemente, no aumento da prevalência de senilidade, condições crônicas ou limitações relacionadas. A prática regular de atividade física apresenta-se como importante ação para manutenção e melhoria da capacidade funcional das pessoas idosas. Eis do que se trata esta pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritiva e explicativa, tendo como objetivo elaborar uma proposta de programa de atividade física para idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde e analisar as percepções dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde do município de Irati (PR) sobre esta proposta. O estudo foi desenvolvido em três etapas: a primeira referiu-se a uma revisão sistemática da literatura; a segunda consistiu no planejamento de um programa de atividade física para idosos, direcionado à APS, e a terceira compreendeu a apresentação da proposta do programa aos coordenadores de UBS, e analisadas suas percepções, utilizando-se da análise de conteúdo como método, por meio da técnica de análise categorial. Na etapa da revisão sistemática, foram encontrados 933 estudos nas bases de dados e 374 em outras fontes, e após seleção a partir dos critérios de inclusão e exclusão, oito estudos foram considerados elegíveis para esta revisão sistemática. Certificou-se de que 42,8% (n=72) dos 21 itens do modelo RE-IAM foram relatados nos estudos, sendo que 50% (n=4) foram categorizados com baixa qualidade, e 37,5% (n=3) qualidade moderada. As dimensões: alcance (75,5%; n=29) e efetividade (56,2%; n=18) foram identificadas em maior proporção nos estudos, quando comparadas às demais dimensões do RE-AIM. As evidências científicas da revisão sistemática, a partir dos estudos incluídos, mostraram que a maioria dos estudos foi classificada com qualidade baixa ou moderada. Observou-se uma predominância no relato de aspectos relacionados à validade interna, em detrimento da validade externa, centrando mais na apresentação de resultados de intervenções em nível individual do que em aspectos organizacionais e de planejamento dos programas de atividade física para idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde. Na segunda etapa da pesquisa, por meio da elaboração da proposta do programa de atividade física para idosos, identificaram-se alguns aspectos importantes a serem considerados no planejamento: conhecer a população-alvo do programa, de modo quanti e qualitativo; avaliar o desenvolvimento do programa e os impactos em saúde pública; utilizar instrumentos e materiais que estejam em consonância com a realidade local; identificar e conhecer os locais e profissionais que poderão atuar no programa; priorizar sessões multicomponentes de atividade física, bem como realizar ações interdisciplinares sobre a temática de hábitos saudáveis; identificar junto à gestão municipal estratégias para a manutenção do programa, mesmo diante das adversidades. Na terceira etapa da pesquisa, observou-se que no município investigado, do total de 11 participantes, a função de coordenadora de unidade de saúde foi delegada às enfermeiras (n=10). Os resultados apontaram que as percepções das coordenadoras de Unidades Básicas de Saúde sobre a proposta de um programa de atividade física para idosos foram: atribuição de adjetivos conotando aprovação da proposta; inserção do profissional de Educação Física e desenvolvimento do programa nas unidades de saúde; perspectivas de melhorias dos níveis de saúde física e mental dos idosos participantes; potencial de promover atividade física para a população idosa adstrita ao território da unidade de saúde; dependência de esforços da gestão municipal relacionada aos recursos financeiros para a viabilidade de implementação de programas dessa natureza; quadro de falta de profissionais e funcionários disponíveis para atuar no programa. As

contribuições advindas desta pesquisa podem representar um primeiro passo para a implementação de programas de atividade física para idosos na APS de Irati (PR). Almeja-se um desenvolvimento comunitário preocupado com o envelhecimento saudável, por meio da promoção da atividade física em ações realizadas no contexto da APS, bem como a criação de políticas públicas que visem ao fortalecimento das equipes multiprofissionais nas unidades de saúde do município.

Palavras-chave: idoso; Atenção Primária à Saúde; promoção da saúde; avaliação de programas e projetos de saúde; exercício físico.

ABSTRACT

The increase in life expectancy and the decrease in the birth rate influence the population aging process and, consequently, the increase in the prevalence of senility, chronic conditions or related limitations. The regular practice of physical activity is presented as an important action for the maintenance and improvement of the functional capacity of the elderly. This is what this research is about with a qualitative approach, of the descriptive and explanatory type, with the objective of elaborating a proposal for a physical activity program for the elderly in the context of Primary Health Care and analyzing the perceptions of the coordinators of the Basic Health Units of the municipality of Irati (PR) on this proposal. The study was developed in three stages: the first referred to a systematic literature review; the second consisted of planning a physical activity program for the elderly, aimed at PHC, and the third consisted of presenting the program proposal to UBS coordinators, and analyzing their perceptions, using content analysis as a method, through of the categorical analysis technique. In the systematic review stage, 933 studies were found in the databases and 374 in other sources, and after selection based on the inclusion and exclusion criteria, eight studies were considered eligible for this systematic review. It was verified that 42.8% (n=72) of the 21 items of the RE-AMI model were reported in the studies, with 50% (n=4) being categorized with low quality, and 37.5% (n= 3) moderate quality. The dimensions: reach (75.5%; n=29) and effectiveness (56.2%; n=18) were identified in greater proportion in the studies, when compared to the other dimensions of the RE-AIM. The scientific evidence from the systematic review, from the included studies, showed that most studies were classified as having low or moderate quality. There was a predominance in the reporting of aspects related to internal validity, to the detriment of external validity, focusing more on the presentation of results of interventions at an individual level than on organizational and planning aspects of physical activity programs for the elderly in the context of Health Care. Primary to Health. In the second stage of the research, through the elaboration of the proposal of the physical activity program for the elderly, some important aspects to be considered in the planning were identified: knowing the target population of the program, in a quantitative and qualitative way; assess program development and public health impacts; use instruments and materials that are in line with the local reality; identify and get to know the places and professionals who can work in the program; prioritize multicomponent physical activity sessions, as well as carry out interdisciplinary actions on the topic of healthy habits; identify with the municipal management strategies for the maintenance of the program, even in the face of adversities. In the third stage of the research, it was observed that in the investigated municipality, out of a total of 11 participants, the role of health unit coordinator was delegated to nurses (n=10). The results showed that the perceptions of the coordinators of Basic Health Units about the proposal of a physical activity program for the elderly were: attribution of adjectives connoting approval of the proposal; insertion of the Physical Education professional and development of the program in the health units; perspectives of improvements in the levels of physical and mental health of the elderly participants; potential to promote physical activity for the elderly population attached to the territory of the health unit; dependence on municipal management efforts related to financial resources for the feasibility of implementing programs of this nature; lack of professionals and employees available to work in the program. The contributions from this research may represent a first step towards the implementation of physical activity programs for the elderly in PHC in Irati (PR). A community development concerned with healthy aging is sought, through the promotion of physical activity in actions carried out in the context of PHC, as well as

the creation of public policies aimed at strengthening multidisciplinary teams in the municipality's health units.

Keywords: aged; Primary Health Care; health promotion; program evaluation; exercise.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 - Modelo RE-AIM: Dimensões traduzidas e adaptadas para o Brasil | 34 |
| Quadro 2 - Bases de dados e estratégias de busca utilizadas na revisão sistemática | 39 |
| Figura 1 - Fluxograma PRISMA com informações das fases do processo de seleção dos estudos para revisão sistemática | 47 |
| Tabela 1 - Descrição dos estudos incluídos na revisão sistemática (n=8)..... | 48 |
| Tabela 2 - Proporção das dimensões do RE-AIM (21 itens) dos estudos analisados, Brasil, 2022 (n= 8)..... | 51 |
| Tabela 3 - Número e qualidade dos indicadores validados (21 itens) do RE-AIM por estudo analisado, Brasil, 2022 (n= 8)..... | 52 |
| Quadro 3 - Instrumentos de avaliação utilizados nos estudos incluídos na revisão sistemática | 63 |
| Quadro 4 - Modelo para lista de frequência dos participantes | 65 |
| Quadro 5 - Informações sobre os programas de atividade física para idosos avaliados nos estudos incluídos na revisão sistemática | 68 |
| Tabela 4 - Características das coordenadoras da APS participantes do estudo | 75 |
| Tabela 5 - Programas de atividade física para idosos no município de Irati (PR) | 78 |
| Tabela 6 - Percepção das coordenadoras sobre a proposta de um programa de atividade física para idosos | 82 |
| Tabela 7 - Percepção das coordenadoras sobre os resultados que a proposta de programa poderá oferecer à população idosa | 90 |
| Tabela 8 - Percepção das coordenadoras sobre o potencial da proposta do programa em alcançar os objetivos | 96 |
| Tabela 9 - Viabilidade de implementação do programa a partir da percepção das coordenadoras | 103 |
| Tabela 10 - Disponibilidade de profissionais nas unidades de saúde para atuar no programa | 107 |
| Tabela 11 - Percepção das coordenadoras sobre a formação profissional necessária para atuar no programa | 110 |
| Tabela 12 - Possibilidades de aporte financeiro para implementação e manutenção do programa | 113 |

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

| | |
|--------------|--|
| AB | Atenção Básica |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AVD | Atividades da Vida Diária |
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COMEP | Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos |
| COVID | Coronavírus |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FC | Frequência Cardíaca |
| GETI | Grupo de Estudos da Terceira Idade |
| GM | Gabinete do Ministro |
| IAF | Incentivo Financeiro Federal de Custeio Destinado à Implementação de Ações de Atividade Física |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MG | Minas Gerais |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleos de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PAFs | Programas de Atividades Físicas |
| PBE | Prática Baseada na Evidência |
| PICO | P= participantes; I= intervenções de interesse; C= comparadores; O= desfecho/ <i>outcome</i> |
| PNI | Política Nacional do Idoso |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PNSI | Política Nacional de Saúde do Idoso |
| PNSPI | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa |
| PR | Paraná |

| | |
|------------------|--|
| PRISMA | <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i> |
| PubMed | <i>National Library of Medicine</i> |
| RAYYAN | <i>Intelligent Systematic Review</i> |
| RBAFS | Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde |
| RE-AIM | R= <i>Reach/ Alcance</i> ; E= <i>Effectiveness/ Efetividade ou Eficácia</i> ; A= <i>Adoption/ Adoção</i> ; I= <i>Implementation/ Implementação</i> e M= <i>Maintenance/ Manutenção</i> |
| SC | Santa Catarina |
| Scielo | <i>Scientific Electronic Library Online</i> |
| SESC | Serviço Social do Comércio |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UDESC | Universidade do Estado de Santa Catarina |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| UFSM | Universidade Federal de Santa Maria |
| UNICENTRO | Universidade Estadual do Centro-Oeste |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO I | 17 |
| 1. INTRODUÇÃO | 18 |
| 1.1 Objetivo Geral | 26 |
| 1.2 Objetivos Específicos | 26 |
| CAPÍTULO II | 27 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | 28 |
| 2.1 Políticas Públicas Relacionadas à Promoção da Saúde para Idosos no Brasil | 28 |
| 2.2 Programas de Atividade Física para Idosos no Brasil | 30 |
| 2.3 O Modelo RE-AIM | 32 |
| CAPÍTULO III | 36 |
| 3. METODOLOGIA | 37 |
| 3.1 Etapas da Pesquisa | 37 |
| 3.2 Primeira Etapa da Pesquisa | 37 |
| 3.2.1 Metodologia da Revisão Sistemática da Literatura | 37 |
| 3.3 Segunda Etapa da Pesquisa | 40 |
| 3.3.1 Planejamento de uma Proposta de Programa de Atividade Física para Idosos | 40 |
| 3.4 Terceira Etapa da Pesquisa | 41 |
| 3.4.1 Apresentação da Proposta do Programa de Atividade Física para Idosos aos Coordenadores da Atenção Primária à Saúde e Análise das suas Percepções sobre a Proposta | 41 |
| 3.5 Aspectos Éticos | 43 |
| CAPÍTULO IV | 45 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES | 46 |
| 4.1 Resultados e Discussões da Primeira Etapa da Pesquisa | 46 |
| 4.1.1 Revisão Sistemática da Literatura | 46 |
| 4.1.2 Discussão | 54 |
| 4.2 Resultados e Discussões da Segunda Etapa da Pesquisa | 57 |
| 4.2.1 Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos | 57 |
| 4.2.2 Alcance | 59 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.3 Efetividade/ Eficácia | 62 |
| 4.2.4 Adoção | 66 |
| 4.2.5 Implementação | 68 |
| 4.2.6 Manutenção | 73 |
| 4.3 Resultados e Discussões da Terceira Etapa da Pesquisa | 74 |
| 4.3.1 Participantes da Pesquisa | 74 |
| 4.3.2 Programas de Atividade Física para Idosos no Município de Irati (PR) . | 77 |
| 4.3.3 Percepção das Coordenadoras sobre a Proposta | 81 |
| 4.3.4 Percepção das Coordenadoras sobre os Resultados | 90 |
| 4.3.5 Potencial da Proposta do Programa em Alcançar os Objetivos | 96 |
| 4.3.6 Viabilidade de Implementação do Programa | 102 |
| 4.3.7 Disponibilidade de Profissionais | 107 |
| 4.3.8 Possibilidades de Aporte Financeiro | 113 |
| 4.3.9 Comentários Gerais | 117 |
| CAPÍTULO V | 119 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 120 |
| REFERÊNCIAS | 124 |
| APÊNDICES | 134 |
| Apêndice 1 - Proposta de um Programa de Atividade Física para Idosos | 134 |
| Apêndice 2 - Slides utilizados na apresentação da proposta do programa | 140 |
| Apêndice 3 - Roteiro para entrevista semiestruturada | 149 |
| Apêndice 4 - Unidades de contexto | 151 |
| Apêndice 5 - Carta de Anuência/ Autorização | 169 |
| Apêndice 6 - Carta de Anuência/ Autorização | 170 |
| Apêndice 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 171 |
| ANEXOS | 173 |
| Anexo 1 - Descrição e exemplos dos 54 itens do RE-AIM utilizados para auxiliar no planejamento e avaliação de programas de promoção da atividade física e saúde e 21 itens para avaliar a qualidade do relato de artigos de intervenção em revisões sistemáticas..... | 173 |
| Anexo 2 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa | 179 |
| Anexo 3 - Questionário para verificar o tempo semanal de atividade física no lazer | 182 |

| | |
|---|------------|
| Anexo 4 - Descrição do método de análise do questionário para verificar o tempo semanal de atividade física no lazer | 183 |
|---|------------|

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um processo que está ocorrendo no mundo todo, o que tem causado uma maior preocupação com a criação de políticas públicas de saúde que sejam direcionadas a esta população específica (OMS, 2015).

A expectativa de vida para a maioria das pessoas ultrapassa os 60 anos de idade, algo que não era comum até o final do século XX; e ao somar esse fator à diminuição nas taxas de natalidade, observamos um rápido e crescente envelhecimento populacional (OMS, 2015), o qual é definido como o aumento da idade média da população ao longo do tempo (Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2021).

Observa-se que a América Central e do Sul são consideradas regiões geográficas que apresentam envelhecimento populacional acelerado (GIETEL-BASTEN; SAUCEDO; SCHERBOV, 2020).

No Brasil, esse fenômeno também está presente. Os idosos, pessoas com 60 anos ou mais, representam o segmento populacional que mais cresce no país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam um aumento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022, passando de 14, 2 milhões de pessoas idosas em 2000, para 19,6 milhões em 2010, com projeção de chegar a 41,5 milhões em 2030 e 73,5 milhões em 2060 (IBGE, 2015). Essa transição demográfica decorre da diminuição nas taxas de mortalidade e queda constante de natalidade, modificando assim a estrutura etária da população brasileira (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) constatou que 48,2% da população adulta estudada não alcançaram um nível suficiente de prática de atividade física e que a frequência dessa condição tendeu a aumentar com a elevação da idade (BRASIL, 2021). Ao analisarmos a faixa etária referente às pessoas com 65 anos ou mais, os números são ainda mais alarmantes, sendo o grupo etário de maior prevalência de prática insuficiente de atividade física com 73% (BRASIL, 2021).

No município de Irati (PR), local onde o presente estudo é realizado, a população total é de aproximadamente 61 mil pessoas; 14% da população iratiense são formados por idosos, representando mais de 8.500 indivíduos nessa faixa etária,

sendo 84% moradores do perímetro urbano e 16% residentes na área rural (IBGE, 2022).

O município de Irati (PR) vive um momento importante na sua história, no que se refere a buscas por políticas públicas voltadas à pessoa idosa. Destaca-se a construção da Cidade do Idoso e do Condomínio do Idoso como iniciativas relevantes. O município será pioneiro no estado do Paraná a implementar um complexo exclusivo para atendimento aos idosos; importante investimento no contexto da APS o qual englobará ações de prevenção de doenças e promoção da saúde e qualidade de vida (IRATI, 2022).

Dentre as ações previstas para a Cidade do Idoso, a prática de atividade física aparece como imprescindível, sendo importante que haja profissionais capacitados para o planejamento das ações que serão realizadas, pois estas devem estar em consonância com as especificidades da população idosa (IRATI, 2022).

De acordo com estudo de revisão, o qual foi realizado com o intuito de analisar a representação social dada à velhice. Refletindo, para tanto, sobre preconceitos, dificuldades/problemas, recompensas/vantagens que envolvem idosos. Isto, a fim de desconstruir estigmatização(ões) (MINÓ; MELLO, 2021). Verificou-se que ainda “existe uma visão preconceituosa sobre o envelhecimento, além de acepções e conceitos contraproducentes que podem gerar estereótipos negativos e ainda causar a exclusão dos idosos na sociedade”, indicando a necessidade de valorização da heterogeneidade e as alterações biopsicossociais da velhice, com o objetivo de mitigar e/ou acabar com os preconceitos relacionados à pessoa idosa (MINÓ; MELLO, p. 273, 2021).

As mudanças individuais e coletivas resultantes do envelhecimento são complexas, refletidas em nível biológico, psicológico e relacional, social e ambiental (OMS, 2015).

Embora seja comum o aparecimento de algumas doenças com o avançar da idade, devemos compreender as diferenças conceituais entre a senescência e a senilidade (DÉA *et al.*, 2016). A primeira refere-se às alterações físicas naturais do envelhecimento; já a senilidade são alterações ocasionadas por afecções possíveis de acometer a pessoa idosa (DÉA *et al.*, 2016).

Durante toda a vida, o ser humano passa por modificações biopsicossociais; entretanto, na velhice, ocorre um processo de perda gradativa de diversas funções que interferem diretamente nas Atividades da Vida Diária (AVD). E isso pode resultar

em diminuição das capacidades funcionais, como equilíbrio, força muscular, massa óssea, flexibilidade, coordenação motora (VIANA; JUNIOR, 2017), aumento no risco de quedas (OLIVEIRA *et al.*, 2014), comprometimento das condições emocionais e intelectuais, dificuldade nas relações sociais (FERRETTI *et al.*, 2015), maior chance de acometimento por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), ocasionando redução na qualidade de vida (RESENDE-NETO *et al.*, 2016).

Dentre os efeitos deletérios do envelhecimento, ocorrem perdas progressivas da capacidade intelectual e condições psicológicas, influenciadas pelas experiências negativas e preconceituosas que o idoso sofre ao longo dessa fase da vida (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Vários são os fatores que podem contribuir para a piora desse quadro psicológico. Por exemplo: perdas de pessoas da família e/ou amigos, isolamento e solidão, preocupação excessiva, dificuldades financeiras, diminuição de atividades sociais, entre outros, que poderão acometer distúrbios psíquicos nos idosos (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Segundo orientações da OMS, a prática regular de atividade física e/ou exercício físico apresentam-se como fatores primordiais para a manutenção e melhoria da independência, autonomia e capacidade funcional do idoso, ao realizar as atividades da vida diária (OMS, 2020).

Com o aumento das evidências científicas sobre o tema, meios de divulgação, facilidades na comunicação e acesso à informação, tornou-se amplamente divulgado o conhecimento de que a prática regular de atividade física proporciona benefícios à saúde, tanto física quanto mental e social, em especial, da população idosa (FERRETTI *et al.*, 2015; VIANA; JUNIOR, 2017).

Compreende-se que o envelhecimento saudável possui relação com a prática regular de atividade física e com mudanças que vão do nível individual ao socioambiental, sendo conceituado como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (OMS, 2015).

A capacidade funcional é entendida de forma holística, determinada por um conjunto de fatores intrínsecos ao indivíduo, a saber, físicos e mentais, bem como pelos ambientes físico, social e político nos quais está inserido e pelas interações entre eles (OPAS, 2021).

Entre os principais benefícios à saúde do idoso proporcionados pela prática regular de atividade física encontram-se a percepção positiva da qualidade de vida (FERRETTI *et al.*, 2015); melhores condições psicológicas de bem-estar, autoestima e autoconceito, memória, atenção e tempo de reação; diminui o risco de declínios cognitivos, demência e doenças neurológicas (CHODZKO-ZAJKO *et al.*, 2009). Além disso, melhora nas relações sociais, independência, reduz os níveis de estresse, ansiedade e alterações de humor; proporciona maior qualidade do sono (VIANA; JUNIOR, 2017); melhoras significativas no equilíbrio; diminuição do risco de quedas e fraturas osteoporóticas (BINOTTO; TASSA, 2014). Acrescentem-se, ainda, melhora nos níveis de aptidão física e capacidade funcional, capacidade cardiorrespiratória, força muscular (FERRETTI *et al.*, 2015); prevenção e tratamento de doenças crônicas como obesidade, hipertensão, osteoporose, diabetes tipo 2, depressão, doenças cardiovasculares; melhora o sistema imunológico, entre outros benefícios (CHODZKO-ZAJKO *et al.*, 2009; OMS, 2020; IZQUIERDO *et al.*, 2021).

O conhecimento de que a atividade física pode agregar benefícios à saúde dos idosos é consenso na literatura científica da área, entretanto a maioria da população nessa faixa etária não atinge os níveis recomendados de atividade física semanal (COELHO-RAVAGNANI *et al.*, 2021).

Reconhecendo a emergência do tema, principalmente na região das Américas que vivencia o envelhecimento populacional de forma acelerada e em meio à instabilidade política, econômica, desigualdades sociais e estruturais dos países em desenvolvimento, são necessárias medidas intersetoriais e políticas públicas para atender às demandas e direitos das pessoas idosas agora e no futuro, partindo da ideia de que uma boa saúde proporciona mais vida aos anos (OPAS, 2020).

Nesse sentido, as políticas públicas devem acompanhar esse movimento para que os anos a mais de vida sejam permeados por boas condições de saúde e qualidade de vida (BENTO; BORGES, 2020).

No Brasil, em geral as ações de promoção da saúde e prática de atividade física desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS)¹ estão articuladas no contexto da

¹ O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2021).

Atenção Primária à Saúde (APS)², que tem atendido especialmente às populações de média e baixa renda (RAMOS *et al.*, 2014).

Ações de promoção da atividade física já vêm sendo realizadas desde o final do século XX (HALLAL, 2014). Tais intervenções requisitaram novas demandas e passaram a receber financiamento governamental específico desde 2005, por meio da Portaria nº 2608/GM de 28 de dezembro daquele mesmo ano. Isso com um repasse fundo a fundo de 4,6 milhões de reais para incentivo de ações de atividade física pelas secretarias estaduais e municipais de saúde das capitais (BRASIL, 2005). Posteriormente a esse repasse, outros financiamentos foram realizados e em paralelo à criação de novas políticas públicas, iniciando o processo de institucionalização das ações de atividade física no SUS.

Em dezembro de 2020, a Organização Pan-Americana da Saúde anunciou o início da Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 (OPAS, 2020). Serão dez anos de ações catalíticas e colaborativas entre governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, academia, mídia e setor privado com o objetivo de melhorar a vida das pessoas idosas, suas famílias e as comunidades onde vivem (OPAS, 2020).

Para garantir um envelhecimento saudável, a Década do Envelhecimento Saudável prevê quatro áreas de ação (OPAS, 2020). Destacamos a terceira, que versa sobre a oferta de serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde, centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa. Considerando, para tanto, essencial a implantação de serviços orientados à manutenção e melhoria da capacidade funcional, dando relevância para ações de promoção da atividade física como estratégias fundamentais nesse processo (OPAS, 2020).

No ano de 2021, foi lançado o Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Importante documento que representa um avanço para as políticas públicas direcionadas à promoção da saúde, as quais integram as ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2021). O guia aborda a promoção da saúde por

² A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2022).

meio da atividade física em todos os ciclos de vida³ e dedica um capítulo para discorrer sobre a atividade física para idosos, considerando a realidade brasileira.

O referido documento recomenda um mínimo de 150 minutos semanais de prática de atividade física, com intensidade moderada, para obtenção de benefícios à saúde do idoso. Mas salienta que, na medida em que a intensidade, duração e frequência das práticas aumentam, é possível alcançar resultados adicionais nos benefícios por ela proporcionados aos idosos (BRASIL, 2021). Nos casos de idosos que possuam alguma dificuldade e/ou enfermidade que o impeça de realizar os 150 minutos de atividades físicas semanais, estes devem buscar ser ativos fisicamente, tendo como parâmetro suas possibilidades, habilidades e condições específicas (BRASIL, 2021).

Portanto se torna imprescindível a criação de programas de atividade física que sejam planejados por profissionais capacitados para atender às demandas específicas da população idosa, fundamentados na literatura científica da área.

Em um estudo de revisão sistemática, observou-se um aumento significativo na expansão e oferta de programas de promoção da atividade física na APS ao longo dos anos (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016). Porém ações desenvolvidas com planejamento direcionado à população idosa ainda são pouco documentadas e/ou evidenciadas cientificamente (BIEHL-PRINTES; BRAUNER; TERRA, 2019).

Identificou-se uma necessidade de mapear, conhecer e avaliar os programas de atividade física desenvolvidos no contexto da APS no Brasil, com o objetivo de aumentar o corpo de evidências científicas sobre o tema (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007; BENEDETTI *et al.*, 2020).

Com o surgimento de novas pesquisas, no ano de 2021 tivemos a publicação de um documento do Ministério da Saúde, com o potencial de nortear boas práticas em atividade física e saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde, denominado “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde”⁴ (BRASIL, 2021).

Foi realizado um mapeamento dos programas de atividade física desenvolvidos no SUS e foi identificado, nas cinco regiões do Brasil, dez municípios que realizavam

³ Crianças, adolescentes, adultos e idosos e em algumas condições: gestantes e pessoas com deficiência (BRASIL, 2021).

⁴ Tem como objetivo auxiliar os profissionais de saúde a planejarem e avaliarem suas práticas de atividade física, para torná-las replicáveis e sustentáveis no SUS, bem como propiciar maior participação e autonomia dos usuários (BRASIL, 2021).

práticas consideradas exitosas. Tais ações foram observadas e avaliadas presencialmente e serviram como base para a criação das “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2021).

Por meio do conceito de prática exitosa⁵, foram elencados cinco atributos (planejamento; sustentabilidade; replicação; participação; autonomia) necessários para que uma iniciativa de atividade física seja considerada exitosa (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). Destacamos que esses atributos possuem relação com a proposta do modelo RE-AIM⁶, o qual apresenta cinco dimensões fundamentais no planejamento e avaliação de programas de promoção da atividade física e saúde e auxiliaram no embasamento teórico para a criação dos atributos para uma prática exitosa (BENEDETTI *et al.*, 2020).

No processo de implementação de um programa de atividade física, a fase de planejamento é essencial para que as intervenções tenham maiores chances de serem efetivas e sustentáveis (BECKER *et al.*, 2018). Nesse sentido, estratégias como o modelo RE-AIM, podem auxiliar gestores e profissionais capacitados na área da atividade física no desenvolvimento do plano de ação (BRITO *et al.*, 2018).

Um estudo de revisão sistemática aplicou o modelo RE-AIM para avaliar artigos científicos brasileiros que utilizaram programas regulares de atividade física para idosos e identificou que poucos estudos conseguem atender às cinco dimensões do RE-AIM (SQUARCINI *et al.*, 2015). Dos 26 estudos incluídos na revisão sistemática, apenas um atendeu às cinco dimensões, porém de forma parcial, alcançando 66% do total das questões; e tal fator está relacionado à diminuição da validade externa dos estudos (SQUARCINI *et al.*, 2015).

Outra revisão sistemática utilizou o modelo RE-AIM para avaliar em que medida programas de mudança de comportamento com ênfase na atividade física e/ou alimentação saudável em adultos e/ou idosos brasileiros reportaram fatores relacionados à validade interna e externa. Observaram-se que poucos estudos atenderam a todos os itens das dimensões do instrumento (KONRAD *et al.*, 2017).

⁵ Prática exitosa em atividade física na atenção primária à saúde é uma ação que promove aumento da atividade física dos participantes por meio de um processo planejado, replicável e sustentável que garante e promove participação e autonomia (BENEDETTI *et al.*, 2020).

⁶ RE-AIM: R= *Reach/* Alcance; E= *Effectiveness/* Efetividade ou Eficácia; A= *Adoption/* Adoção; I= *Implementation/* Implementação e M= *Maintenance/* Manutenção (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Dados semelhantes foram encontrados por Squarcini *et al.* (2015), ratificando que esses fatores influenciam na validade interna e externa das evidências científicas.

Em revisão sistemática realizada por Becker, Gonçalves e Reis (2016), constataram-se que, em geral, dentre as estratégias de promoção da atividade física mais utilizadas, 47,05% (n=8) foram ações de promoção da atividade física e prevenção de DCNT desenvolvidas no SUS e que 47,05% (n=8) eram programas com equipe multiprofissional. Esse mesmo estudo apontou um crescimento da produção científica na área de promoção de atividade física no Brasil e no contexto do SUS.

De acordo com Salin *et al.* (2011, p.197), algumas questões devem ser observadas para o planejamento, replanejamento e ampliação dos programas de atividade física: “descentralizar os programas de atividade física (PAFs); contratar profissionais de Educação Física; conscientizar sobre um envelhecimento ativo e os benefícios da prática regular de atividade física; estabelecer as parcerias com instituições públicas e privadas e divulgar o atendimento prestado”. Tais apontamentos são importantes no processo de implementação de programas de atividade física com o objetivo de promover a saúde dos idosos.

Nesse sentido, a oferta de programas de atividade física direcionados às especificidades dessa população, na APS, apresenta-se como significativa estratégia de promoção do envelhecimento saudável por meio da prática de atividade física.

Diante dessa contextualização, estabeleceu-se como problema de pesquisa: como planejar um programa de atividade física para idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde e analisar a percepção dos coordenadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) sobre a proposta?

Desse modo, entende-se que o planejamento de um programa de atividade física para idosos, com base na literatura científica e no cenário local, é relevante para o desenvolvimento comunitário de Irati (PR), visto que tais ações, no contexto da Atenção Primária à Saúde, são incipientes no município.

1.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de programa de atividade física para idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde e analisar as percepções dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde do município de Irati (PR) sobre esta proposta.

1.2 Objetivos Específicos

Identificar as evidências científicas relacionadas aos programas de atividade física para idosos na Atenção Primária à Saúde desenvolvidos no Brasil e avaliar a qualidade dos seus relatos.

Apresentar aos coordenadores de Unidades Básicas de Saúde uma proposta de programa de atividade física para idosos.

CAPÍTULO II

2. REVISÃO DA LITERATURA

De modo geral a pesquisa discorre sobre aspectos relacionados aos programas de atividade física para idosos, no contexto da Atenção Primária à Saúde. Neste capítulo buscaremos apresentar o cenário em que se insere a temática e discutir conceitos sobre o processo de planejamento de uma proposta de programa de atividade física para idosos. As fontes de busca utilizadas foram artigos científicos publicados em periódicos, livros e documentos publicados por entidades públicas.

2.1 Políticas Públicas Relacionadas à Promoção da Saúde para Idosos no Brasil

Para compreendermos as políticas públicas de promoção da saúde para idosos no Brasil, se faz necessário um breve resgate histórico das raízes desse processo. Em meados de 1980 os movimentos sociais ganharam força no processo de redemocratização do país, na busca por uma Constituição Federal que atendesse às demandas que emergiam da sociedade (LERBACH, 2011).

Após muitas discussões e eventos, em 05 de outubro de 1988 foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, e a pauta do idoso estava presente, como observamos no Artigo (Art.) 230 “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Assim como a garantia da gratuidade dos transportes coletivos urbanos aos maiores de sessenta e cinco anos e também no Art. 203 inciso I que versa sobre a assistência social assegurando a proteção à velhice, e no inciso V, garantindo um salário mínimo de benefício mensal à pessoa idosa que comprove não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2016).

As garantias constitucionais foram asseguradas por meio da criação de leis ordinárias resultantes desse movimento social democrático. Alguns marcos políticos foram importantes para esse processo como a Lei 8.080 de 1990 que implantou o SUS que é “[...] formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, havendo também a participação do setor privado de maneira complementar e por meio de parcerias (BRASIL, 1990). Nesse período as discussões em torno do tema aumentaram e começaram a surgir os programas de atenção ao idoso, juntamente com novas políticas públicas, culminando na criação da Política Nacional do Idoso

(PNI) por meio da Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994, que foi regulamentada pelo decreto Lei 1.948 de 1996, a qual dispõe sobre a PNI e cria o Conselho Nacional do Idoso, tendo como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

A PNI proporcionou diversas conquistas como a criação dos conselhos estaduais e municipais, promotorias de defesa do idoso, etc., sendo fundamental para que no ano de 1999, por meio da Portaria nº 1.395/GM, fosse criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), reformulada pela Portaria Nº 2.528 de 2006, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), agregando uma política inovadora (BRASIL, 2006). A contextualização histórica dos marcos políticos que antecederam a criação da PNSPI é importante para entendermos sob quais circunstâncias a questão do idoso foi pensada, observando a sua articulação e legitimação pelo viés da saúde, que remetia a uma visão de velhice como sinônimo de doenças e a previdência social como bem-estar (BRASIL, 2006). Nesse sentido a PNSPI ampliou as discussões sobre a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a manutenção da capacidade funcional, o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, entre outras pautas (BRASIL, 2006).

A PNSI estabeleceu preceitos e normas para promover os direitos dos idosos, entretanto, haviam lacunas nas penalidades para casos de omissão ou descumprimento do que estava previsto nas políticas públicas, no ano de 2003 por meio da Lei 10.741 foi instituído o Estatuto do Idoso, que estabelece sanções penais e administrativas, cria medidas de proteção e prevê crimes específicos praticados contra idosos, esse documento foi importante no reconhecimento e legitimação do idoso como um cidadão com direitos, deveres e participação ativa na sociedade (BRASIL, 2004).

Em 2006 a Portaria MS/GM nº 687 instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que foi redefinida em 2014 e consolidada em 28 de setembro de 2017 pela Portaria de Consolidação nº 2, a qual visou ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, destacamos que tanto a promoção da prática de atividade física e atenção voltada ao processo de envelhecimento são pautas primordiais nesses documentos (BRASIL, 2010; 2018).

Percebemos nos enredos das políticas públicas que existe vasta preocupação com o declínio funcional ocasionado pelo envelhecimento. Dessa forma, as evidências científicas apontam que a prática regular de atividade física é determinante no retardamento dessas perdas funcionais na vida dos idosos (OMS, 2020).

É pertinente destacar a importância de políticas públicas e planos detalhados na área de promoção de atividade física e saúde, porém, a existência desses documentos não garante sua efetividade ou benefícios diretos à população, sua aplicação prática depende de múltiplos fatores e um conjunto de esforços (HALLAL, 2014).

Em abril de 2020 um projeto de lei (n. 98/2020) foi apresentado à câmara dos deputados, o qual estabelece a obrigatoriedade da oferta de programas de atividade física para idosos, sob a supervisão de profissional de Educação Física nas instituições de longa permanência de idosos, do SUS e de instituições conveniadas, o mesmo encontra-se em tramitação nos dispositivos legais (BRASIL, 2020). Investimentos nesse sentido são extremamente importantes para a promoção da saúde dos idosos no Brasil ao passo em que otimiza os recursos públicos.

2.2 Programas de Atividade Física para Idosos no Brasil

O Serviço Social do Comércio (SESC) do Estado de São Paulo foi o precursor na oferta de atividades físicas para idosos no ano de 1963, e em 1977, o programa de atividade física para idosos começou a ser desenvolvido em todas as unidades do SESC no país (FERNEDA *et al.*, 2005).

O surgimento dos primeiros programas de atividade física para idosos nas universidades ocorreu na década de 80, inspirada no modelo do SESC (FERNEDA *et al.*, 2005). A Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) no Rio Grande do Sul, foi a primeira a desenvolver ações de atividade física para idosos em 1982 e cria o programa de Atividade Física para a Terceira Idade do Centro de Educação Física e Desporto em 1984 (FERNEDA *et al.*, 2005).

A próxima universidade a implantar um programa foi a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1985. Nesse período os programas de atividade física para idosos estavam em processo de construção no Brasil, por isso a adesão da população era baixa (BENEDETTI; GONÇALVES; MOTA, 2007). Desde a sua origem o programa manteve-se sustentável e conquistou ano após ano mais adeptos, demonstrando a importância da atividade física na terceira idade e apresentando

evidências científicas de melhorias significativas em aspectos relacionados à saúde dos participantes (KOPILER, 1997), sendo reconhecido pela comunidade de Florianópolis-Santa Catarina (SC) como relevante local para a promoção do envelhecimento saudável (LOPES; BENEDETTI, 2013).

Em 1989 a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) implantou o programa de extensão do Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI), sendo o primeiro trabalho voltado à pessoa idosa na instituição (MAZO, 2008). Desde então observamos rápida expansão de muitos outros programas de atividade física para idosos, tanto no setor público como privado, em diversos locais como centros de convivência, praças públicas, prefeituras, organizações não governamentais, igrejas, etc. (FERNEDA *et al.*, 2005).

Segundo Hallal (2014, p. 2), desde 1990, o Brasil “conta com intervenções de larga escala de promoção da atividade física, sendo a mais conhecida o *Programa Agita São Paulo*”, assim como haviam outras intervenções nas demais regiões do país. Tais intervenções passaram a ter financiamento governamental, a partir de 2005, foram acompanhadas e avaliadas, embasando a criação do *Programa Academia da Saúde*, lançado em 2011, com o intuito de ofertar práticas de atividades físicas para a população.

Uma revisão sistemática identificou que a maioria das produções científicas sobre programas de atividade física para idosos realizados no Brasil, são desenvolvidos no meio acadêmico (laboratórios e/ou universidades), geralmente oriundos de projetos de pesquisa ou de extensão, como por exemplo a Universidade Aberta para Terceira Idade, tendo como produto dessas atividades a avaliação de sua efetividade/ eficácia por meio da comparação entre o pré e pós-teste dos participantes dos programas (SQUARCINI *et al.*, 2015). Esses tipos de evidências científicas possuem em comum o controle das variáveis e critérios de inclusão e exclusão específicos para homogeneizar a amostra. Tal rigor metodológico é imprescindível para o avanço das descobertas, porém cumpre com a validade interna de determinada proposta.

Segundo Benedetti *et al.* (2012, p. 728) é importante “avaliar diferentes aspectos que influenciam o sucesso de um programa aplicado “no mundo real” e com metodologias mais abrangentes”. Nesse sentido, o modelo RE-AIM busca avaliar o efeito de programas nos níveis individuais e organizacionais, bem como, contribuir no planejamento das ações de promoção da saúde e prática de atividade física no

contexto da saúde pública (BRITO *et al.*, 2018). Vários estudos apontam essa necessidade de se avaliar também a validade externa das intervenções em atividade física (SQUARCINI *et al.*, 2015; KONRAD *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2019).

Estudo identificou e descreveu ações de promoção à saúde relacionadas à atividade física de idosos nas UBS, assim como a percepção dos responsáveis sobre essa prática, realizadas no município de Diamantina, Minas Gerais (MG), em 2012 e observou-se que as práticas desenvolvidas foram grupos de caminhada e exercícios (alongamentos), grupos de coluna com alongamentos e exercícios específicos para a coluna vertebral e Qigong que consiste em atividade física baseada em técnicas corporais, marciais e terapêuticas chinesas (SÁ; CURY; RIBEIRO, 2016).

No estudo de Squarcini *et al.* (2015) verificou-se que muitos programas de atividade física para idosos são desenvolvidos por meio das universidades. Nesse sentido Sá, Cury e Ribeiro (2016) observaram que em um quantitativo de 11 ações educativas de promoção da saúde relacionadas à atividade física para idosos, desenvolvidas em UBS, cinco eram de responsabilidade dos professores e alunos de uma instituição pública de ensino.

Ao pensarmos em programas de atividade física para idosos devemos considerar que estes envolvem muitas complexidades, e portanto, tais ações necessitam ser fundamentadas teórica e metodologicamente na área específica do envelhecimento humano desde a sua concepção, planejamento e implementação, com profissionais capacitados, conhecedores da literatura científica atualizada desse campo de intervenção, para que as ações desenvolvidas tenham maiores chances de serem bem-sucedidas e sustentáveis ao longo do tempo (VENDRUSCOLO *et al.*, 2011).

2.3 O Modelo RE-AIM

Os autores do modelo RE-AIM construíram esse instrumento para avaliar os programas de promoção da saúde de uma forma mais abrangente, no sentido de incluir tanto a validade interna quanto a validade externa nas avaliações, pois detectaram uma limitação das pesquisas na área da saúde, que centravam suas investigações apenas na validade interna (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999).

A validade interna visa primeiro a identificação de efeitos de grande magnitude e depois a sua adaptação para a prática clínica e/ou comunitária. Já a validade externa enfatiza múltiplos fatores que possam influenciar o alcance, a efetividade, a adoção,

a implementação e a sustentabilidade de programas na sua adaptação para a prática clínica e/ou comunitária (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Desse modo, entende-se que existe uma desconexão entre a validade interna e externa no processo de tradução do conhecimento científico produzido para a prática clínica e/ou comunitária.

Tais inquietações levaram Glasgow, Vogt e Boles a elaborar, em 1999, as cinco dimensões do modelo RE-AIM, para compreender questões tanto em nível individual, quanto em nível organizacional e seus impactos na saúde pública.

Desde então o modelo passou por ajustes e aperfeiçoamentos, o corpo de pesquisadores envolvidos com o instrumento cresceu e em 2013 essa ferramenta ampliou o seu repertório de aplicabilidade, sendo utilizado também para o planejamento de programas de promoção da saúde e não apenas avaliação (GAGLIO; SHOUP; GLASGOW, 2013).

Neste sentido, o Modelo RE-AIM foi traduzido e também adaptado a cultura e realidade brasileiras (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). Visando contribuir com o planejamento e a avaliação dos programas/ ações de promoção da saúde, destacando os seus elementos essenciais, tanto em nível individual, quanto organizacional (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). No Quadro 1 estão apresentadas as definições conceituais das dimensões do modelo RE-AIM traduzido e adaptado a realidade brasileira:

Quadro 1 – Modelo RE-AIM: Dimensões traduzidas e adaptadas para o Brasil.

| Dimensões do RE-AIM | Definições | Nível de Avaliação |
|--------------------------------|---|-----------------------------|
| Alcance | É o número absoluto, a proporção e a representatividade dos indivíduos que estão dispostos a participar de uma determinada iniciativa comparada àqueles que desistem ou àqueles potencialmente elegíveis. | Individual |
| Efetividade ou Eficácia | É o impacto de uma intervenção sobre desfechos importantes incluindo qualidade de vida, potenciais efeitos negativos e os resultados econômicos. | Individual |
| Adoção | É o número absoluto, a proporção e a representatividade das organizações e dos agentes de intervenção que estão dispostos a iniciar um programa. | Organizacional |
| Implementação | No nível organizacional, refere-se à fidelidade dos agentes de intervenção aos vários elementos de um protocolo de intervenção. Isso inclui a consistência no fornecimento, conforme previsto, o tempo e o custo da intervenção. No nível individual, refere-se à medida que os participantes utilizam as estratégias da intervenção. | Individual e Organizacional |
| Manutenção | No nível organizacional, é à medida que um programa ou política torna-se institucionalizado ou parte das práticas de rotina e políticas organizacionais. No nível individual, a manutenção tem sido definida como os efeitos benéficos em longo prazo (seis ou mais meses após o término da intervenção) | Individual e Organizacional |

Fonte: Almeida, Brito e Estabrooks (2013, p. 10).

O modelo RE-AIM apresenta uma gama de possibilidades para a sua aplicação prática, uma delas é o *Check List* Re-AIM, o qual encontra-se traduzido e adaptado para a realidade brasileira, e permite o planejamento e avaliação de programas de atividade física e saúde, por meio de 54 itens pautados nas cinco dimensões do modelo (BRITO *et al.*, 2018). Essa ferramenta possui outra funcionalidade que consiste em 21 itens para análise da qualidade das informações relatadas em evidências científicas, para ser utilizado em estudos de revisão sistemática (BRITO *et al.*, 2018).

Quanto a utilização do modelo RE-AIM para analisar programas de intervenção para atividade física em escolares brasileiros, por meio de uma revisão sistemática da literatura, os autores destacam que os níveis de atividade física dos escolares aumentaram com a utilização de estratégias multicomponentes (educativas e treinamento de professores), em relação às dimensões do RE-AIM, os dados corroboram a literatura, havendo predominância dos indicadores referentes à validade interna dos programas (SILVA *et al.*, 2019).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) visa promover ações e estratégias para melhorar a saúde da população, mas o processo de elaboração de políticas públicas e programas não é uma tarefa fácil, pois deve pautar-se em evidências (BRASIL, 2000). O modelo RE-AIM vem ao encontro de muitas necessidades de instituições financiadoras, pesquisadores e gestores de programas, pois proporciona ferramentas de avaliação, planejamento e elaboração de estratégias, no sentido de evidenciar aspectos fundamentais dos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). Nesse sentido, Lee *et al.*, (2017) apontam que a utilização do modelo RE-AIM em países de baixa e média renda apresenta-se como oportuno e promissor.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa possui abordagem qualitativa, do tipo descritiva e explicativa, com vistas a levantar, registrar e analisar os fenômenos estudados (SEVERINO, 2007).

3.1. Etapas da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas:

- 1) a primeira consistiu em uma revisão sistemática da literatura;
- 2) a segunda caracterizou-se pelo planejamento de um programa de atividade física para idosos, direcionado à APS no município de Irati (PR);
- 3) a terceira compreendeu a apresentação da proposta do programa às coordenadoras de Unidades Básicas de Saúde. Suas percepções sobre a proposta foram coletadas por meio de uma entrevista semiestruturada.

Destaca-se que a primeira etapa serviu como uma das bases teóricas para elaboração/construção da segunda etapa, e que a terceira etapa é resultante da primeira e segunda etapas.

3.2 Primeira Etapa da Pesquisa

3.2.1 Metodologia da Revisão Sistemática da Literatura

O objetivo da presente revisão sistemática consistiu em identificar evidências científicas relacionadas aos programas de atividade física para idosos, desenvolvidos no Brasil no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Revisar a literatura é fundamental para a elaboração de produções científicas. Atualmente existem diversas formas e métodos para desenvolver tal tarefa e cada um tem sua aplicabilidade específica, dependendo dos objetivos e objetos de estudo. Segundo Galvão e Ricarte (2019), a revisão sistemática da literatura vai muito além de uma revisão de conveniência, pois “É uma modalidade de pesquisa, que segue protocolos específicos, e que busca entender e dar alguma logicidade a um grande corpus documental, especialmente, verificando o que funciona e o que não funciona num dado contexto”, e acrescentam que:

[...] a revisão de literatura sistemática possui alto nível de evidência e se constitui em um importante documento para tomada de decisão nos contextos públicos e privados. Dito de outro modo, a revisão sistemática de literatura é uma pesquisa científica composta por seus próprios objetivos, problemas de

pesquisa, metodologia, resultados e conclusão, não se constituindo apenas como mera introdução de uma pesquisa maior [...] (GALVÃO; RICARTE, 2019, p. 59).

Para a elaboração da questão de pesquisa, utilizamos a estratégia PICO (P= participantes; I= intervenções de interesse; C= comparadores; O= desfecho/*outcome*), proposta por Richardson *et al.* (1995). Desse modo, o acrônimo para a presente pesquisa contém as seguintes características:

P = idosos, com idade igual ou superior a 60 anos;

I = programas de prática de atividade física realizados na APS;

C = grupo controle;

O = promoção de atividade física para a população idosa na APS.

Para a seleção dos estudos, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos originais de intervenção; estudos que envolveram participantes com idade igual ou superior a 60 anos; intervenções de promoção da atividade física na APS – tais estudos e intervenções realizados no território brasileiro; publicados em inglês, espanhol e/ou português; publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2020.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: estudos de meta-análise, revisão sistemática, revisão da literatura ou estudo observacional; teses, dissertações, monografias ou relatórios; estudos não disponíveis na íntegra.

Utilizamos os critérios metodológicos estabelecidos pelo guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), com apresentação de um fluxograma (fig. 1) demonstrando as diferentes fases de elaboração da revisão sistemática (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

Foi realizada uma consulta na literatura relacionada à temática do estudo para identificar os potenciais termos e descritores que pudessem auxiliar na seleção dos artigos. Inicialmente realizamos a identificação dos termos que seriam incluídos nos protocolos, assim como os descritores, consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/ MeSH).

Os termos de busca definidos foram testados individualmente e utilizados nos idiomas inglês, espanhol e português. Dessa forma, os termos selecionados foram: *Exercise; motor activity; aged; elderly; primary health care; delivery of health care; health promotion; Brazil. Ejercicio físico; actividad motora; anciano; adulto mayor; atención primaria de salud; prestación de atención de salud; promoción de la salud;*

Brasil. [Exercício físico; atividade motora; idoso; pessoa idosa; atenção primária à saúde; assistência à saúde; promoção da saúde; Brasil].

As buscas foram realizadas em quatro bases de dados: *National Library of Medicine* (PubMed), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) e *ScienceDirect*. Também foram realizadas buscas em outras fontes, como a Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde (RBAFS), por ser reconhecida como um importante periódico da área e possuir um quantitativo de publicações no campo da atividade física e nas listas de referências dos estudos incluídos nas bases de dados.

No quadro 2, estão descritas as estratégias de busca com os operadores booleanos (OR, AND) e as suas respectivas bases de dados.

Quadro 2 - Bases de dados e estratégias de busca utilizadas na revisão sistemática.

| BASES DE DADOS | ESTRATÉGIAS DE BUSCA |
|-----------------------|---|
| PUBMED | <i>(exercise[Title/Abstract]) OR ("motor activity"[Title/Abstract]) AND (aged[Title/Abstract]) OR (elderly[Title/Abstract]) AND ("primary health care"[Title/Abstract]) OR ("delivery of health care"[Title/Abstract]) OR ("health promotion"[Title/Abstract]) AND (Brazil[Title/Abstract])</i> |
| BVS | <i>(exercise) OR ("motor activity") AND (aged) OR (elderly) AND ("primary health care") OR ("delivery of health care") OR ("health promotion") AND (Brazil)</i> <i>("ejercicio físico") OR ("actividad motora") AND (anciano) OR ("adulto mayor") AND ("atención primaria de salud") OR ("prestación de atención de salud") OR ("promoción de la salud") AND (Brasil)</i> <i>("exercício físico") OR ("atividade motora") AND (idoso) OR ("pessoa idosa") AND ("atenção primária à saúde") OR ("assistência à saúde") OR ("promoção da saúde") AND (Brasil)</i> |
| SCIELO | <i>(exercise) OR ("motor activity") AND (aged) OR (elderly) AND ("primary health care") OR ("delivery of health care") OR ("health promotion") AND (Brazil)</i> <i>("ejercicio físico") OR ("actividad motora") AND (anciano) OR ("adulto mayor") AND ("atención primaria de salud") OR ("prestación de atención de salud") OR ("promoción de la salud") AND (Brasil)</i> |
| SCIENCEDIRECT | <i>("exercício físico") OR ("atividade motora") AND (idoso) OR ("pessoa idosa") AND ("atenção primária à saúde") OR ("assistência à saúde") OR ("promoção da saúde") AND (Brasil)</i> |
| OUTRAS FONTES | ESTRATÉGIAS DE BUSCA |
| RBAFS | <i>("exercício físico") OR ("atividade motora") AND (idoso) OR ("pessoa idosa") AND ("atenção primária à saúde") OR ("assistência à saúde") OR ("promoção da saúde") AND (Brasil)</i> |

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Após a realização das buscas, todas as produções encontradas nas bases de dados foram exportadas para a plataforma *Rayyan - Intelligent Systematic Review (Rayyan)*, que consiste em um aplicativo *on-line* utilizado para revisões sistemáticas (OUZZANI *et al.*, 2016).

Posteriormente dois pesquisadores realizaram a avaliação dos estudos, às cegas, de forma independente e, no caso de discordâncias no processo de inclusão e exclusão, foi consultado um terceiro avaliador.

Além das bases de dados, foram realizadas buscas na Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde (RBAFS), conforme já mencionada a sua relevância e nas listas de referências dos estudos incluídos das bases de dados.

Na sequência, com a definição dos estudos incluídos, iniciaram-se os procedimentos de análise. Foram extraídas as seguintes informações de cada estudo: autor e ano, amostra, idade (anos), região do país, intervenção adotada e principais resultados encontrados; e tais informações foram organizadas em uma tabela descritiva.

Foi realizada também a avaliação da qualidade dos relatos por meio do modelo RE-AIM. Para isso, utilizou-se da ferramenta do *check list* RE-AIM, traduzida e adaptada para a realidade brasileira. Tal ferramenta permite identificar aspectos relacionados à validade interna e externa das produções científicas, por meio de 21 itens, pautados nas cinco dimensões do modelo (BRITO *et al.*, 2018). O modelo permite identificar a frequência com que as dimensões são relatadas, assim como avaliar a qualidade dos estudos relacionados a intervenções em atividade física e promoção da saúde (BRITO *et al.*, 2018). Foi identificada a proporção das dimensões do RE-AIM, isto é, a quantidade de estudos que reportam determinado item, seguindo o modelo indicado pelos autores da ferramenta. De acordo com Brito *et al.* (2018), “[...] cada um dos itens deve ser pontuado de acordo com a presença (1 ponto) ou ausência (0 ponto) da informação, com o respectivo percentual, tendo como base o número total de estudos incluídos da revisão sistemática”.

3.3 Segunda Etapa da Pesquisa

3.3.1 Planejamento de uma Proposta de Programa de Atividade Física para Idosos

O método da revisão sistemática possui relação com a Prática Baseada na Evidência (PBE), pois “É uma adequada proposta para obter evidências e síntese de conhecimento de um tema da saúde, já que estimula a convergência e inclusão de todos os estudos relevantes, proporcionando um olhar destacado do âmbito focado” (MEDINA; PAILAQUILÉN, 2010, p. 2).

Desse modo, elaboramos um programa de atividade física para idosos, direcionado à APS do município de Irati (PR) (ap. 1), fundamentado em quatro bases teóricas: 1) as evidências científicas encontradas na Revisão Sistemática (1ª etapa da pesquisa); 2) o documento “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS)” publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021); 3) o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (BRASIL, 2021); 4) as cinco dimensões do modelo RE-AIM, que foram utilizadas como base para a estruturação da proposta (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; BRITO *et al.*, 2018).

Os pesquisadores Brito *et al.* (2018) elaboraram um quadro contendo a descrição e exemplos dos 54 itens do RE-AIM (an. 1), que foram utilizados no planejamento e formulação da proposta do programa de atividades físicas para idosos na APS de Irati (PR).

3.4 Terceira Etapa da Pesquisa

3.4.1 Apresentação da Proposta do Programa de Atividade Física para Idosos aos Coordenadores de Unidades Básicas de Saúde e Análise das suas Percepções sobre a Proposta

Após a estruturação da proposta do programa de atividades físicas para idosos, elaboramos um material de apresentação (*slides*) por meio do programa *PowerPoint*, com vistas a facilitar o entendimento sobre o programa e esclarecer questões relacionadas à proposta (ap. 2).

Na sequência, realizamos a apresentação da proposta e entrevista com uma enfermeira coordenadora da Atenção Básica de um município vizinho de Irati (PR) (estudo piloto). Isso como forma de identificar aspectos que poderiam ser aprimorados nesses dois materiais de pesquisa, com o intuito de otimizar os momentos de apresentação e entrevistas com os coordenadores municipais de saúde de Irati (PR) (objeto de estudo).

Os coordenadores foram selecionados por conveniência, de acordo com o cargo que ocupam. Com vistas a atender aos objetivos da presente pesquisa, buscaram-se alcançar todos os coordenadores das UBS do município de Irati (PR), para melhor compreensão dessa realidade.

A apresentação da proposta ocorreu de forma oral com a utilização de recursos visuais (*slides*); e foi realizada, presencialmente, em uma sala de reuniões. Os participantes foram orientados sobre o fato de que poderiam intervir e argumentar ou levantar possibilidades em qualquer momento da apresentação da proposta do programa.

Como técnica de pesquisa, utilizamos a entrevista, para coletar informações sobre a percepção dos coordenadores em relação à proposta do programa. Por meio dela, entrevista, é possível construir significados em torno do tema, estabelecendo conexões entre o entrevistador e o entrevistado (SEVERINO, 2007).

Compreende-se que a entrevista semiestruturada seja adequada aos objetivos desta pesquisa, pois enquanto elabora um planejamento de questões e temas, o entrevistador (pesquisador) igualmente vai construindo autonomia para elucidar conceitos na tentativa de conseguir informações valiosas sobre os temas de interesse. Portanto o processo é flexível. Sendo assim, os coordenadores participantes da pesquisa podem expressar suas percepções e opiniões sobre a proposta do programa.

Intencionou-se proporcionar aos entrevistados confiança e afinidade com o entrevistador que, no caso, foi o próprio pesquisador, o qual estava devidamente preparado e apto para desenvolver o diálogo de forma espontânea e amistosa, demonstrando cordialidade ao ouvir o entrevistado, com atenção e respeito (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

As questões foram elaboradas pelos autores da presente pesquisa, conforme o roteiro para a realização das entrevistas (ap. 3), com o intuito de alcançar os objetivos propostos e ampliar os conhecimentos em torno do objeto de estudo.

As entrevistas foram realizadas presencial e individualmente (na sala de reunião), gravadas (gravador de áudio) e, posteriormente, transcritas para análise.

As transcrições foram digitadas manualmente, levando em consideração alguns aspectos: a referenciação de cada participante ocorreu por meio da utilização de códigos alfanuméricos (C1; C2; C3; C4; C5; C6; C7; C7; C9; C10; C11); ocultação de nomes próprios, com substituição por nomes genéricos entre parênteses; exclusão

de palavras repetidas em sequência; utilização de reticências para hesitações nas falas; optou-se pela manutenção das gírias e expressões usadas pelos entrevistados.

A análise dos dados ocorreu por meio do método de análise de conteúdo, para interpretar de forma sistematizada a comunicação e compreender os conteúdos presentes nas falas (BARDIN, 2011). Dentro desse método, optou-se pela técnica de análise categorial, entendendo ser a mais adequada para verificar a percepção de sujeitos sobre um objeto de estudo (BARDIN, 2011).

Após a transcrição das entrevistas, obtivemos o *corpus*, ou seja, todas as respostas das coordenadoras (dados brutos) (BARDIN, 2011). A organização dos dados ocorreu por meio da divisão entre os grupos de respostas elencadas no roteiro da entrevista.

Em seguida, realizamos a leitura “flutuante” para iniciar o processo de codificação, momento em que os dados brutos foram agregados e transformados em unidades de registro, permitindo a enumeração (número de citações), buscando alcançar os significados mais profundos que os resultados nos ofereceram, considerando a regra da “exaustividade”, no sentido de apresentar todos os dados (BARDIN, 2011).

Os resultados foram apresentados em tabelas (categoria; subcategoria; n. (número de citações); unidade de registro). As unidades de contexto estão detalhadas no apêndice 4.

Foi definido, juntamente com a coordenadora da Atenção Básica de Irati (PR), uma data e horário de reunião mensal para apresentação da proposta para todos os coordenadores (sexta-feira, 8 de julho de 2022).

A apresentação foi expositiva, utilizando-se de *slides* como recurso para orientar a fala; e foi realizada com todos os presentes ao mesmo tempo, no início da reunião, e teve uma duração de 20 minutos.

As entrevistas individuais foram realizadas na sequência da apresentação, em uma sala reservada para esse propósito. Somente para uma das participantes, a entrevista teve que ser agendada para dois dias após a data de apresentação.

3.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste, no dia 19 de julho de 2021, sob o parecer número: 4.856.492 (an. 2).

Os dados foram coletados após a assinatura da carta de anuência por parte da Secretaria Municipal de Saúde (ap. 5) e da Coordenação da UBS (ap. 6). As entrevistas foram realizadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por todos os participantes (ap. 7), conforme recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

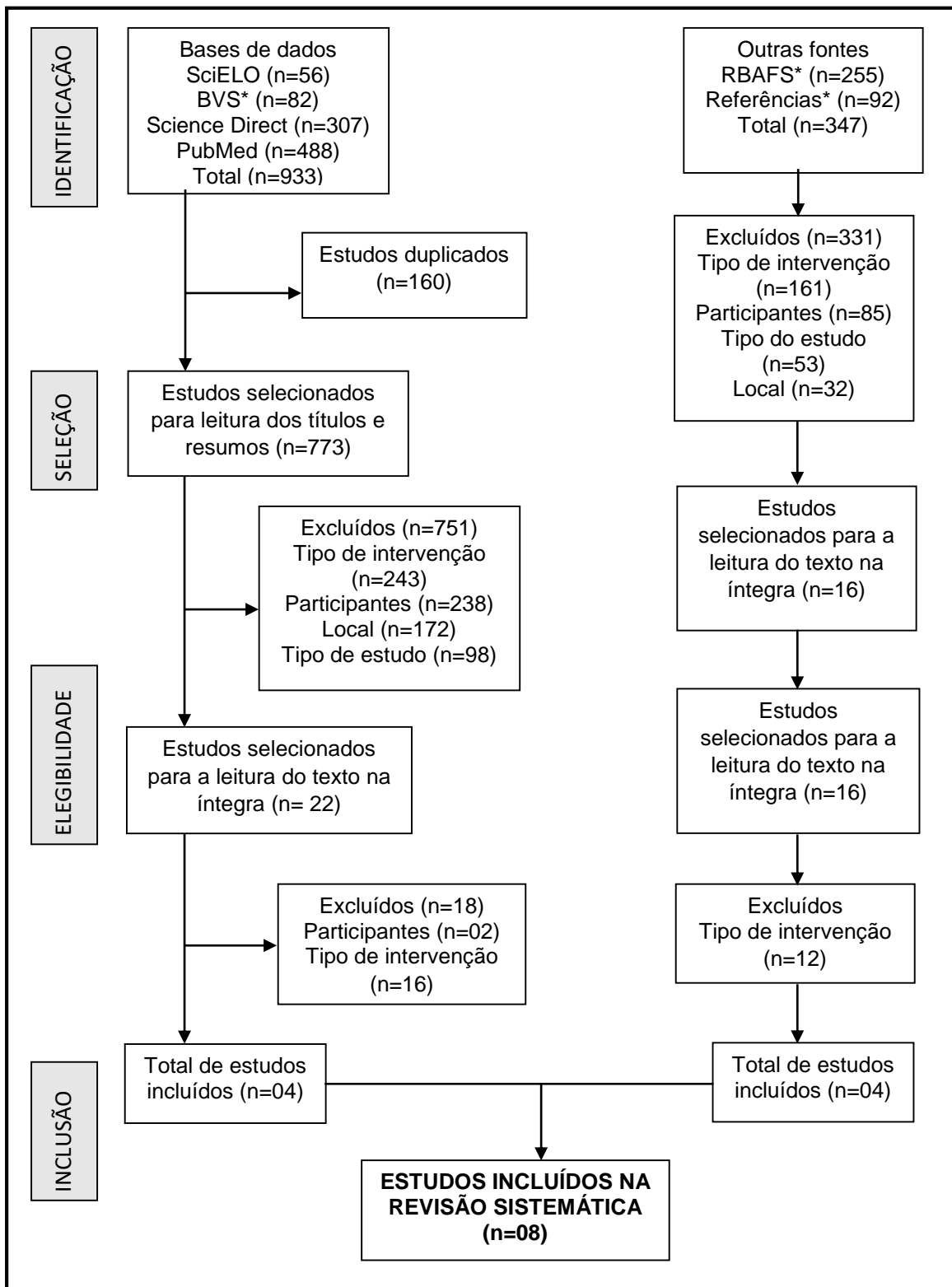
Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussões referentes às três etapas da pesquisa, conforme especificado no item (3.1) da sessão do método.

4.1 Resultados e Discussões da Primeira Etapa da Pesquisa

4.1.1 Revisão Sistemática da Literatura

Cumpridas as diferentes fases da revisão sistemática, identificou-se um quantitativo final de oito estudos que atenderam aos critérios de inclusão empregados e foram selecionados para análise e descrição metodológica. A Figura 1 apresenta o fluxograma da seleção e inclusão dos estudos para a revisão sistemática.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA com informações das fases do processo de seleção dos estudos para revisão sistemática.



Legenda: *(BVS) Biblioteca Virtual de Saúde, (RBAFS) Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, (Referências) lista de referências dos estudos incluídos das bases de dados. Fonte: Elaboração própria, 2022.

Na Tabela 1, estão descritos autor e ano, característica da amostra, região do país, desenho do estudo e principais resultados encontrados dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Tabela 1 - Descrição dos estudos incluídos na revisão sistemática (n=8).

| Autor e ano | Características da amostra | Região do país | Desenho do estudo | Principais resultados |
|-----------------------------------|--|----------------|-----------------------------------|---|
| DANIEL <i>et al.</i> (2010) | 49 mulheres idosas; grupo “exercício” com média de idade de 66,46±4,35 anos, grupo “controle” com média de idade de 64,58±3,40 anos. | Nordeste | Experimental randomizado | Os resultados mostram uma melhora significativa no equilíbrio estático e nos níveis de autonomia funcional do grupo experimental. Isso sugere que um programa regular de atividade física pode contribuir para a manutenção do controle postural e do desempenho nas atividades de vida diária. |
| FIGUEIRA <i>et al.</i> (2012) | 70 idosos (46 mulheres); grupo “experimental” com média de idade de 68,66±5,93 anos, e o grupo “controle” com média de idade de 69,80±8,05 anos. | Sudeste | Experimental randomizado | O aumento na atividade física leva a uma melhora na qualidade de vida como um todo. Isso se deve principalmente a uma melhora no funcionamento sensorial, na participação social, nas percepções da morte e do morrer e na intimidade. |
| MORAES <i>et al.</i> (2012) | 36 idosos, (69,5% mulheres); a média de idade foi de 69,3 anos. | Nordeste | Quase-experimental não-controlado | Os resultados sugerem que o protocolo de treinamento físico multicomponente, baseado em duas frequências semanais, pode ter contribuído para redução dos níveis pressóricos, índice de massa corporal, níveis de glicose sanguínea, além de aumentar a força muscular, a capacidade aeróbica e o equilíbrio, repercutindo em melhora na capacidade funcional. |
| ALMEIDA <i>et al.</i> (2015) | 82 idosos, (93,9% mulheres); a média de idade foi de 66,4±7,05 anos. | Sudeste | Quase-experimental não-controlado | As intervenções contribuíram para a melhoria da aptidão física funcional dos idosos e, consequentemente, para a manutenção da capacidade funcional dos mesmos. |
| BORGES; MEURER; BENEDETTI, (2017) | 119 idosos (95 mulheres); idades entre 60 e 95 anos (70,5±7,1). | Sul | Experimental randomizado | Os resultados não evidenciaram redução significativa dos sintomas depressivos para os participantes do grupo de exercício físico. O estudo identificou a redução e manutenção de sintomas depressivos em idosos participantes do grupo de |

| | | | | |
|--------------------------------|--|---------|--------------------------|---|
| | | | | mudança de comportamento, sinalizando que programas dessa natureza também podem oferecer benefícios à saúde mental. |
| SCHERER <i>et al.</i> (2018) | 50 idosos, (82,0% mulheres); 68,30±7,01 anos. | Sul | Experimental randomizado | Programas de promoção da atividade física, avaliados por meio dos grupos mudança de comportamento e grupo de exercício físico, aplicados em idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis, não foram capazes de aumentar de forma estatisticamente significativa o tempo diário despendido em atividade física. sugerindo a necessidade de adaptações na forma de estruturação e implementação destes programas. |
| OLIVEIRA <i>et al.</i> (2019) | 31 mulheres idosas; em média, a amostra apresentou 64,40±3,72 anos de idade. | Sudeste | Quase-experimental | A caminhada pode ser considerada fator de proteção contra os efeitos deletérios do envelhecimento, sobretudo à função cognitiva. A adoção de um estilo de vida mais saudável, com ações simples e efetivas, pode ajudar a manter a integridade física e psicológica no processo de envelhecimento. |
| BENEDETTI <i>et al.</i> (2020) | 114 idosos (80,7% mulheres); média de idade de 69,8 anos. | Sul | Experimental randomizado | Embora a participação dos idosos continue sendo um desafio, este estudo apoia o potencial de disseminação de programas de mudança de comportamento e programas de exercícios tradicionais para idosos por meio de centros de saúde pública no Brasil. |

Fonte: Elaboração própria, 2022.

No geral, seis estudos tiveram participantes do sexo feminino e masculino, observamos que em média 78,6% eram mulheres e dois estudos foram realizados exclusivamente com participantes do sexo feminino. O tamanho da amostra apresentou variabilidade com um mínimo de 31 e máximo de 119 participantes, assim como a idade variou com um mínimo de 55 e máximo de 95 anos (Tabela 1).

De acordo com a distribuição dos estudos por região do país, identificamos que as intervenções foram desenvolvidas nas regiões Sul (37,5%), Sudeste (37,5%) e Nordeste (25%), não houveram publicações nas regiões Centro-Oeste e Norte do Brasil.

A maioria dos estudos apresentou desenho experimental randomizado (com grupo controle; 62,5%; n=5), dois estudos foram identificados com desenho quase-experimental - não controlado, pelo fato de não realizarem distribuição aleatória dos participantes e não haver grupo controle, um estudo foi identificado como quase-experimental com a utilização de grupo controle.

Os principais resultados encontrados nos estudos indicam que programas de atividade física para idosos são importantes estratégias de promoção do envelhecimento saudável, capaz de melhorar a capacidade funcional, saúde mental e qualidade de vida dos idosos participantes.

A Tabela 2 apresenta a quantidade de estudos que reportam informações referentes a cada dimensão do modelo RE-AIM e a porcentagem que representam em relação aos estudos incluídos na revisão sistemática.

Tabela 2 - Proporção das dimensões do RE-AIM (21 itens) dos estudos analisados, Brasil, 2022 (n= 8).

| Dimensão | n | % |
|--|----------|----------|
| Alcance (Reach) | | |
| 1. Descrição da população-alvo | 8 | 100 |
| 2. Método de identificação da população-alvo | 8 | 100 |
| 3. Critérios de inclusão | 6 | 75 |
| 4. Critérios de exclusão | 5 | 62,5 |
| 5. Taxa de participação | 2 | 25 |
| Efetividade/Eficácia (Effectiveness/Efficacy) | | |
| 6. Resultados dos desfechos primários | 8 | 100 |
| 7. Intenção de tratamento ou presentes no acompanhamento | 7 | 87,5 |
| 8. Medidas de qualidade de vida | 2 | 25 |
| 9. Taxa de abandono (na conclusão do programa) | 1 | 12,5 |
| Adoção (Adoption) | | |
| 10. Taxa de participação dos locais | 1 | 12,5 |
| 11. Descrição do local que foi desenvolvido o programa | 1 | 12,5 |
| 12. Critério de inclusão/exclusão dos membros da equipe | 0 | 0 |
| 13. Taxa de participação dos membros da equipe | 0 | 0 |
| 14. Método de identificação dos membros da equipe | 3 | 37,5 |
| 15. Nível de conhecimento dos membros da equipe | 7 | 87,5 |
| Implementação (Implementation) | | |
| 16. Número/frequência/duração dos contatos | 8 | 100 |
| 17. Medida em que o protocolo foi executado conforme o esperado | 1 | 12,5 |
| 18. Medidas de custo | 1 | 12,5 |
| Manutenção (Maintenance) | | |
| 19. Continuidade do programa | 0 | 0 |
| 20. Avaliação de resultados após a conclusão do programa (duração do acompanhamento) | 3 | 37,5 |
| 21. Taxa de abandono individual (durante o acompanhamento) | 0 | 0 |

Legenda: n= Quantidade de estudos que reportam determinado item. Fonte: BRITO *et al.*, 2018.

O escore de cada estudo, avaliado por meio do somatório das pontuações obtidas com base nos 21 itens do RE-AIM, foi identificado e descrito na Tabela 3.

Tabela 3 - Número e qualidade dos indicadores validados (21 itens) do RE-AIM por estudo analisado, Brasil, 2022 (n= 8).

| Estudos | R | E | A | I | M | Total | Qualidade** |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | máx = 5* | máx = 4* | máx = 6* | máx = 3* | máx = 3* | máx = 21 | |
| DANIEL <i>et al.</i> , (2010) | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 7 | Baixa |
| FIGEUEIRA <i>et al.</i> , (2012) | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 7 | Baixa |
| MORAES <i>et al.</i> , (2012) | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 7 | Baixa |
| ALMEIDA <i>et al.</i> , (2015) | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 6 | Baixa |
| BORGES; MEURER; BENEDETTI, (2017) | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 9 | Moderada |
| SCHERER <i>et al.</i> , (2018) | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 11 | Moderada |
| OLIVEIRA <i>et al.</i> , (2019) | 4 | 2 | 2 | 1 | 0 | 9 | Moderada |
| BENEDETTI <i>et al.</i> , (2020) | 5 | 4 | 3 | 3 | 1 | 16 | Alta |
| TOTAL | 29 | 18 | 12 | 10 | 3 | 72 | |

R = Alcance (*Reach*); E = Efetividade/ Eficácia (*Effectiveness/Efficacy*); A = Adoção (*Adoption*); I = Implementação (*Implementation*); M = Manutenção (*Maintenance*). * Representa o número de itens relatados nos estudos incluídos por dimensão; **Qualidade baixa = 0 a 7; Qualidade moderada = 8 a 14; Qualidade alta = 15 a 21;**. Fonte: adaptado de BRITO *et al.*, 2018.

Conforme resultados da Tabela 3, identificou-se que em geral 42,8% (n=72) dos 21 itens foram relatados nos estudos incluídos na revisão sistemática, sendo que 50% (n=4) deles apresentaram escores igual ou inferior a 7 o qual representa baixa qualidade e 37,5% (n=3) apresentaram o escore referente à qualidade moderada, ambos de acordo com os critérios de classificação estabelecidos pelo modelo RE-AIM (BRITO *et al.*, 2018). Destacamos que o estudo desenvolvido por Benedetti *et al.*, (2020) contemplou 76,1% (n=16) dos itens do modelo RE-AIM, sendo o único classificado como de alta qualidade (13%). As dimensões alcance e efetividade apareceram em maior proporção nos estudos, com 75,5% (n=29) e 56,2% (n=18) respectivamente, quando comparado com as demais dimensões, de acordo com os itens propostos pelo modelo RE-AIM.

Os resultados, por dimensões do RE-AIM, encontrados nos estudos estão descritos a seguir:

Alcance (*Reach*)

Observamos que dos cinco itens presentes na dimensão alcance 72,5% (n=29) foram contemplados nos estudos (Tabela 3). Dentre estes itens, destacamos a “descrição da população-alvo” e o “método de identificação da população-alvo” ambos com 100% de presença nos estudos, por outro lado, a “taxa de participação” foi reportada em 25% dos estudos (Tabela 2).

Efetividade/ Eficácia (*Effectiveness/Efficacy*)

Identificamos que 56,2% (n=18) dos estudos relataram os itens relacionados à efetividade/ eficácia das intervenções (Tabela 3), sendo que o mais relatado foi o “resultados dos desfechos primários” (100%) e o menos reportado foi “taxa de abandono (na conclusão do programa)” (12,5%) que foi apresentado em apenas 1 estudo (Tabela 2).

Adoção (*Adoption*)

Os itens de adoção foram relatados em 25% (n=12) dos estudos (Tabela 3). O item “nível de conhecimento dos membros da equipe” foi relatado em 87,5% das análises, entretanto, os itens “critério de inclusão/exclusão dos membros da equipe” (0%) e “taxa de participação dos membros da equipe” (0%) não foram redigidos nos estudos (Tabela 2).

Implementação (*Implementation*)

Quanto a dimensão de implementação, 41,6% (n=10) dos três itens foram relatados (Tabela 3), com destaque para o “número/frequência/duração dos contatos” (100%), já os itens “medida em que o protocolo foi executado conforme o esperado” e “medidas de custo” foram relatados por apenas um estudo (13%) (Tabela 2).

Manutenção (*Maintenance*)

Observamos que 12,5% (n=3) dos itens desta dimensão foram relatados nos estudos avaliados (Tabela 3), sendo que três deles relataram o item “avaliação de resultados após a conclusão do programa (duração do acompanhamento)”, por outro lado, os itens “continuidade do programa” (0%) e “taxa de abandono individual (durante o acompanhamento)” (0%) não foram apresentados nos estudos analisados (Tabela 2).

4.1.2 Discussão

Esta revisão sistemática apontou que a partir da análise dos estudos incluídos, estes têm se ocupado mais em relatar aspectos relacionados à validade interna em detrimento da validade externa, centrando mais a apresentação de resultados de intervenções em nível individual do que em aspectos organizacionais e de planejamento dos programas, dificultando a transição dos conhecimentos produzidos em ações práticas no mundo real que impactem positivamente a saúde pública.

Os resultados mostraram uma predominância feminina nos programas de atividade física desenvolvidos na APS, confirmando os estudos que indicam que o perfil de usuários desses serviços no SUS é formado majoritariamente por mulheres idosas (LOCH; RODRIGUES; TEIXEIRA, 2013; MILECH; HÄFELE; SIQUEIRA, 2018). De acordo com Júnior e Maia (2009) os homens cuidam menos da saúde e procuram por ajuda médica apenas diante de situações críticas, evidenciando as demandas por políticas públicas que visem aproximar a população masculina dos serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças oferecidos na APS. Nesse sentido a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída pela Portaria GM/MS nº1944, de 27 de agosto de 2009, foi criada com o intuito de superar as barreiras socioculturais e institucionais que influenciam negativamente na adesão da população masculina às medidas de atenção integral à saúde (BRASIL, 2009).

Com relação à região do país em que os programas foram desenvolvidos, observamos que as regiões Sul e Sudeste tiveram o maior número de produções. Em estudo de revisão sistemática, Squarcini *et al.* (2015) identificaram que os programas de atividade física para idosos no Brasil, eram oriundos em maior parte da região Sudeste do país, justificando-se por se tratar de uma região mais desenvolvida economicamente. Outra justificativa pode ser o fato de que na região Sudeste existe maior número de pesquisadores, centros de pesquisa e cursos de pós-graduação (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016).

Historicamente as ciências da saúde têm atribuído maior importância à validade interna das produções científicas, tal fato contribuiu substancialmente para os avanços e descobertas da área, entretanto, outros aspectos relacionados à validade externa e aplicação desses conhecimentos no mundo real, não tiveram a mesma atenção (GLASGOW, 2008). A maioria dos estudos apresentou desenho experimental randomizado (com grupo controle), o que evidencia uma maior preocupação em

demonstrar a eficácia das intervenções nos indicadores de saúde e níveis de aptidão física dos idosos, tais aspectos estão relacionados à validade interna das produções.

Observamos que das cinco dimensões do modelo RE-AIM os itens do alcance e da efetividade/ eficácia foram relatados na maioria dos estudos incluídos na revisão sistemática. Esses achados corroboram a ideia de maior preocupação com a validade interna (GLASGOW, 2008). Segundo Squarcini *et al.* (2015) esse fator dificulta a transição desses conhecimentos para a realidade, visto que as dimensões de adoção, implementação e manutenção do modelo RE-AIM foram pouco contempladas de acordo com os itens propostos.

Quanto à qualidade dos relatos dos estudos, identificada por meio do modelo RE-AIM, a maioria dos estudos apresentou qualidade baixa ou moderada. Esse fato é influenciado pela menor preocupação das produções em relatar questões organizacionais e relacionados aos processos de adoção, implementação e manutenção dos programas de atividade física, que representam aspectos relacionados à validade externa. Em estudo de revisão realizada nos Estados Unidos com base no modelo RE-AIM, os autores identificaram lacunas na compreensão da validade externa, e as dimensões adoção, implementação e manutenção foram pouco relatadas (AKERS; ESTABROOKS; DAVY, 2010).

Para a realidade nacional, estudo de revisão sistemática, com base no modelo RE-AIM, sobre programas de mudança de comportamento, evidenciou que a adoção e a manutenção apresentaram os menores percentuais de relato dos itens propostos pela ferramenta, não apresentando os custos, cenários, taxa de participação e continuidade dos programas (KONRAD *et al.*, 2017). Assim como na presente revisão sistemática, onde identificamos que os itens “medida em que o protocolo foi executado conforme o esperado” e “medidas de custo” foram relatados por apenas um estudo e os itens “continuidade do programa” e “taxa de abandono individual (durante o acompanhamento)” não foram identificados entre os incluídos na revisão.

Com relação a dimensão alcance do modelo, observamos que esta foi a mais relatada nos estudos analisados, corroborando os achados de Squarcini *et al.* (2015). Tal fato pode se justificar pelas características dos itens propostos para a análise dessa dimensão, sendo considerados elementos imprescindíveis nas sessões de métodos e resultados de pesquisas científicas (Descrição da população-alvo; Método de identificação da população-alvo; Critérios de inclusão; Critérios de exclusão), cumprindo com requisitos de validade interna das produções (SQUARCINI *et al.*,

2015), porém o item “taxa de participação” foi pouco relatado, entendendo que este item se aproxima dos aspectos relacionados à validade externa, pois apresenta uma visão abrangente sobre a população-alvo e a comunidade (BENEDETTI *et al.*, 2014).

A dimensão efetividade/eficácia aparece como a segunda mais relatada conforme é relatado em outras pesquisas (SQUARCINI *et al.*, 2015; KONRAD *et al.*, 2017). No presente estudo identificou-se que os itens de efetividade/eficácia “medidas de qualidade de vida” e “taxa de abandono (na conclusão do programa)” foram pouco apresentados nos escritos. Tal fato vem ao encontro de estudo de revisão sistemática que investigou intervenções de atividade física para latino-americanos e identificaram a partir dos relatos dos estudos incluídos que as intervenções podem estar negligenciando a qualidade de vida como um importante indicador de saúde pública do impacto da intervenção (GALAVIZ, 2014).

Ao analisarmos os itens da implementação, identificamos que o item “número/frequência/duração dos contatos” foi apresentado em todos os estudos incluídos, tal fato justifica a terceira colocação entre as cinco dimensões e reafirma a perspectiva de maior ênfase nos aspectos relacionados à validade interna das evidências científicas, pois os itens “medida em que o protocolo foi executado conforme o esperado” e “medidas de custo” foram identificados em apenas um estudo e estes podem ser considerados itens que se aproximam das discussões em torno da validade externa (ALLEN *et al.*, 2011).

As dimensões adoção e manutenção foram pouco relatadas nos estudos incluídos na presente revisão. Tais achados são observados em estudos com escopo similar, mas com populações diferentes (ALLEN *et al.*, 2011; GALAVIZ., 2014).

Observamos que nenhum estudo incluído na presente revisão atendeu completamente às cinco dimensões. Destacamos que o estudo de Benedetti *et al.*, (2020) foi o que mais atendeu às dimensões do modelo RE-AIM, contemplando 75,5% da lista de itens.

De acordo com a organização utilizada para a apresentação dos resultados por ordem crescente do ano de publicação dos estudos, possibilitou identificar que a qualidade do relato dos mesmos aumentou com o passar dos anos de publicação das pesquisas. Conforme Silva *et al.* (2019), o modelo RE-AIM tem sido um dos instrumentos de avaliação mais requisitados para a área de atividade física e saúde, tal argumento pode indicar uma expansão sobre os conhecimentos atrelados ao modelo. A utilização do modelo RE-AIM vem sendo incentivada nos países em

desenvolvimento e tem se tornado uma ferramenta mais conhecida entre os pesquisadores e profissionais da área da atividade física e saúde (GLASGOW *et al.*, 2019).

De acordo com os resultados encontrados, de um modo geral, os estudos demonstraram benefícios à saúde dos idosos participantes por meio da prática de atividade física, bem como, intervenções com foco na mudança comportamental para uma vida saudável e realizaram inferências e apontamentos para a necessidade de maiores incentivos à implementação de programas envolvendo práticas de atividade física no contexto da APS (saúde pública) direcionados à população idosa.

4.2 Resultados e Discussões da Segunda Etapa da Pesquisa

4.2.1 Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

Sabemos que envelhecer é inevitável e o envelhecimento saudável configura-se como um desafio contemporâneo (BENEDETTI *et al.*, 2020). Este programa de atividade física foi desenvolvido partindo do princípio de que envelhecer não é sinônimo de adoecer, buscando superar uma concepção errônea que foi histórica e socialmente construída. Nessa perspectiva a pessoa idosa é estereotipada como alguém que não é capaz e/ou até mesmo privada de realizar várias atividades. Esse paradigma se consolida a medida em que a sociedade reproduz determinadas ações preconceituosas, e se legitima quando analisamos as fragilidades nas políticas públicas direcionadas à promoção da saúde dos idosos (DALLA DÉA *et al.*, 2016). Nesse sentido é oportuno intervirmos para que os idosos não sejam marginalizados, mas tenham seus direitos e deveres integrados à sociedade sendo valorizados, respeitados e compreendidos.

Tem-se observado um aumento na proporção de inatividade física entre a população idosa, representando uma questão de saúde pública, visto que o sedentarismo pode tornar as pessoas idosas mais suscetíveis às DCNTs (ALMEIDA *et al.*, 2015). Portanto, nesse cenário entendemos ser imprescindível a intervenção profissional sistematizada, com vistas a oportunizar acesso aos idosos à programas de atividade física de forma gratuita e com qualidade para atender às demandas específicas dessa população.

Entendemos que o programa de atividade física idealizado terá potencial de beneficiar tanto a saúde física quanto a saúde mental dos idosos participantes. Para

que isso se concretize na prática, é necessário que os profissionais de saúde envolvidos, em especial, o profissional de Educação Física, pautem as suas intervenções nas evidências científicas sobre o envelhecimento e as características físicas e psíquicas que o acompanham, para proporcionar experiências positivas aos idosos. Essas experiências positivas estão diretamente relacionadas com a forma de atuação do profissional, um erro comum é uma abordagem infantilizada com os idosos e propostas de atividades que não condizem este público (SILVA *et al.*, 2014).

A construção de um ambiente prazeroso para o desenvolvimento do programa deve ser foco da equipe organizadora, pois terá maiores chances de êxito e alcançar os objetivos propostos, favorecendo a manutenção dos participantes e conquistando adesão de novos adeptos (EIRAS *et al.*, 2010). Evidências indicam que os idosos buscam programas de atividade física, principalmente, para a manutenção e/ou promoção da saúde física e mental (EIRAS *et al.*, 2010; RIBEIRO *et al.*, 2012). Um estudo qualitativo identificou que entre os principais motivos de adesão dos idosos à um programa de atividade física se justifica pelo fato de estarem com pessoas da mesma faixa etária, possibilitando trocas significativas de ideias e vivências com apoio e carinho (SOUZA; VENDRUSCOLO, 2010).

Portanto, o presente programa tem como objetivo proporcionar prática de atividade física planejada para os idosos com o intuito de melhoria da saúde e da qualidade de vida.

A seguir será apresentada a proposta de um programa de atividade física para idosos com embasamento teórico nas evidências científicas encontradas na Revisão Sistemática (1ª etapa da pesquisa), no documento “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS)” publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), nas dimensões do modelo RE-AIM, que nos permitirá um planejamento abrangente em níveis individuais e organizacionais com a utilização de abordagens quantitativas e qualitativas (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; BRITO *et al.*, 2018), bem como no Guia de Atividade Física para a População Brasileira (BRASIL, 2021).

Inicialmente foi realizado, para as distintas dimensão do RE-AIM, uma fundamentação teórica e na sequência uma descrição das características da proposta do programa para cada dimensão.

4.2.2 Alcance

A avaliação do alcance é expressa em nível individual, sendo quantificada pela divisão entre o número total de participantes e o número de indivíduos considerados elegíveis para a participação. Avaliar o alcance é importante para encontrar possíveis barreiras para a participação da população pretendida (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Compreende-se que a dimensão alcance está relacionada à população-alvo, ou seja, em que medida o programa chega aos indivíduos que se propôs a alcançar. Segundo Brito *et al.* (2018), a descrição da população-alvo não deve restringir-se apenas à amostra do estudo, mas buscar um entendimento abrangente da comunidade e identificar os participantes elegíveis.

As UBS são importantes locais dentro de uma rede de apoio que auxiliará os idosos a incluir a prática de atividade física regular na sua rotina, visto que muitas oferecem programas e ações de atividade física (BRASIL, 2021).

Na revisão sistemática do presente estudo, observamos que a “descrição da população-alvo” e o “método de identificação da população-alvo”, estavam presentes em todos os estudos incluídos (n=8; 100%), demonstrando a importância desse mapeamento dos possíveis participantes do programa.

Para além da identificação da população-alvo é preciso conhecer sobre suas características, perfis, informações demográficas e comportamentais. Nesse sentido algumas estratégias são apresentadas na literatura científica como a utilização de prontuários eletrônicos (BRITO *et al.*, 2018) e a realização de entrevistas para uma análise qualitativa sobre barreiras e facilitadores do alcance (BENEDETTI *et al.*, 2020).

As “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” apresentam alguns cuidados em relação aos participantes com o diagnóstico de DCNT, descompensados ou não controlados, e indicam que estes devem passar por prévia avaliação e liberação médica para a prática de atividade física (BRASIL, 2021).

Nessa fase inicial o recrutamento de participantes é fundamental para atender à dimensão alcance (BRITO *et al.*, 2018). É sabido que “grande parte dos usuários desconhecem a oferta de práticas de atividades físicas na APS, como nas Unidades Básicas de Saúde, nos Postos de Saúde ou nos polos do Programa Academia da Saúde” (BRASIL, 2021, p. 10). O documento de Recomendações para o

Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na APS, indica que a divulgação do programa deve ser permanente, para isso apresenta algumas estratégias de divulgação: Agentes Comunitários de Saúde; boca-a-boca; divulgação nas equipes de saúde; distribuição de cartazes (BRASIL, 2021).

O alcance pode ser avaliado quantitativamente por meio de informações sociodemográficas da população-alvo, número de pessoas convidadas a participar do programa e identificação dos elegíveis de acordo com os critérios de inclusão para o cálculo do tamanho da amostra (BRITO *et al.*, 2018).

Identificamos nos estudos incluídos na revisão sistemática algumas informações sociodemográficas que podem ser contempladas na anamnese inicial dos participantes: escolaridade, renda (MORAES *et al.*, 2012); idade, sexo, escolaridade (ALMEIDA *et al.*, 2015); sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar mensal (BORGES; MEURER; BENEDETTI, 2017); faixa etária, sexo, estado civil, renda familiar mensal, nível de escolaridade, situação ocupacional (SCHERER *et al.*, 2018); idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar mensal, ocupação (BENEDETTI *et al.*, 2020).

O alcance também pode ser avaliado qualitativamente por meio de entrevistas com membros da equipe multiprofissional e também com os participantes e população-alvo do programa, sendo importante estratégia para identificar fatores relacionados à desistência e/ou não adesão ao programa (BRITO *et al.*, 2018; BENEDETTI *et al.*, 2020).

No documento das “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” observamos estratégias de controle da assiduidade dos participantes (fichas de presença impressas e online inseridas diretamente no e-SUS/APS) e monitoramento das desistências (contatos telefônicos e/ou redes sociais, visitas dos Agentes Comunitários de Saúde) como importantes ações para melhorar a adesão ao programa (BRASIL, 2021).

Compreende-se que as estratégias de divulgação podem potencializar o alcance aos participantes (BRASIL, 2021), possibilitando a realização do cálculo da taxa de participação, que segundo Brito *et al.* (2018) é a “proporção de participantes que aceitaram iniciar o programa. Calcula-se dividindo o tamanho da amostra pela população-alvo e multiplica-se por 100”.

Para o desenvolvimento das ações contempladas na dimensão alcance, serão necessários recursos financeiros para o custeio. De acordo com o modelo RE-AIM, os custos das ações desenvolvidas, devem estar presentes no planejamento (BRITO *et al.*, 2018).

Proposta para o Programa - dimensão Alcance

Local: Unidades Básicas de Saúde, no município de Irati (PR) (8 UBS: Ademar Vieira de Araújo, Vila São João, François Abib, Engenheiro Gutierrez, Lagoa, Rio Bonito, Gonçalves Junior, Guamirim).

Participantes: homens e mulheres usuários da UBS e/ou moradores da localidade e território de abrangência da UBS com idade igual ou superior a 60 anos. Participantes com o diagnóstico de DCNT, descompensados ou não controlados, devem passar por prévia avaliação e liberação médica para a prática de atividade física.

Estratégias de divulgação e recrutamento de participantes a serem adotadas:

- Apoio dos Agentes Comunitários de Saúde para que sejam mediadores de informações entre o programa ofertado e os idosos das comunidades, os agentes comunitários podem inclusive desempenhar função de motivação externa para a adesão dos idosos ao programa.
- O boca-a-boca possui grande valia de divulgação entre as pessoas da comunidade, dessa forma os participantes serão estimulados a convidar mais pessoas para conhecerem as ações desenvolvidas.
- Reuniões periódicas entre as equipes multiprofissionais atuantes nas UBS's para que todos os profissionais orientem os idosos a participar do programa e compartilhem experiências e ideias relacionadas as atividades desenvolvidas.
- As redes sociais e mídias em geral (rádios, jornais, revistas, grupos de WhatsApp) possuem grande potencial de divulgação.
- Confecção de cartazes e panfletos impressos para divulgação nos bairros.

Serão realizadas buscas dos participantes que apresentarem três faltas consecutivas, para compreender quais são os motivos da não participação. Tais buscas ocorrerão por meio de contato telefônico e visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde.

Serão realizadas entrevistas com os idosos moradores da região da UBS que não participarem do programa, para identificar quais são os motivos que justificam sua ausência e servir como base para repensar as intervenções. Poderão ser realizadas as seguintes questões: O(A) Sr.(a) recebeu a informação sobre a oferta do programa de atividade física para idosos na UBS? Se sim, como ficou sabendo do programa?; O(A) Sr.(a) tem interesse em participar de um programa de atividade física para idosos?; Quais os motivos que impedem a sua participação no programa?; Como podemos lhe ajudar para possibilitar a sua participação no programa?.

Cálculo da taxa de participação:

$$\text{Taxa de participação} = \frac{\text{número de pessoas que concordaram em participar}}{\text{número de pessoas elegíveis}} \times 100.$$

4.2.3 Efetividade/ Eficácia

A efetividade ou eficácia (validade interna; pesquisas clínicas randomizadas) é avaliada em nível individual, retrata o quanto a intervenção atingiu aquilo que se propôs a fazer, os resultados econômicos, os impactos na qualidade de vida dos participantes e os possíveis efeitos negativos, bem como, identificar desfechos não intencionais, tanto positivos quanto negativos (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

A efetividade de um programa de atividade física para idosos pode ser observada a nível individual nos participantes, por meio de avaliações que reflitam a influência do programa na saúde e qualidade de vida dos participantes (BENEDETTI *et al.*, 2020).

O acompanhamento das condições de saúde dos idosos participantes é fundamental para adequar a prática às suas necessidades, para isso o planejamento do programa deve incluir medidas de saúde e a aplicação de testes e/ou instrumentos avaliativos com frequência pré-determinada (BRASIL, 2021).

Como forma de avaliação de saúde as “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” indicam a aferição da pressão arterial e medidas antropométricas (peso corporal – kg; estatura – metros; circunferência de cintura – cm; circunferência de quadril - cm) (BRASIL, 2021).

Por meio da revisão sistemática (1ª etapa da pesquisa) foi possível identificarmos algumas estratégias e instrumentos de avaliação da

Efetividade/Eficácia utilizados nos estudos incluídos, os quais serão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Instrumentos de avaliação utilizados nos estudos incluídos na revisão sistemática.

| ESTUDO/ AVALIAÇÃO | ATIVIDADE FÍSICA | ANTROPOMETRIA | APTIDÃO FÍSICA/ CAPACIDADE FUNCIONAL | QUALIDADE DE VIDA |
|---------------------------------|---------------------|---|--|----------------------|
| DANIEL <i>et al.</i> , (2010) | Não identificado | Não identificado | Equilíbrio Estático (Baropodômetro Eletrônico); Teste de Caminhar 10 metros (C10m); Teste Levantar-se da Posição Sentada (LPS); Teste de Levantar-se da Posição Decúbito Ventral (LPDV); Teste de Levantar-se da Cadeira e Locomover-se pela Casa (LCLC); Teste de Vestir e Tirar uma Camiseta (VTC) | Não identificado |
| FIGUEIRA <i>et al.</i> , (2012) | Não identificado | Não identificado | Não identificado | WHOQOL-OLD |
| MORAES <i>et al.</i> , (2012) | Não identificado | Índice de Massa Corporal (IMC); Dosagem de Glicemia (<i>Kit Accu-Chek Go</i>); Níveis de Pressão Arterial (Esfingomanômetro de Coluna de Mercúrio e Estetoscópio) | Teste de Sentar e Levantar da Cadeira (TSL); Teste de Flexão de Cotovelos (TFC); Teste de Sentar e Alcançar (TSA); Teste de Marcha Estacionária (TME); Teste de Equilíbrio Estático (Unipodal com Olhos Abertos); Teste de Sentar, Levantar-se da Cadeira e Locomover-se pela Casa (TSLC); Teste de Calçar Meias (TCM) | Não identificado |
| ALMEIDA <i>et al.</i> , (2015) | Não identificado | Massa Corporal (Balança Portátil Digital); Estatura (Estadiômetro Portátil); Perímetro da Cintura e Quadril (Fita Métrica); Índice de Massa Corporal (IMC); Perímetro da Cintura (PC); Relação Cintura/Quadril (RCQ); Relação Cintura/ Estatura (RCEst) | Teste de Força de Membros Inferiores (MMII); Testes de Flexibilidade de Membros Superiores (MMSS) e Inferiores; Teste de Agilidade; Teste de Equilíbrio Dinâmico | Não identificado |

| | | | | |
|--|--|--|------------------|------------------------------------|
| BORGES; MEURER; BENEDETTI, (2017) | Acelerômetro (<i>Actigraph</i> GT3X); Acelerômetro (<i>Actigraph</i> GT3X+) | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| SCHERER <i>et al.</i> , (2018) | Acelerômetro (<i>Actigraph</i> GT3X) | Massa Corporal; Estatura; Perímetro da Cintura; Índice de Massa Corporal (IMC) | Não identificado | Não identificado |
| OLIVEIRA <i>et al.</i> , (2019) | Não identificado | Massa Corporal e Estatura (Balança Mecânica); Perímetro da Cintura e Quadril (Fita Métrica); Índice de Massa Corporal (IMC) | Não identificado | Não identificado |
| BENEDETTI <i>et al.</i> , (2020) | Acelerômetro (<i>Actigraph</i> GT3X); Acelerômetro (<i>Actigraph</i> GT3X+) | Massa Corporal (Balança Médica); Estatura (Estadiômetro); Índice de Massa Corporal (IMC) | Não identificado | WHOQOL- OLD; WHOQOL- BREF |

Fonte: Os autores, 2022.

A escolha dos instrumentos e materiais utilizados deve estar em consonância com a realidade local, buscando assim viabilizar a sua realização, ou seja, os locais podem adaptar os protocolos de avaliação às suas condições (BRASIL, 2021).

O documento “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” propõe um instrumento para avaliar os níveis de atividade física e o método de análise dos dados que foi construído baseado no VIGITEL (BRASIL, 2021).

Posteriormente a avaliação das informações coletadas, é importante compartilhá-las com os participantes (entregar os resultados das avaliações). Essa estratégia tem potencial de promover maior participação e motivação dos idosos, contribuir para a autonomia e auxiliar na busca por melhores resultados e bem-estar dos mesmos, inclusive podendo ser o momento para ajustes nas intervenções e estabelecimento de novos objetivos (BENEDETTI *et al.*, 2020; BRASIL, 2021).

Proposta para o Programa - dimensão Efetividade/ Eficácia

Serão realizadas avaliações individuais, com o objetivo de obter informações sociodemográficas, analisar a condição física dos idosos e acompanhar as alterações/mudanças em função da participação no programa.

Frequência das avaliações: uma avaliação ao início de cada trimestre. Os participantes que começarem a frequentar o programa em períodos posteriores também serão avaliados.

Serão realizadas entrevistas para identificar as seguintes informações sociodemográficas dos participantes: Nome completo; data de nascimento; idade (anos); sexo (feminino/ masculino); escolaridade (analfabeto(a), ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo); estado civil (solteiro(a), união estável, casado(a), divorciado(a), viúvo(a)); situação ocupacional (aposentado(a), pensionista, aposentado(a) ativo(a), remunerado(a) ativo, não remunerado(a) ativo(a)); renda familiar mensal (até 1 salário mínimo, de 1 a 2 salários mínimos, de 2 a 3 salários mínimos, de 3 a 5 salários mínimos, acima de 5 salários mínimos)

O acompanhamento da frequência será realizado por meio de uma lista de presença (Quadro 4).

Quadro 4 - Modelo para lista de frequência dos participantes.

| NOME | dia/mês/ano | dia/mês/ano | dia/mês/ano | FALTAS |
|--------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| Participante | F/ C | F/ C | F/ C | n |
| Participante | F/ C | F/ C | F/ C | n |
| Participante | F/ C | F/ C | F/ C | n |

Legenda: F=faltou; C=compareceu; n=número de faltas.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Os participantes serão cadastrados no sistema e-SUS/APS e as presenças serão registradas na plataforma digital.

Para coletar os dados antropométricos pode ser utilizada balança digital (massa corporal), estadiômetro (estatura), fita métrica flexível (perímetro da cintura e quadril) e esfigmomanômetro de pulso (pressão arterial).

O nível de atividade física será obtido por meio da aplicação do questionário proposto nas “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2021; Anexo 3).

A análise dos dados ocorrerá conforme orienta o documento “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2021; Anexo 4).

As medidas de aptidão física escolhidas foram identificadas na revisão sistemática (1ª etapa da pesquisa):

- Força muscular – teste de sentar e levantar da cadeira; teste de flexão de cotovelos.
- Flexibilidade – teste de sentar e alcançar; teste de alcançar atrás das costas.
- Capacidade aeróbica – teste de marcha estacionária.
- Equilíbrio – teste de equilíbrio estático unipodal com olhos abertos.

Para avaliar a capacidade funcional dos idosos participantes do programa, utilizaremos testes identificados na revisão sistemática (1ª etapa da pesquisa): teste de sentar, levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa; teste de calçar meias.

Na revisão sistemática do presente estudo, identificou-se dois instrumentos para avaliar a qualidade de vida dos idosos, ambos serão utilizados no programa sendo o WHOQOL-OLD e o WHOQOL-BREF propostos pela OMS.

Para a aplicação das entrevistas, questionários e testes serão agendadas individualmente como atividade integrante do programa.

Os resultados das avaliações serão entregues aos participantes dentro do prazo de 15 dias após a data da coleta. A entrega dos resultados poderá ser realizada em forma de reuniões em grupo ou individualmente para apresentar e discutir os resultados.

4.2.4 Adoção

Adoção é o número absoluto, a proporção e a representatividade dos locais e profissionais dispostos a aderir a uma ação/intervenção em sua unidade (GAGLIO; SHOUP; GLASGOW, 2013).

A adoção está relacionada ao nível organizacional de um programa, pois trata-se da identificação do número absoluto, proporção e representatividade de agentes de intervenção (profissionais) e organizações dispostos a iniciar um programa (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Inicialmente os locais em que se pretende implantar um programa precisam ser identificados, bem como, o processo de identificação dos mesmos deve ser explicitado (BRITO *et al.*, 2018).

Para se avaliar a adoção dos locais é preciso identificar os elegíveis de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, que permitirá o cálculo da taxa de participação dos locais dividindo o número de locais que participaram pelo número de elegíveis, e multiplica-se por 100 (BRITO *et al.*, 2018).

Os profissionais elegíveis que comporão a equipe de um programa deverão ser identificados por meio dos critérios de inclusão e exclusão, com a descrição do processo de identificação dos membros da equipe, permitindo a posterior análise da taxa de participação dos membros da equipe por meio da divisão do número de profissionais que participaram pelo número de elegíveis e multiplica-se por 100 (BRITO *et al.*, 2018).

As “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” indicam que uma das estratégias de solicitação do apoio da gestão em relação aos recursos humanos necessários, é a ampliação do número de profissionais de Educação Física nos programas (BRASIL, 2021).

A realização de entrevistas e/ou grupos focais com os gestores municipais de saúde e as equipes das UBS, são estratégias para identificar a adoção do programa (BENEDETTI *et al.*, 2020). De acordo com Benedetti *et al.* (2020) podem ser realizadas perguntas para investigar a opinião sobre o desenvolvimento do programa, as mudanças organizacionais realizadas para implantação do programa, a formação profissional dos membros da equipe, os aspectos positivos e negativos do programa, os custos do programa.

Proposta para o Programa - dimensão Adoção

Identificação dos locais: Será realizada uma reunião com o(a) secretário(a) municipal de saúde para identificar os locais possíveis de implementação do programa. Posteriormente os coordenadores desses locais serão contatados para apresentação do programa e verificar se estão dispostos a adotar o programa.

Cálculo da taxa de participação dos locais:

$$\text{Taxa de participação dos locais} = \frac{\text{número de locais que participaram}}{\text{número de locais elegíveis}} \times 100$$

Identificação dos membros da equipe: serão realizadas reuniões nos locais elegíveis para implementação do programa, para apresentação da proposta aos

profissionais que atuam nesses locais e identificação dos membros da equipe que estão dispostos a participar do programa.

Cálculo da taxa de participação dos membros da equipe:

Taxa de participação dos membros da equipe

$$= \frac{\text{número de profissionais que participaram}}{\text{número de profissionais elegíveis}} \times 100$$

Após a implementação do programa serão realizadas entrevistas com os gestores e membros da equipe para identificar aspectos relacionados a adoção, incluindo perguntas como “qual a sua percepção sobre o processo de implementação do programa?”, “qual característica do programa mais lhe chamou a atenção?”, “você acha necessário contratar mais profissionais para atuar no programa?”, “na sua opinião, em quais aspectos o programa pode melhorar?”.

4.2.5 Implementação

A implementação pode ser observada tanto em nível individual quanto organizacional, este último refere-se ao comprometimento da equipe em relação à todas as dimensões e protocolo de intervenção, se o programa foi desenvolvido conforme o planejamento e os custos atrelados. No nível individual, analisamos a forma como os participantes aderiram as intervenções (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

A seguir será apresentado um quadro descritivo (Quadro 4) contendo informações sobre os programas de atividade física para idosos avaliados nos estudos incluídos na revisão sistemática (1ª etapa da pesquisa).

Quadro 5 - Informações sobre os programas de atividade física para idosos avaliados nos estudos incluídos na revisão sistemática.

| ESTUDO | FREQUÊNCIA | DURAÇÃO | INTERVENÇÃO | INTENSIDADE | PROFISSIONAL |
|-------------------------------|-----------------------|------------|---|--|------------------|
| DANIEL <i>et al.</i> , (2010) | Duas vezes por semana | 60 minutos | Alongamentos; caminhada; exercícios localizados envolvendo os grandes grupos musculares; desaquecimento | Foi controlada pela escala Borg CR-10, e mantida em nível moderado (nível 2 e 3) | Não identificado |

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|---|---|-----------------------|
| FIGUEIRA <i>et al.</i> , (2012) | Duas vezes por semana | 50 minutos | Caminhada; hidroginástica; fortalecimento; alongamento | Moderada (entre 60 e 70% da frequência cardíaca máxima) e velocidade lenta a moderada | Educação Física |
| MORAES <i>et al.</i> , (2012) | Duas vezes por semana | 60 minutos | Aquecimento; alongamento; caminhadas; dança; exercícios de força; volta à calma | Moderada, segundo Escala de Percepção Subjetiva do Esforço, correspondendo à pontuação entre 4 e 6 de uma escala de 0 a 10, sendo 0 o nível mais fácil de esforço | Treinadores/monitores |
| ALMEIDA <i>et al.</i> , (2015) | Três vezes por semana | 1 hora e 30 minutos | Caminhada; alongamento; atividades de equilíbrio e coordenação motora; futebol sem corrida; ginástica | Intensidade leve; atividades que não exigissem muita velocidade ou força; uso de alteres de baixo peso | Educação Física |
| BORGES; MEURER; BENEDETTI, (2017) | Três vezes por semana | 60 minutos | Ginástica aeróbica; aquecimento; desenvolvimento das capacidades físicas; alongamento | Frequência cardíaca monitorada manualmente, por meio da contagem de pulsos na artéria radial | Educação Física |
| SCHERER <i>et al.</i> , (2018) | Três vezes por semana | 60 minutos | Ginástica; desenvolver os componentes da aptidão física relacionada à saúde | Intensidade leve e moderada/ vigorosa | Educação Física |
| OLIVEIRA <i>et al.</i> , (2019) | Duas vezes por semana | 60 minutos | Alongamento; atividades lúdicas e jogos pré-desportivos; caminhada em diferentes planos; relaxamento | As participantes foram instruídas a caminharem em um ritmo moderado | Educação Física |
| BENEDETTI <i>et al.</i> , (2020) | Três vezes por semana | 60 minutos | Aquecimento; exercício aeróbico; treinamento de força; desaquecimento | 50 a 80% do VO2 máximo; frequência cardíaca e classificações de esforço percebido monitoradas ao longo das sessões | Educação Física |

Fonte: Elaboração própria, 2022.

De acordo com as informações no Quadro 4, observamos que 50%(n=4) dos estudos incluídos na revisão sistemática (1ª etapa da pesquisa) realizaram intervenções com frequência semanal de dois encontros e 50%(n=4) indicaram três encontros semanais. Tal achado vem ao encontro do documento de recomendações

para práticas exitosas, que indica uma frequência mínima de duas vezes na semana, para favorecer e aumentar a participação (BRASIL, 2021).

Com relação à duração das intervenções, identificamos que 75% (n=6) dos estudos utilizaram 60 minutos por sessão (Quadro 4). Evidência científica sugere que os idosos realizem um mínimo de 150 minutos/semana de atividade física com intensidade moderada ou 75 minutos/semana com intensidade vigorosa (BRASIL, 2021).

Em relação as atividades realizadas nas intervenções dos estudos, podemos observar que 100% (n=8) envolveram práticas de alongamento, caminhada e/ou ginástica aeróbica (Quadro 4). Os exercícios de alongamentos são importantes estratégias no planejamento de programas de atividade física para idosos, pois com o processo da senescência ocorre uma redução da flexibilidade, podendo gerar perdas na capacidade funcional (DANIEL *et al.*, 2010). Atividades aeróbicas, como a caminhada, podem mitigar os efeitos deletérios do envelhecimento, inclusive à função cognitiva (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Exercícios de força e/ou fortalecimento muscular foram relatados em 75% (n=6) dos estudos (Quadro 4). Com o avançar da idade os idosos ficam mais propensos ao desenvolvimento da sarcopenia (perda de massa muscular), nesse sentido a atividade física apresenta efeitos benéficos na força muscular, bem como outras capacidades funcionais que estão relacionadas à força como o equilíbrio e a diminuição no risco de quedas em idosos (BRASIL, 2021).

Dos estudos incluídos na revisão sistemática, 75% (n=6) indicaram um monitoramento das atividades realizadas em intensidade moderada, indicando como adequada aos idosos participantes dos programas de atividade física (Quadro 4). Tal achado vem ao encontro das recomendações do guia de atividade física para a população idosa brasileira, que indica 150 minutos semanais de atividade física com intensidade moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa (BRASIL, 2021).

A intensidade da atividade física pode ser mensurada por meio da frequência cardíaca (FC). A intensidade deve ser manipulada de forma individualizada tanto para diminuí-la se acaso a FC estiver alta, quanto para aumentá-la se acaso o participante estiver conversando tranquilamente durante a realização da atividade física (BENEDETTI *et al.*, 2020).

Juntamente com o monitoramento da intensidade das atividades, é importante estar atento ao controle da pressão arterial durante a prática de atividade física, para que esta seja realizada com segurança (BRASIL, 2021).

Destacamos também que 50% (n=4) dos estudos mencionaram um momento de relaxamento, desaquecimento e/ou volta à calma, para a parte final das intervenções realizadas com os idosos participantes dos programas propostos (Quadro 4). Esta prática pode ser utilizada como estratégia para que os idosos participantes do programa aprendam sobre o gerenciamento dos níveis de estresse.

Quanto ao profissional indicado nos estudos como responsável pelo planejamento e realização das intervenções dos programas de atividade física para idosos, observamos que 75% (n=6) mencionaram o profissional de Educação Física (Quadro 4). Desse modo, compreende-se a necessidade de investimento público na contratação de profissionais de Educação Física para atender a demanda das UBSs (BRASIL., 2021).

A abordagem utilizada pelo profissional de Educação Física é fundamental para que os participantes se sintam motivados a continuar participando do programa, o profissional deve acolher os idosos com atenção, afeto e respeito. As atividades propostas devem ser diferenciadas entre as sessões para que os idosos superem novos desafios a cada reunião, contribuindo para sua autoestima (FIGUEIRA *et al.*, 2012).

No processo de implementação de um programa de atividade física os custos associados com o desenvolvimento inicial do programa e sua concretização, são partes integrantes do planejamento (BRITO *et al.*, 2018). Em estudo realizado por Benedetti *et al.* (2020) identificou-se que o custo estimado por participante de um programa de atividade física para idosos, foi de R\$ 50,00 por mês, e alertam que esse fator da implementação requer mais atenção, levando em consideração o financiamento disponibilizado pelo governo às UBS.

Proposta para o Programa - dimensão Implementação

Frequência: Três vezes por semana em dias alternados (segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira) no período da manhã e/ou tarde.

Profissional responsável: preferencialmente um profissional de Educação Física ou profissional de saúde da UBS.

Duração das intervenções: 60 minutos.

Intensidade: Intensidade moderada entre 60 e 70% da FC máxima, previamente estimada.

O planejamento e periodização das intervenções será de acordo com sessões multicomponentes de atividade física. Também poderão ser realizadas atividades interdisciplinares com profissionais de saúde para abordar temáticas relacionadas a adoção de hábitos saudáveis (alimentação saudável e saúde mental).

Estrutura das sessões de atividade física:

1) Parte inicial:

Aquecimento: terá como objetivo ativar o corpo todo, sair da condição de repouso, aumentando a frequência cardíaca e conseqüentemente a circulação sanguínea, preparando-se física e psicologicamente para as atividades que serão propostas na sequência e que exigirão maior esforço. Exemplos: ginástica geral e exercícios de mobilidade articular.

2) Parte principal:

Resistência cardiorrespiratória: as atividades terão como característica principal o aumento da frequência cardíaca e respiração, bem como a utilização do oxigênio como fonte energética. Exemplos: caminhada, ginástica aeróbica, hidroginástica.

Exercícios de Equilíbrio: é a capacidade de manter o centro de massa corporal sobre uma base de suporte podendo ser estático ou dinâmico. As atividades incluirão equilíbrio estático e dinâmico, de acordo com as possibilidades executivas de cada indivíduo.

Força muscular: de modo geral é a ação muscular contra alguma resistência. Os exercícios de força serão realizados utilizando o peso do próprio corpo. A intensidade dos exercícios de força será moderada, mensurada por meio da percepção subjetiva de esforço.

Flexibilidade: é a capacidade de executar movimentos com maior amplitude. Os exercícios de flexibilidade incluirão alongamentos passivos com 20 segundos de duração cada variação.

3) Parte final

Relaxamento: momento de descontração muscular, proporcionando um ambiente harmônico e de motivação para maior adesão ao programa, favorecendo o bem-estar psicológico e emocional dos idosos.

Custos de implementação:

Contratação de Profissional de Educação Física – os salários serão ajustados conforme possibilidades da gestão e dos profissionais.

Aquisição de materiais – fita métrica flexível; balança digital; estadiômetro; esfigmomanômetro de pulso; bolas para ginástica; colchonetes; caixa de som portátil. Salientamos que outros materiais podem ser incluídos conforme a disponibilidade do município.

4.2.6 Manutenção

Como o próprio nome sugere, no aspecto organizacional, refere-se à capacidade de um programa se manter ativo ao longo do tempo, mesmo frente a adversidades como cortes de recursos financeiros e mudanças no cenário político. No domínio individual, observamos a manutenção no engajamento dos participantes e a sustentação da aquisição de hábitos saudáveis (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Foram identificadas estratégias para aumentar o engajamento dos participantes como o aconselhamento para a prática de atividade física em outros momentos, a criação de grupos em aplicativos de mensagens, a elaboração de uma identidade para o grupo, a confecção de camisetas e cartazes, a produção e divulgação de fotos e vídeos das ações desenvolvidas (BRASIL, 2021).

O cálculo da taxa de abandono organizacional permite identificar quais locais pretendem implementar o programa e também se existem locais desistentes, calcula-se dividindo o número de locais que pararam de oferecer o programa pelo número de locais que iniciaram o programa e multiplica-se por 100, assim como a taxa de abandono individual que calcula-se dividindo o número de desistentes no acompanhamento pelo número de participantes que iniciaram o programa e multiplica-se por 100 (BRITO *et al.*, 2018).

Proposta para o Programa - dimensão Manutenção

Serão realizadas reuniões mensais com a gestão municipal para identificar estratégias de manutenção do programa ao longo do tempo. Nessa reunião serão apresentados os resultados obtidos e possíveis benefícios proporcionados aos idosos da comunidade. Serão identificadas possíveis alterações no programa para viabilizar sua manutenção.

Entendendo que a troca de gestão pode ocasionar o encerramento da oferta do programa, algumas estratégias podem ser realizadas para a institucionalização do programa como a contratação de profissionais de Educação Física para atuarem exclusivamente na gestão do programa e a criação de políticas públicas municipais que garantam a oferta de programas de atividade física para a população idosa.

Os custos financeiros para a manutenção do programa serão ajustados conforme possibilidades de ambas as partes, profissionais e gestão, serão levantadas alternativas para a manutenção dos custos para viabilizar a continuidade do programa.

4.3 Resultados e Discussões da Terceira Etapa da Pesquisa

Este subcapítulo refere-se à descrição dos resultados por temáticas da terceira etapa da pesquisa, a partir das questões norteadoras da entrevista. Os dados foram obtidos por meio da identificação e análise das percepções dos coordenadores das UBS sobre a proposta de um programa de atividade física para idosos.

4.3.1 Participantes da Pesquisa

Esta etapa do estudo contou 11 participantes sendo nove coordenadoras de UBS, uma coordenadora de ambulatório e uma coordenadora da Atenção Básica do município de Irati (PR). Todas mulheres com média de idade de 42 anos e predominantemente com graduação em enfermagem (n=10). O tempo de atuação profissional na APS variou entre 6 a 25 anos, sendo que a maioria (n=9) informou atuar como coordenadora de UBS. Na Tabela 4, estão apresentadas as características das participantes da pesquisa.

Tabela 4 - Características das coordenadoras da APS participantes do estudo.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | n | % |
|---|--|----|------|
| Sexo | Feminino | 11 | 100 |
| | Masculino | 0 | 0 |
| Graduação | Enfermagem | 10 | 90,9 |
| | Medicina | 1 | 9,1 |
| Faixas etárias | 30 a 39 anos | 4 | 36,4 |
| | 40 a 49 anos | 6 | 54,5 |
| | 50 a 59 anos | 1 | 9,1 |
| Tempo de atuação profissional na APS | 6 a 10 anos | 4 | 36,4 |
| | 11 a 15 anos | 4 | 36,4 |
| | 16 a 20 anos | 2 | 18,2 |
| | 21 a 25 anos | 1 | 9,1 |
| Local de atuação profissional | Unidade Básica de Saúde | 9 | 81,8 |
| | Unidade de Saúde (ambulatório) | 1 | 9,1 |
| | Atenção Básica | 1 | 9,1 |
| Função profissional | Coordenadora de UBS | 9 | 81,8 |
| | Coordenadora de unidade de saúde (ambulatório) | 1 | 9,1 |
| | Coordenadora da Atenção Básica | 1 | 9,1 |
| Tempo de coordenação no local de atuação profissional | UBS / até 1 ano | 4 | 36,4 |
| | UBS / 3 a 6 anos | 2 | 18,2 |
| | UBS / 7 a 10 anos | 3 | 27,3 |
| | Unidade de Saúde (ambulatório) / 10 anos | 1 | 9,1 |
| | Atenção Básica / 2 anos | 1 | 9,1 |

Legenda: n= número de citações, %= porcentagem em relação ao número total de participantes.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Em estudo realizado num hospital universitário com 546 profissionais de saúde (médicos especialistas, médicos residentes, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e coordenadores das equipes profissionais) identificou-se uma “tendência à feminização em praticamente todas as profissões da saúde, sem exceção, assim como o fato de que as mulheres apresentaram os níveis mais elevados de satisfação global, sendo essa correlação estatisticamente significativa” (GARCÍA *et al.*, p. 1319, 2013). Tais achados, vem ao encontro dos apresentados na presente pesquisa, em que todas as coordenadoras de saúde eram do sexo feminino.

Quanto ao perfil profissional, observamos uma predominância de Enfermeiras atuando na coordenação de UBS do município de Irati (PR). De acordo com Sturmer *et al.* (p. 20, 2020), que buscaram descrever o perfil dos profissionais da Atenção Primária à Saúde que participavam do curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre), identificaram que estes profissionais “são na maioria mulheres, profissionais da enfermagem, com média aproximada de 35 anos de idade”, corroboram os dados evidenciados no presente estudo.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica e estabeleceu como equipe da Atenção Básica uma composição mínima de profissionais, dentre eles a enfermagem, conforme consta:

[...] médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias (BRASIL, p. 10, 2017).

Salientamos que esta mesma Portaria, traz em seu enredo o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com atuação integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), podendo compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde:

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente (BRASIL, p. 10, 2017).

A ESF é considerada a porta de entrada da população na Atenção Básica, e o NASF tem o potencial de superar o paradigma biomédico por meio da interdisciplinaridade no cuidado de saúde. Entretanto um estudo de revisão sistemática, observou que ainda “Existem dificuldades de entendimento do que é multidisciplinaridade, ou equipe multiprofissional, e interdisciplinaridade, ou equipe multidisciplinar”, configurando-se em uma dificuldade para a garantia da integralidade na Atenção Básica (ZANONI *et al.*, p. 1293, 2020).

Conforme observado por Araujo *et al.* (2019), um dos principais desafios para a prática da interdisciplinaridade no contexto das equipes atuantes na APS, é a formação dos profissionais de saúde centrada em aspectos técnicos e no trabalho individual. Sobre essa questão, a educação permanente e qualificação profissional apresentam-se como importantes estratégias para melhor resolutividade das demandas exigidas pelo trabalho interdisciplinar nas equipes atuantes na APS, que por sua vez devem estar atentas às idiossincrasias das comunidades adstritas (ZANONI *et al.*, 2020).

As dificuldades para o estabelecimento das atividades interdisciplinares nas equipes, podem resultar em ações fragmentadas na assistência à saúde do idoso (FONSECA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, um olhar mais atento às possibilidades de intervenções multiprofissionais e interdisciplinares deve ser levado em consideração na organização dos serviços municipais da APS de Irati (PR), com vistas a ampliar as ações direcionadas à promoção da saúde nas unidades de saúde e seus territórios de abrangência.

4.3.2 Programas de Atividade Física para Idosos

A Tabela 5 apresenta as percepções das coordenadoras sobre a existência de programas de atividade física para idosos no município de Irati (PR).

Por meio dos relatos identificou-se que até o momento não há programas de atividade física para idosos desenvolvidos nas unidades de saúde e nem no contexto da APS de Irati (PR). Entretanto, percebemos que existem ações sendo realizadas por meio da Secretaria de Assistência Social (n=4) do município.

Tabela 5 - Programas de atividade física para idosos no município de Irati (PR).

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | n | UNIDADE DE REGISTRO |
|---|----------------------------------|---|---|
| Existência de programas de atividade física para idosos na Atenção Primária à Saúde | Unidade Básica de Saúde | 0 | “Não, no momento não” (C3); “Na unidade não” (C7) |
| | Unidade de Saúde (ambulatório) | 0 | |
| | Atenção Primária à Saúde (geral) | 0 | |
| Existência de programas de atividade física para idosos em outros setores | Secretaria de Assistência Social | 4 | “Tem um programa junto com o serviço social [...] fazem só atividade de relaxamento [...]” (C5); “[...] tem na secretaria de assistência social [...]” (C11); “Então, eu faço parte do conselho do idoso [...] e eles fazem esse negócio de caminhada, exercício físico no grupo de idosos [...]” (C7); “[...] tem ali em conjunto que é uma equipe né, da terceira idade lá, que eles fazem atividade de caminhada [...] tem lá na vila são João, eu acho que no rio bonito [...] yoga e atividade física que eles fazem [...]” (C9) |
| | Centro de convivência | 1 | “[...] tem um centro de convivência né, que já tem um programa de atendimento do idoso [...]” (C4) |

Legenda: n= número de citações.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Ao considerarmos que Irati (PR) é um município com 61.439 habitantes (IBGE, 2022) e que é a cidade polo da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, sendo escolhida para o projeto piloto e iniciar as atividades do PlanificaSUS⁷ no ano de 2019, nos surpreende o fato de que nenhuma unidade de saúde do município desenvolve ações de atividade física para a população idosa, pois trata-se da linha prioritária de cuidado do PlanificaSUS:

Não, não tem nada assim é só planifica SUS né, que a gente trabalha com os idosos, mas atividade física não [...] (C8).

De acordo com Peixoto *et al.* (2018), que utilizaram dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), com o aumento da idade é observado uma redução da atividade física entre as pessoas com menor

⁷ É uma estratégia de educação permanente que busca consolidar a operacionalização plena da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio da implantação metodológica da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) (PARANÁ, 2022).

escolaridade e estas, representam os grupos mais vulneráveis à redução da atividade física com o envelhecimento, portanto, o planejamento de ações de promoção da saúde e atividade física, bem como políticas públicas que venham ao encontro das características específicas dessa população, apresentam-se com medidas necessárias para as atuais mudanças sociodemográficas.

Com relação à categoria “existência de programas de atividade física para idosos em outros setores”, identificamos que a Secretaria de Assistência Social foi indicada por quatro coordenadoras municipais de saúde, desenvolvendo atividades de relaxamento (C5), yoga (C9), caminhada (C7; C9) e exercício físico (C7).

Tais atividades foram confirmadas em consulta telefônica realizada (data: 14/06/2022) a Secretaria Municipal de Assistência Social de Irati (PR), que informou o desenvolvimento de duas ações de atividade física para idosos, organizadas e propostas pelo Departamento da Política da Pessoa Idosa e incluem atividades coletivas de yoga e práticas corporais (alongamentos e respiração).

As atividades são desenvolvidas semanalmente com a divisão de grupos em quatro dias na semana (de segunda a quinta-feira) com um quantitativo de aproximadamente 50 idosos participantes. As atividades de yoga são coordenadas por uma profissional formada em Engenharia Ambiental que possui curso na área de yoga e relaxamento e as oficinas de práticas corporais (alongamentos e respiração) são coordenadas por um profissional de Educação Física, ambos contratados para prestar serviços ao Departamento da Política da Pessoa Idosa.

Em relação aos programas de atividade física para idosos desenvolvidos pela Secretaria de Assistência Social, a partir do relato de uma participante, observamos um desconhecimento sobre o que de fato é realizado neste programa, demonstrando que não se trata de uma ação intersetorial:

[...] não sei te dar os detalhes assim, porque já te falo é de outra secretaria, daí não sei te dar muito detalhe sobre isso, nós queria né, nós gostaria de ter um próprio da atenção primária né, mas próprio da saúde né me refiro, mas não temos, porque é super importante né (C11).

Um relato de experiência de um programa denominado “Programa Conviver” desenvolvidos pela Prefeitura do Município da Estância Balneária de Praia Grande – São Paulo, o qual foi proposto pela Secretaria de Assistência Social e atende mais de

5.200 pessoas idosas (MORAES; PINA; LIMA, 2020). O programa possui 13 profissionais de Educação Física que compõem a equipe multiprofissional, destacamos que essa equipe cultivou relações profissionais com a secretaria da saúde, especificamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), desenvolvendo ações como “palestras multidisciplinares, gincanas e treinamento em circuito, com objetivo de promoção de saúde, de prevenção de quedas, enfim, inúmeras campanhas de conscientização integrando o usuário da terceira idade, os familiares e a comunidade” (MORAES; PINA; LIMA, p.126, 2020).

De acordo com Azevedo, Pelicioni e Westphal (p. 1349, 2012) “os setores da educação e da ação social parecem ser os parceiros mais comuns nas ações intersetoriais das Políticas Públicas de Promoção da Saúde, apesar da evidente centralização no setor saúde”. Desse modo, entende-se que para alcançar efetivamente os idosos e promover saúde, são necessários esforços em conjunto para abranger a complexidade do assunto, sendo necessário congregando a atuação de diferentes secretarias municipais (SALIN *et al.*, 2011).

Para Dias *et al.* (p. 4381, 2014) a intersetorialidade “tem tudo a ver com a ESF”, que por sua vez, está inserida no contexto da APS, confirmando a importância da integração entre os diversos campos do saber e setores, se aproximando da realidade da população em que se pretende alcançar.

Porém, conforme evidenciado por Mendonça e Lanza (2020), um dos principais desafios encontrados no SUS é a legitimidade da intersetorialidade como medida central na gestão dos serviços e nas práticas de cuidado na APS.

Com relação à promoção da saúde e intersetorialidade na rede de atenção ao idoso, Oliveira *et al.* (2017) entrevistaram profissionais atuantes na atenção à pessoa idosa, nas secretarias de políticas sociais e de saúde de dez municípios do Estado de Minas Gerais e observaram que havia um distanciamento entre as ações realizadas pelos diferentes setores, bem como a dificuldade de integração entre os mesmos. Nesse sentido, a partir dos dados evidenciados na presente pesquisa, entendemos que as ações intersetoriais devem ser estruturantes do modelo de atenção à saúde dos idosos, para que possamos intervir de modo contextualizados às realidades de cada comunidade atendida pela APS.

4.3.3 Percepção das Coordenadoras Sobre a Proposta do Programa

A Tabela 6 apresenta a percepção das coordenadoras de UBS sobre a proposta do programa de atividades físicas para idosos.

Os resultados indicaram atitudes positivas em relação à proposta do programa apresentado, com maior frequência das expressões “interessante” (n=3) e “maravilhoso” (n=2).

Quanto aos aspectos da proposta que mais chamaram a atenção das coordenadoras, observamos que a “inserção do profissional de Educação Física nas unidades de saúde” (n=3) e a “atividade física na unidade de saúde” (n=2), destacaram-se na percepção dessas profissionais.

Tabela 6 - Percepção das coordenadoras sobre a proposta de um programa de atividade física para idosos.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | n | UNIDADE DE REGISTRO |
|---|---|---|---|
| Adjetivos relatados pelas participantes | Interessante | 3 | |
| | Maravilhoso | 2 | |
| | Legal | 1 | |
| | Importante | 1 | <i>“Eu percebo como muito interessante e essencial pra atingir mesmo os níveis de saúde né, de bem-estar biopsicossocial [...]” (C10)</i> |
| | Produtivo | 1 | |
| | Joia | 1 | |
| | Cem por cento | 1 | |
| | Complementar | 1 | |
| Aspectos que chamaram a atenção das participantes | Inserção do profissional de Educação Física nas unidades de saúde | 3 | <i>“De colocar um profissional [...] de educação física [...] nas unidades [...]” (C5); “[...] inserção do profissional de educação física na atenção primária [...]” (C8); “[...] o que mais me chamou atenção é a parte do educador físico [...]” (C11)</i> |
| | Atividade física na unidade de saúde | 2 | <i>“[...] aquela parte que você apresentou [...] dos exercícios no local [...]” (C2); “[...] você consegue captar essas pessoas [...] eles vão procurar talvez pela atividade física [...]” (C3)</i> |
| | Diminuição do sedentarismo | 1 | <i>“O que mais chamou [...] é o sedentarismo [...]” (C1)</i> |
| | Metodologia do planejamento do programa | 1 | <i>“Eu gostei muito da sequência de raciocínio [...] o método que você explicou [...]” (C4)</i> |
| | Avaliação do programa | 1 | <i>“[...] eu acho que a avaliação, pra gente conseguir olhar o que a gente tá fazendo e conseguir melhorar [...]” (C6)</i> |
| | Manutenção do programa | 1 | <i>“A importância que você falou, acho que para manter [...] continuar assim sem que a gestão atrapalhe[...]” (C7)</i> |
| | Equipe multiprofissional | 1 | <i>“A parte que você colocou assim da gente ter [...] a equipe né, multi [...]” (C9)</i> |
| | Oferta de atividade física para idosos na APS | 1 | <i>“A própria proposta de oferecer atividade física pros idosos, eu trabalho no SUS a muito tempo e isso nunca aconteceu” (C10)</i> |

Legenda: n= número de citações.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A categoria de análise “adjetivos relatados pelas participantes” foi identificada no momento inicial das respostas das entrevistadas, tais adjetivos foram considerados como subcategorias, que indicaram uma aprovação em relação à proposta apresentada, nesse sentido uma unidade de registro foi escolhida para representar

todas as subcategorias, entendendo que o conjunto de palavras exprimem um sentido semelhante (Tabela 6).

A partir das expressões identificadas nas falas, infere-se que as participantes aprovam a proposta. Esse fato, pode ter relação com a visibilidade dada pelo estado do Paraná ao processo de envelhecimento a partir de ações na saúde pública:

[...] o idoso está muito em alta nesse momento né, para nós aqui mais ainda por causa do planifica [...] (C4).

[...] nós temos um programa né, que é o planificasus que é atendimento, agora nesse momento na linha de cuidado do idoso [...] (C11).

Destaca-se que no Paraná a estratégia do PlanificaSUS, tem como propósito:

“[...] desenvolver competências, habilidades e atitudes necessárias às equipes técnicas e gerenciais para organizar, qualificar e integrar os processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH) com foco nas necessidades de saúde dos usuários” (PARANÁ, 2022).

A organização do trabalho na RAS acontece na linha de cuidado prioritária do Idoso (PARANÁ, 2022). Consideramos que a presente pesquisa está em consonância com as ações desenvolvidas pela Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, no sentido da promoção da saúde e qualidade de vida da população idosa.

A subcategoria “complementar”, foi incluída nas atitudes positivas, pois se relaciona com as ações de cuidado ao idoso que estão sendo desenvolvidas nas unidades de saúde do município:

[...] de atividade física não temo nada né, ainda... não conseguimos trabalhar com eles ainda nisso, então seria bom porque complementar também até o atendimento do planifica mesmo né, da linha de cuidado ao idoso, seria muito bom (C11).

Com relação à categoria “aspectos que chamaram a atenção das participantes”, esta apresentou uma maior amplitude de percepções das coordenadoras, propiciando um entendimento sobre a complexidade da proposta.

A subcategoria “inserção do profissional de Educação Física nas unidades de saúde” foi a mais frequente, e conota reconhecimento da importância deste profissional na Atenção Primária à Saúde do município:

[...] colocar um profissional de educação... de educação física né, nas unidades, que seria maravilhoso, porque não dá, um enfermeiro não tem tanta capacidade para isso né, porque tem coisas que só o profissional da educação física que sabe e a gente faz só o superficial, então seria muito bacana, muito bacana ter (C5).

[...] que alimentação e atividade física a gente tenta colocar para eles que é tão importante quanto o medicamento, às vezes mais importante né, mas é difícil deles entenderem, e a gente também... como a gente precisa de uma equipe multiprofissional né, então a gente queria muito que o educador físico fizesse parte da nossa unidade sim, porque a gente não tem formação né, para fazer exercício [...] (C8).

Eu penso que é só o educador físico mesmo, pra oferecer né, esse tipo de atividade, que é um profissional de saúde (C10).

[...] educador físico é superimportante né, porque o enfermeiro pode ter muita ideia, tem o médico, técnico da enfermagem podem ter muita ideia, mas o conhecimento da parte da educação física é [...] do educador físico (C11).

Tais dados demonstram avanços no sentido do reconhecimento do profissional de Educação Física na APS e dialogam com os achados de Coutinho (p. 105, 2005), que evidenciou a partir da percepção de gestores municipais de saúde (5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná) uma tendência “de que o profissional da Educação Física não é tido como um profissional da área da saúde”. Nesse sentido, compreende-se que ainda há muito que avançar para a efetiva inserção desse profissional nos serviços de saúde, entretanto, observa-se um movimento de mudança de paradigma, a partir da percepção das coordenadoras municipais de saúde de Irati (PR), mas que ainda não se traduziram em ações efetivas, como por exemplo a contratação desse profissional para atuar nas unidades de saúde do município.

Na subcategoria “atividade física na unidade de saúde”, observamos dois entendimentos possíveis, com relação ao desenvolvimento do programa na unidade de saúde, o primeiro deles é a falta de estrutura física adequada:

[...] a nossa unidade, como é uma unidade fechada... eu não tenho assim uma sala para eu tipo fazer um alongamento com eles, fazer uma reunião, ou até o próprio fisioterapeuta fazer isso né, então é o espaço físico é... é complicado sabe (C2).

De acordo com Bousquat *et al.* (2017), mesmo diante dos avanços verificados na APS do Brasil, ainda existe uma carência significativa na qualidade da estrutura das UBS no país. Este fator apresentou-se como limitante para a possibilidade de desenvolvimento do programa de atividade física na unidade de saúde.

O segundo entendimento possível, é a atividade física como forma de aumentar o engajamento dos idosos nas ações desenvolvidas na unidade:

[...] é interessante porque você consegue captar essas pessoas, porque quando eles não procuram a unidade por um motivo, eles vão procurar talvez pela atividade física [...] então a gente entende que é necessário né, que se faz necessário ter esse trabalho junto né, com a unidade de saúde (C3).

O grande desafio das políticas públicas para alcançarmos o envelhecimento ativo é aumentar o engajamento dos idosos mais velhos em atividade física, perante às novas configurações sociais em que o segmento de idosos com 80 anos ou mais apresenta crescimento relativo (COSTA; NERI *et al.*, 2019).

Conforme Eiras *et al.* (2010), a gratuidade de intervenções de atividade física para idosos e a proximidade do local de moradia do local da prática, são fatores importantes para a adesão e manutenção da prática de atividade física, a partir da percepção de idosos. Por isso, mais programas de atividade física para idosos na APS devem ser criados, para acompanhar o aumento no quantitativo desta população e abranger o máximo de pessoas nessa faixa etária, para que usufruam dos benefícios proporcionados pela prática regular de atividade física (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Ao analisarmos uma aproximação dos discursos das entrevistadas com o que o modelo RE-AIM pontua, enquanto dimensões de um programa, identificou-se que

ao utilizar a palavra “captar” a coordenadora (C3) se referiu à dimensão “alcance (*Reach*)” do modelo RE-AIM, que versa justamente sobre a população-alvo, ou seja, quem são as pessoas que o programa busca “alcançar” e quais estratégias utilizará para isso (BRITO *et al.*, 2018).

A subcategoria “diminuição do sedentarismo”, aparece como forma de justificar a importância de uma possível implementação do programa:

[...] se a gente conseguir implementar vai ser interessante porque é uma maneira né de tirar essas pessoas do sedentarismo e conseqüentemente melhorar a saúde deles também [...] (C1).

Evidenciando uma realidade da comunidade, na percepção da coordenadora e que corroboram a literatura científica da área, a qual aponta o comportamento sedentário em idosos como fator de risco à saúde, sendo associado a doenças crônicas, diminuições na aptidão física, baixa funcionalidade, assim como diminuição da cognição (LOZADO *et al.*, 2020).

O programa de atividade física para idosos que foi apresentado, foi elaborado a partir de quatro bases teóricas que originou a subcategoria “metodologia do planejamento do programa”, a qual se destacou entre os demais elementos na percepção da participante:

Eu gostei muito da sequência de raciocínio né, que... que é o método que você explicou, que eu acho que... que tudo que tá bem embasado tem chance grande de dar continuidade [...] (C4).

O planejamento e a posterior gestão e acompanhamento de um programa de atividade física em saúde pública pode ser determinante para que o mesmo seja bem-sucedido. Um estudo realizado no Estado de Santa Catarina evidenciou que programas de atividade física na APS que apresentaram algumas características como o controle de frequência, números e motivos de desistências, aplicação regular de instrumentos para avaliar a atividade física, apresentação de relatório aos participantes, estratégias de alcance e suporte da gestão municipal, foram consideradas práticas exitosas (MENDES, 2019).

A subcategoria denominada “avaliação do programa”, foi identificada como aspecto relativo à verificação das ações que poderão ser desenvolvidas no programa:

Porque quando você avalia o que você tá fazendo, você consegue perceber né, se você tá errando, se ele tá sendo eficaz se ele não tá sendo eficaz [...] ah, não tá dando certo... então a gente tem que traçar um novo planejamento para conseguir corrigir e chegar no resultado que a gente espera, que é a melhoria da qualidade de vida, né, que é sair do sedentarismo né, e se você não avaliar o teu trabalho ali, você pode ir fazendo de qualquer jeito e não vai tá evoluindo [...] (C6).

Em sua resposta, a coordenadora se referiu a eficácia, estando em consonância com a apresentação da proposta, pois no modelo RE-AIM a dimensão “Efetividade/ eficácia” tem como ponto central a avaliação do programa (BRITO *et al.*, 2018). Nesse sentido, reafirmamos a sua importância, haja vista que Mendes (2019) verificou que a avaliação não é uma prática recorrente nos programas de atividade física desenvolvidos na APS do Estado de Santa Catarina.

Destaca-se a importância da avaliação constante das ações desenvolvidas pelo programa, inclusive no que tange a identificação de possíveis modificações no programa, conforme recomendações do modelo RE-AIM (BRITO *et al.*, 2018).

Ao analisarmos a subcategoria “manutenção do programa”, esta pode ter se destacado na percepção da coordenadora, por estar relacionada com vivências anteriores que não foram sustentáveis ao longo do tempo:

Porque tudo que começa não termina... entendeu? começa legal o programa e daí acaba, começa e acaba, porque não tem apoio da gestão sabe, então é legal é um projeto bacana, como tantos outros que também tem, mas sempre tem um começo e bem curto e logo acaba por conta de... da gestão às vezes não tem um interesse sabe (C7).

Este relato dialoga com a dimensão “manutenção” do modelo RE-AIM, que aborda a capacidade de um programa se manter ativo e eficaz ao longo do tempo (BRITO *et al.*, 2018). A partir da percepção da coordenadora, a gestão é um determinante para a manutenção do programa:

[...] acho que é importante não só começar mas começar e manter, continuar assim sem que a gestão atrapalhe né, com a entrada e saída deles, acho que essa é importante (C7).

No documento orientador “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde”, uma importante estratégia para a manutenção do programa é buscar o apoio da gestão, prezando por um relacionamento “próximo e adequado com a gestão local, seja em nível de direção, coordenação ou secretaria pode contribuir para maiores investimentos e implementação de estratégias factíveis com as necessidades de desenvolvimento da ação” (BRASIL, p. 29, 2021).

Quanto a subcategoria “equipe multiprofissional”, observa-se a importância de várias abordagens profissionais para a heterogeneidade do processo de envelhecimento:

A parte que você colocou assim da gente ter né, fisioterapeuta lá... o educador físico acompanhando lá e a equipe né, multi [...] a gente ter essa equipe, não só uma pessoa, porque só eu enfermeira não consigo abrir a cabeça do diabético, do hipertenso e tudo mais né (C9).

Conforme Sá *et al.* (2021), alguns desafios podem apresentar-se para a atuação da equipe multiprofissional na APS como a precariedade da infraestrutura, insegurança frente a violência, déficits na comunicação multiprofissional, assim como potencialidades de sua atuação como o planejamento de ações de modo integrado e contextualizado com as demandas da população, intervenção tanto de forma individual quanto na coletividade, otimização do funcionamento das redes de atenção à saúde e qualidade na continuidade do cuidado aos usuários. Nesse sentido, frisamos a importância do compromisso das equipes multiprofissionais na busca pela garantia do atendimento integral em saúde.

Em relação a subcategoria “oferta de atividade física para idosos na APS”, observamos que na percepção da coordenadora, o fato da oferta do programa na unidade de saúde representa um importante estímulo para a prática de atividade física entre os idosos da comunidade:

[...] a gente pede atividade física né, inclusive para diminuir os índices de glicemia e hipertensão entre outros agravos e eles não fazem, provavelmente por falta de estímulo, que esse grupo seria um excelente estímulo (C10).

Realmente garantir aos idosos o acesso à programas de atividade física na APS é uma significativa estratégia de prevenção, promoção e educação em saúde (SÁ; CURY; RIBEIRO, 2016). Reafirmando os achados de Benedetti *et al.* (2020), a adesão e o engajamento dos idosos aos programas ainda se constitui em um desafio, e portanto, ações de atividade física nas unidades de saúde devem ser incentivadas e fortalecidas para oportunizar à população melhores condições de envelhecimento.

4.3.4 Percepção das Coordenadoras sobre os Resultados

A categoria “resultados esperados” se refere a projeção das coordenadoras em relação aos possíveis resultados que o programa poderá oferecer à população idosa atendida. Observamos que a subcategoria “melhoria dos níveis de saúde física e mental” obteve a maior frequência de citações, conforme a Tabela 7.

Tabela 7 - Percepção das coordenadoras sobre os resultados que a proposta de programa poderá oferecer à população idosa.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | n | UNIDADE DE REGISTRO |
|----------------------|--|---|---|
| Resultados esperados | Melhoria dos níveis de saúde física e mental | 5 | <i>“[...] resultado bem positivo [...] tanto pra fisicamente, como né [...] vão interagir entre eles” (C2); “É a questão de saúde mesmo [...]” (C3); “[...] diminuição dos casos de [...] diabetes, hipertensão, emagrecimento, obesidade [...] a questão de saúde mental dos idosos por eles estarem interagindo [...]” (C7); “Melhoria na condição de saúde em geral” (C10); “[...] a atividade física, além de que ajuda ao controle não farmacológico das doenças crônicas que eles podem ter, também psicologicamente ajuda [...]” (C11)</i> |
| | Diminuição do sedentarismo | 2 | <i>“[...] tirar os idosos do sedentarismo [...]” (C1); “A diminuição do sedentarismo [...]” (C5)</i> |
| | Melhoria da qualidade de vida | 2 | <i>“[...] a melhoria da qualidade de vida [...]” (C6); “[...] é a qualidade de vida né, do paciente [...]” (C8)</i> |
| | Melhoria da capacidade funcional | 1 | <i>“[...] funcionalidade do idoso né, eu acho que um programa nesse sentido ia ajudar bastante, de melhorar os índices de né, de funcionalidade [...]” (C4)</i> |
| | Diminuição do uso de medicamentos | 1 | <i>“Ah, o número da quantidade de medicação que eles usam [...]” (C9)</i> |

Legenda: n= número de citações.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para a elaboração das subcategorias nesta sessão, demos ênfase às primeiras indicações das coordenadoras, entendendo que estas representam o ponto central das unidades de contexto, entretanto, outras indicações realizadas foram contempladas nas discussões da categoria.

A subcategoria “melhoria dos níveis de saúde física e mental” retrata dados que atualmente podem ser considerados um consenso na literatura científica da área, o fato de que a atividade física pode agregar benefícios à saúde física e mental dos idosos (FAUSTINO; NEVES, 2020).

O estudo que originou o capítulo de recomendações de atividade física para idosos do Guia de Atividade Física para a População Brasileira, traz um quadro

elencando os principais resultados sobre atividade física para idosos, disponíveis na literatura científica da área até o momento (RAVAGNANI *et al.*, 2021). Os benefícios foram organizados em quatro grupos, compreendendo características morfológicas, neuromusculares, cardiometabólicas e comportamentais, com efeitos na saúde óssea, força muscular, equilíbrio, flexibilidade, redução do risco de quedas, melhoria do consumo máximo de oxigênio e pressão arterial, desempenho cognitivo, ansiedade, qualidade de vida e sono (RAVAGNANI *et al.*, 2021).

Estudo realizado com idosos cadastrados no projeto de extensão “Vida Ativa” da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), da Universidade Federal de Alfenas/MG, em que utilizaram um protocolo de atividade e exercício físico durante dez intervenções com duração de 60 minutos e foram avaliados antes e após dez intervenções, foi identificado melhoria estatisticamente significativa ($p=0,01$) no desempenho dos membros inferiores, na comparação (pré e pós) por meio do *Short Physical Performance Battery* (SPPB)⁸, indicando que a prática de atividade física pode promover um envelhecimento funcional (VALDEVITE *et al.*, 2018).

Em uma revisão sistemática identificou-se melhoria da capacidade física e cognitiva associada a prática de atividade física em idosos no Brasil, sugerindo que estas “favorecem a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis, aumentam a mobilidade física, ajudam a manter a capacidade funcional e cognitiva para as atividades de vida diária e conseqüentemente melhoram a qualidade de vida desta população” (FAUSTINO; NEVES, p. 9, 2020).

Ainda, em um estudo envolvendo 465 idosos, divididos em quatro grupos, sendo grupo das danças, grupo de ginástica, grupo de prática dupla, relativo ao grupo de idosos que participavam de 2 tipos de programas de atividade física e o grupo de idosos não praticantes de nenhum tipo de programa de atividades físicas regulares (ALMEIDA; MOURÃO; COELHO, 2018). Identificou-se que “a prática regular de atividade física realizada pelos grupos de idosos de diferentes programas de exercício físico comparativamente ao grupo de idosos não praticantes de atividade física, exerceu efeito significativo na função cognitiva, depressão e satisfação com a vida”, independentemente do tipo de programa de atividade física que o idoso participava (ALMEIDA; MOURÃO; COELHO, p. 401, 2018).

⁸ Short Physical Performance Battery (SPPB) é composto de três testes que avaliam, o equilíbrio em pé, a velocidade da marcha em passo habitual e indiretamente, a força muscular dos membros inferiores, por meio de sentar e levantar da cadeira (VALDEVITE *et al.*, 2018).

Observamos que a subcategoria “diminuição do sedentarismo”, foi mencionada por duas coordenadoras (C1; C5) como justificativa dos resultados que o programa poderá oferecer a população idosa, esta temática foi mencionada anteriormente por uma dessas coordenadoras (C1) quando questionada sobre a sua percepção em relação à proposta, entretanto, nesta categoria traremos diferentes perspectivas suscitadas:

A diminuição do sedentarismo né... a diminuição do sedentarismo, seria até um lazer para comunidade, porque (bairro) é uma comunidade né, uma colônia de 4 mil habitantes, as pessoas não têm muito o que fazer [...] (C5).

Investigação sobre a efetividade de intervenções informativas, por meio de grupos de aconselhamento, nos aspectos comportamentais relacionados à atividade física, comportamento sedentário e lazer em idosos participantes do programa Atividades Físicas e Recreativas para Terceira Idade, da Universidade Federal de Uberlândia, da cidade de Uberlândia-MG, identificou que “as intervenções realizadas melhoraram significativamente os dados do comportamento sedentário e mostraram uma tendência de melhora para os níveis de atividade física e envolvimento em atividades de lazer Físico/Esportivas e Intelectuais” (BRITO *et al.*, p. 97, 2019). Nesse sentido, é imprescindível proporcionar aos idosos o entendimento sobre o envelhecimento ativo e saudável, por meio de ações e programas mistos (teoria e prática) que unam a atividade física e educação em saúde.

Identificamos que a subcategoria “melhoria da qualidade de vida” surgiu e foi justificada pelo fato da interação dos idosos com outras pessoas e a oportunidade de saírem dos seus domicílios:

Ah... a melhoria da qualidade de vida [...] no dia a dia eles são sozinhos né, não se reúnem muito com outras pessoas, então conseguem sair das suas casas e ter uma interação com outras pessoas da mesma faixa etária inclusive” (C6).

[...] é a qualidade de vida né do paciente né e a busca da qualidade de vida física e mental também né, não só... que hoje em dia tem muito problema, tem muito idoso com depressão, com problema emocional né, então eu acho que o

fato deles saírem de casa já saíram do ambiente deles já é muito importante para eles” (C8).

Os efeitos da atividade física na qualidade de vida dos idosos vêm sendo amplamente discutidos na literatura. Conforme observamos em revisão integrativa da literatura realizada por Sousa (p.431, 2019), que identificaram benefícios como: “evita o isolamento, menor as chances de depressão, melhora também a capacidade funcional e cognitiva, além de proporcionar um melhor relacionamento familiar e social”.

Em pesquisa realizada com idosos usuários de duas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma cidade situada no norte de Minas Gerais, Almeida *et al.* (2020) observaram por meio da aplicação dos questionários mini mental (MEEM) e WHOQOL-OLD, que os idosos que praticam atividade física apresentaram boa qualidade de vida nas facetas “funcionamento do sensório”, “autonomia”, “atividades passadas, presentes e futuras”, “participação social” e “intimidade”, exceto a faceta “morte e morrer”, podendo estar relacionada ao indivíduo que se imagina no final da vida e convive com perdas de pessoas próximas.

Sobre a subcategoria “melhoria da capacidade funcional” observamos uma relação com as atividades desenvolvidas na unidade de saúde:

[...] a gente trabalha muito na atenção primária com a questão da funcionalidade do idoso [...] e de ter um acompanhamento mais próximo com a unidade de saúde [...] (C4).

Com a Rede de Atenção Integral de Saúde do Idoso, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, lançou o documento “Avaliação multidimensional do idoso”, que apresenta alguns instrumentos de avaliação multidimensional para idosos e preconiza a utilização do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) para a identificação do idoso frágil (estratificação de risco), a ser realizada na APS (PARANÁ, 2018):

[...] no contexto da atenção básica temos uma classificação e essa classificação dos idosos nessa base, é que você conseguiria fazer o tipo de atividade física para cada um, todos os idosos não são iguais né, você faz a

estratificação do idoso que é um instrumento que nós temos que é IVCF-20 [...] (C11).

Este instrumento avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em idosos, desse modo a capacidade funcional do idoso assume uma posição central nos serviços da APS direcionados a essa população, objetivando a diminuição do risco de declínio funcional dos idosos (MORAES *et al.*, 2016).

Identificamos a subcategoria “diminuição do uso de medicamentos” por meio da relação, indicada pela coordenadora, entre a atividade física e a redução do uso de medicamentos:

[...] qualquer coisa, dor muscular... vou tomar um remédio, mas quem sabe um alongamento, que ele não faz... a hipertensão, será que é hipertensão por ele usar muito sal? Mas quem sabe uma atividade, um futebol, uma caminhada, um exercício físico, vai melhorar para ele sim (C9).

Um estudo de revisão de literatura buscou apresentar as evidências sobre a atividade física e/ou exercício físico e sua relação com o uso de medicamentos, demonstrando que há evidências científicas sobre a associação inversa entre a prática regular de atividade física e o consumo de medicamentos, bem como, o efeito potencializador da atividade física pois:

[...] em muitos casos, o tratamento exige medicação de forma contínua e, então, a atividade física entra como tratamento não-medicamentoso para maximizar os resultados que seriam obtidos apenas com o medicamento, assim obtendo melhores resultados para controle da doença (SANTOS; MATSUDO, p. 156, 2018).

Um estudo teve como objetivo analisar a associação de indicadores de atividade física com o uso de medicamentos anti-hipertensivos em adultos e idosos hipertensos usuários do SUS em Florianópolis, Santa Catarina (BARCELOS *et al.*, 2019). Os autores observaram que a prática regular de atividades físicas parece ser um fator de proteção para menor uso de medicamentos anti-hipertensivos em idosos usuários do SUS de Florianópolis (BARCELOS *et al.*, 2019).

Portanto os benefícios proporcionados aos idosos pela prática regular de atividade física têm sido amplamente evidenciadas na literatura científica da área,

sendo necessários investimentos em políticas públicas que priorizem a inserção da atividade física nos ambientes comunitários e proporcionem condições para as equipes multiprofissionais desenvolverem ações de promoção da saúde.

4.3.5 Potencial da Proposta do Programa em Alcançar os Objetivos

A maioria das coordenadoras (n=10) relataram “potencialidades” sobre a capacidade do programa alcançar os objetivos propostos, sendo que destas, três indicaram potencial dependente de alguma condição, originando a categoria “potencialidades dependentes”, conforme tabela a seguir.

Tabela 8 - Percepção das coordenadoras sobre o potencial da proposta do programa em alcançar os objetivos.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | n | UNIDADE DE REGISTRO |
|-----------------------------|--|---|--|
| Potencialidades | Promoção da atividade física | 2 | “Claro, sim, sem dúvida [...] precisam de estímulo pra fazer atividade física [...]” (C10); “[...] tem potencial sim [...] é uma forma de pensar nesses idosos [...] e demonstrar para eles, que eles podem fazer isso, podem fazer essa atividade física [...]” (C11) |
| | Implementação | 1 | “Tem muito potencial [...] porque não é difícil de fazer né, os gestores tem que implantar [...]” (C5) |
| | Interesse da população idosa e das unidades de saúde | 1 | “Tem potencial sim [...] porque os idosos vão querer né, acho que as unidades também tem... tem interesse em fazer essa proposta [...]” (C7) |
| | Resultados nos níveis de saúde dos idosos | 1 | “Com certeza [...] pelo impacto né, pelo impacto bom que vai acontecer na saúde dele né” (C8) |
| | Qualidade de vida do idoso e da família | 1 | “Ah com certeza [...] eu acho que melhora a qualidade da família, não só do idoso” (C9) |
| Potencialidades dependentes | Engajamento dos idosos | 2 | “Sim, acho que se tiver a participação da população [...]” (C1); “Tem, tem potencial [...] só depende do idoso querer fazer” (C2) |
| | Planejamento do programa | 1 | “Acredito, tem sim, sendo assistido, bem planejado, bem executado [...]” (C6) |
| | População-alvo | 1 | “Eu acho que ela tem potencial, mas [...] toda a população da área de abrangência da unidade é uma população bem grande [...]” (C4) |
| Limitações | Pouca adesão dos idosos ao programa | 1 | “Na minha comunidade eu acredito que ele não consiga atingir esse potencial [...] principalmente a questão do... deles não aderir pelo... por não ter esse tempo disponível para ir no programa, participar do programa” (C3) |

Legenda: n= número de citações.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A categoria “potencialidades” foi composta por percepções que indicaram afirmativas com relação a capacidade que o programa tem em alcançar os objetivos propostos, originando subcategorias com elementos específicos e relativos à percepção das coordenadoras.

Nessa categoria, a subcategoria “promoção da atividade física”, apresentou caráter de oportunizar aos idosos da comunidade de abrangência das unidades de saúde, o acesso a programas e ações de atividade física direcionadas para atender às demandas dessa população.

Em estudo realizado a partir da análise de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, verificou-se uma baixa adesão dos idosos brasileiros à prática de atividade física, e participação em programas públicos, bem como “uma pequena parcela das pessoas idosas brasileiras relatou conhecer, mas não participar e conhecer e participar de programas públicos de atividade física” (DOURADO *et al.*, p. 11, 2021). Evidencia-se a necessidade de ampliar o acesso dessa população a locais e programas públicos de incentivo à prática de atividade física, com ações de divulgação nos meios de comunicação e comunidade.

Esta subcategoria articula-se com a dimensão alcance do modelo RE-AIM, que foi apresentada às coordenadoras, abordando três aspectos principais, a população-alvo do programa, as estratégias de divulgação e recrutamento dos participantes e as formas de avaliação do alcance, como forma de planejamento para alcançar de fato os objetivos propostos para o programa.

Conforme observamos na unidade de registro referente à subcategoria “implementação”, indica uma responsabilidade da gestão em concretizar os investimentos necessários para a implementação do programa:

[...] da mesma forma que tem técnico de enfermagem, enfermeiro uma equipe multidisciplinar e nada mais justo que colocar um profissional e vai ser um benefício também né, para a comunidade, para o usuário do SUS, do posto de saúde (C5).

Sabe-se que o processo de implementação de um programa envolve vários setores. De acordo com estudo realizado no município de São José-SC, que entrevistou 116 idosos participantes de grupos de convivência, 19 coordenadores, dois dirigentes administrativos do município e um representante do Conselho Estadual do Idoso de Santa Catarina, torna-se importante “estabelecer parcerias com instituições públicas ou privadas, como universidades, associações de moradores, clubes, centros sociais, entre outros”, mas a gestão municipal deve assumir uma posição central (SALIN *et al.*, p. 206, 2011).

Esta subcategoria está diretamente relacionada com a dimensão “implementação” do modelo RE-AIM, fator que pode ter contribuído com a percepção positiva das coordenadoras sobre o planejamento do programa e seu potencial em alcançar os objetivos propostos, visto que está relacionada ao protocolo de intervenção e a estrutura necessária ao seu desenvolvimento.

A partir da percepção da coordenadora, existe “interesse da população idosa e das unidades de saúde” em aderir ao programa, retratando uma realidade local. Estes dados dialogam com a dimensão “Adoção” do modelo RE-AIM que está relacionada aos locais e equipes de intervenção dispostos a iniciar/ aderir ao programa (BRITO *et al.*, 2018).

Estudos apontam que é necessária a descentralização das ações e programas de atividade física para idosos, com o intuito de criar mais possibilidades de acesso aos mesmos e que haja maior proximidade com as características de cada comunidade (SALIN *et al.*, 2011; SÁ; CURY; RIBEIRO, 2016).

Conforme Ferreira *et al.* (2019), ao analisarem dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, identificaram que entre os grupos etários, a faixa etária dos idosos (60 anos ou mais) foi a que apresentou maior percentual de participação na prática de atividade física em programas públicos no Brasil (16,0%). Esse dado vem ao encontro da percepção da coordenadora, que apontou um interesse dos idosos em participar do programa, sugerindo a importância de maiores investimentos na oferta e expansão desses programas, configurando-se em estratégias de promoção da saúde nos contextos locais e regionais.

Outra subcategoria identificada foi a “resultados nos níveis de saúde dos idosos”, que traz a questão dos benefícios que serão proporcionados à saúde dos idosos, como justificativa para a afirmação de que o programa tem potencial de alcançar os objetivos. Observamos que tais dados retratam uma ideia de resultados que o programa poderá oferecer, as quais foram apresentadas na sessão anterior (6.4).

Com relação à subcategoria “qualidade de vida do idoso e da família”, observamos a partir da percepção da coordenadora, que o potencial do programa em alcançar seus objetivos pode ser adicionado às famílias dos idosos que participarem do mesmo.

Estudo se propôs a verificar a funcionalidade familiar de idosos assistidos por uma unidade de saúde da família de Vitória-ES e sua associação com o perfil

socioeconômico, arranjo familiar e condições de saúde/hábitos de vida, observou-se que existe relação entre funcionalidade familiar e a qualidade de vida, e a capacidade funcional preservada demonstrou manter uma boa dinâmica familiar, tendo em vista uma funcionalidade familiar normal”, sugerindo que a manutenção da capacidade funcional dos idosos é uma importante estratégia para o envelhecimento saudável e que pode ser realizada pelas equipes multiprofissionais nas unidades de saúde (SUZANA *et al.*, p. 126, 2021).

O processo de senescência e diminuição da capacidade funcional influenciará no grau de dependência da pessoa idosa, interferindo diretamente na sua vida e de sua família, nesse sentido, as equipes multiprofissionais da APS podem oferecer suporte às famílias por meio da identificação de fragilidade dos idosos, orientações sobre o autocuidado e autocontrole aos membros da família, além de promover intervenções que visem mitigar e eliminar fatores de risco relacionados com a capacidade funcional (BRITO *et al.*, 2019).

A categoria “potencialidades dependentes”, originou as subcategorias que apresentaram uma perspectiva de afirmação do potencial da proposta mediante algumas condições que necessitam ser averiguadas.

Duas coordenadoras indicaram a dependência do “engajamento dos idosos” para que o programa possa alcançar os objetivos propostos, indicando um receio em relação à participação dos idosos no programa.

Em estudo realizado no município de Pelotas-RS, objetivou identificar os motivos pelos quais idosos aderem a programas de atividade física, e os resultados apontaram que a maioria deles busca evitar ou prevenir problemas de saúde, ou por recomendação/ aconselhamento médico e manter a flexibilidade ou ficar mais ágil (RIBEIRO *et al.*, 2012). Outros motivos foram identificados, porém com menor prevalência como: ajudar a superar o estresse ou diminuir a tensão; recuperação de lesão ou melhoria de doenças; ocupação do tempo livre com atividade prazerosa; estética e ficar mais alegre e ter mais prazer de viver (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Em revisão de escopo realizada com o objetivo de identificar as barreiras à prática de atividade física em idosos, observou-se que “as barreiras intrapessoais são as mais percebidas pelos idosos brasileiros, sendo a barreira “dor, doença e/ou lesão” a mais frequentemente mencionada, seguida das barreiras “falta de segurança”; “medo de cair/se machucar” e “sentir-se suficientemente ativo”” (SOCOLOSKI *et al.*, 2021).

Conforme as unidades de registro indicam essa dúvida das coordenadoras (C1; C2) sobre a participação dos idosos no programa, ponderamos que no planejamento do programa, bem como na apresentação da proposta, algumas estratégias relacionadas a dimensão alcance do modelo RE-AIM foram mencionadas, como a realização de entrevistas com os idosos moradores do território de abrangência das unidades de saúde que não participarem do programa, com vistas a identificar quais são os motivos que impedem a sua participação.

A subcategoria “planejamento do programa”, indica a necessidade de um acompanhamento do programa, para que este, possa alcançar seus objetivos.

De acordo com Bezerra *et al.* (p. 13, 2019) a “falta de planejamento das ações coletivas, falta de infraestrutura e apoio de gestão, fragilidades de diferentes ordens e de compartilhamento, inadequação e insuficiência de recursos necessários para a realização do trabalho cotidiano”, dificultam o trabalho desenvolvido pelas equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família.

Com relação à subcategoria “população-alvo”, foi relatada pela preocupação da coordenadora, em não ter condições de atender a todos os idosos da comunidade levando em consideração a grande heterogeneidade, indicando a necessidade de diminuir a abrangência da proposta e delimitar a população-alvo com critérios mais específicos:

[...] eu acho que ela tem potencial, mas tem alguns pontos que precisam ser revistos, se nós vamos realmente buscar toda a população, se a gente vai elencar a população que procura a unidade, daí acho que a gente pode repensar melhor né, porque assim toda a população da área de abrangência da unidade é uma população bem grande bem extensa, mas a população que procura a unidade, acho que a gente já pode pensar numa maneira melhor (C4).

[...] então acho que poderia se repensar aí de... dessa população selecionada ser as pessoas atendidas na unidade de saúde com perfil pra... poderia criar um questionário por exemplo né, para fazer... ou de repente mesmo pela estratificação de risco né, aqueles pacientes que não tivessem limitação física né, na parte da estratificação de risco, porque tem né, que sofreu, o tempo de marcha né, então acho que nesse ponto que teria que repensar qual seria a população que desejamos atingir né, eu acho que a população toda acima de

60 anos fica assim, além de ficar uma população muito grande, como eu falei nós não conhecemos a nossa população e de repente sendo as pessoas que a gente, que procuram a unidade acho que teria uma chance maior de dá certo (C4).

Com base nos estudos encontrados na revisão sistemática da literatura (1ª etapa da pesquisa), identificamos alguns critérios de inclusão que podem servir como base para a estratificação das pessoas: ter 60 anos ou mais; residir no território de abrangência da unidade de saúde; não apresentar comprometimentos graves de saúde física e/ou mental; declarar interesse em participar do programa. Importante ponderar que outros critérios de inclusão e/ou exclusão podem ser elencados de acordo com a realidade de cada unidade de saúde.

Entendendo que a velhice se estabelece em diferentes formas para cada indivíduo, influenciada pela heterogeneidade da população relacionada à renda, saúde, escolaridade, etc (MINÓ; MELLO, 2021), torna-se pertinente a identificação das características dos idosos que participarão de um programa de atividade física, para que o planejamento das intervenções ocorra em função das suas necessidades e potencialidades.

Contrastante com a maioria das participantes da pesquisa, observamos que uma coordenadora indicou aspectos limitantes em relação ao potencial do programa em alcançar os objetivos propostos, originando a categoria “limitações”. A justificativa para esta percepção encontra-se na subcategoria “pouca adesão dos idosos ao programa” que pautou-se nas especificidades da comunidade:

[...] vou falar um pouquinho ali da minha realidade [...] é uma comunidade muito grande né, a gente hoje atende mais ou menos 18 mil pessoas na área né, desse montante quase que vamos dizer aí uns 40% são idosos, mas são idosos que não aderem muito a nenhum tipo de atividade diferenciada na unidade sabe, eles não têm assim uma procura, eles não têm um interesse e também não tem uma... um entendimento da importância disso, a gente tenta ressaltar isso, mas eles não... até porque ali como é uma comunidade mais carente, vamos dizer assim né, em sua grande maioria esses idosos, eles são pais de família, são avós né, são babás, são cuidadores, então eles tem essa rotina de cuidar dos netos e acabam não cuidando da saúde deles no geral, eles cuidam da família, mas não cuidam deles, então é... talvez tenha essa adesão, mas não numa porcentagem que seria o ideal né, pra comunidade (C3).

Um estudo identificou que esta é a realidade de muitos idosos que assumem o papel de cuidadores dos netos, para os pais poderem trabalhar, indicando a necessidade de que políticas públicas olhem para essa realidade e visem a garantia de acesso a essas pessoas aos serviços de atenção ao idoso a fim de melhorar a sua saúde e qualidade de vida (BRAGATO, 2020). Reafirmando a necessidade dos atores sociais responsáveis pelas ações do programa, buscarem se aproximar ao máximo da realidade dos idosos da comunidade de abrangência da unidade de saúde, para conhecer os fatores potenciais e limitantes para a sua adesão, objetivando a garantia de acesso ao programa.

4.3.6 Viabilidade de Implementação do Programa

Quando questionadas sobre a viabilidade de implementação da proposta do programa de atividade física para idosos nas unidades de saúde, observamos que das onze coordenadoras, dez indicaram afirmação, embora que algumas relataram condições para tal resposta, originando duas categorias de análise distintas, porém com a resposta afirmativa em comum, sendo a “viabilidade” e “viabilidade dependente”. Ainda uma coordenadora indicou que momentaneamente não seria viável a implementação da proposta, revelando a categoria “aspectos limitantes dependentes”. Na Tabela 9 estão apresentadas as informações referentes as percepções sobre a viabilidade de implementação do programa.

Tabela 9 - Viabilidade de implementação do programa a partir da percepção das coordenadoras.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | n | UNIDADE DE REGISTRO |
|---------------------------------|---|---|---|
| Viabilidade | Ocupação do ócio | 1 | <i>“Demais da conta [...] por ser uma colônia, eles não tem muito o que fazer e às vezes eles buscam a unidade só para conversar [...]” (C5)</i> |
| | Adesão dos idosos | 1 | <i>“Acredito que sim [...] a gente sabe já boa parte dos idosos que tem na nossa unidade [...] eles são bem receptivos [...] são bem adeptos” (C7)</i> |
| | Demanda da comunidade | 1 | <i>“[...] muito viável [...] os idosos que frequentam a unidade de saúde [...] eles precisam de atividade física e eu percebo que eles não fazem por falta de estímulo [...]” (C10)</i> |
| | Disponibilidade de estrutura e interesse da equipe | 1 | <i>“De zero a dez... dez, pra gente conseguir implantar lá na minha unidade [...] espaço eu tenho, vontade eu tenho, equipe eu tenho para dar suporte, eu tenho uma clientela que é muito aberta para isso [...]” (C9)</i> |
| Viabilidade dependente | Gestão municipal | 2 | <i>“[...] eu acredito que é viável [...] vai depender da vontade da gestão [...]” (C6); “Com certeza [...] mas muitas coisas não dependem de nós né, dependem da gestão [...]” (C8)</i> |
| | Recursos financeiros | 2 | <i>“Eu acho que é, mas a gente vai bater na parte financeira [...] a administração vai olhar o gasto [...] (C2); “Eu acho que sim [...] depende da parte orçamentária, que as vezes não depende de nós [...] (C11)</i> |
| | Adesão da comunidade | 1 | <i>“Eu acho que sim, eu acho que é uma tentativa [...] é um trabalho de formiguinha [...] a comunidade começa a aderir melhor né, ao programa [...]” (C3)</i> |
| | Estrutura física | 1 | <i>“Sim [...] a gente até tem uma dificuldade na... se for pensar na minha unidade de saúde até mesmo pelo espaço físico [...] a gente podendo usar o espaço público ali, creio que sim [...]” (C1)</i> |
| Aspectos limitantes dependentes | Estratificar os idosos do território de abrangência da unidade de saúde | 1 | <i>“Por enquanto não [...] eu não conheço a minha população, eu não sei quem são meus idosos [...] eu acredito que mais ou menos daqui uns seis meses a gente já conseguiu ampliar os nossos processos pra parte de prevenção em saúde né, que seria daí atividade física [...]” (C4)</i> |

Legenda: n= número de citações.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Com relação a categoria “viabilidade”, esta se referiu as respostas afirmativas e as subcategorias correspondentes são relativas as justificativas para tal.

No que concerne a subcategoria “ocupação do ócio”, observamos uma realidade específica daquela comunidade, em que, a partir da percepção da coordenadora, os idosos buscam a unidade de saúde inclusive para conversar:

[...] e aí tendo isso, é um meio também deles saírem de casa praticar uma atividade física, saber, conhecer um pouquinho mais sobre a saúde né, e é coisa nova né (C5).

Nesse sentido, o programa viria ao encontro das demandas desses idosos, pois conforme relato da coordenadora eles mesmos buscam a unidade como atividade do seu cotidiano na comunidade.

Importante compreender que o programa não deve ser pensado apenas como forma de ocupar o ócio dos idosos, mas conforme observamos que programas direcionados a população idosa devem prezar por uma visão ampliada que contribua para o envelhecimento ativo e saudável considerando as “diferenças sociodemográficas e os comportamentos de saúde para a prática e/ou manutenção da atividade física de lazer entre os idosos” (FERREIRA; MARQUES; LUIZ, p.7, 2020).

A subcategoria “adesão dos idosos” retrata uma maior proximidade da unidade de saúde com os idosos da comunidade e complementarmente a subcategoria “demanda da comunidade”, traz a ideia de que os idosos precisam da garantia do acesso e oportunidades nas suas localidades para frequentar essas atividades:

[...] bem fácil de se ter contato com eles [...] essas novas coisas que a gente chama na unidade eles sempre vão, a gente sempre faz algumas coisas com eles lá pra fazer estratificação de risco, consulta, aí eles sempre vão [...] (C7).

[...] por falta de alguém que diga: olha ali tem, vamos juntos né, então se tiver perto, a área é pequena, vai ser excelente (C10).

Observou-se que os programas de atividade física desenvolvidos no contexto da APS no Brasil, são desenvolvidos nas unidades de saúde ou outros espaços comunitários próximos, fator este que pode beneficiar populações vulneráveis que precisam de acesso à promoção da saúde e prevenção e/ou controle de DCNT (GOMES *et al.*, 2014).

A identificação da subcategoria “disponibilidade de estrutura e interesse da equipe” foi um tanto inesperada, visto que a literatura apresenta um cenário de carência estrutural das unidades de saúde para o desenvolvimento dos programas (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Porém o interesse relatado pela coordenadora pode ser

relacionado com as percepções positivas das coordenadoras sobre a proposta do programa, entretanto, um estudo identificou que a falta de estrutura física e de pessoal estava entre as dificuldades mais citadas para funcionamento dos programas municipais de promoção da atividade física (AMORIM *et al.*, 2013).

Nesse sentido reforça-se a importância da implementação de ações de formação continuada em promoção da saúde, ampliando as possibilidades de intervenção das equipes multiprofissionais quanto a promoção da atividade física (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A categoria “viabilidade dependente”, apresenta as percepções positivas perante a implementação da proposta, mas com algumas condições para sua efetividade.

As subcategorias “gestão municipal” e “recursos financeiros” retratam temas em comum, a primeira se refere a intencionalidade necessária a gestão municipal para que o programa seja concretizado e a segunda diz sobre os esforços financeiros que devem ser angariados pela gestão. Os dados permitem analisar uma relação hierarquizada, em que as coordenações dependem da gestão municipal para implementar programas como o que foi apresentado na presente pesquisa:

[...] então, às vezes a gente quer muito, muitas coisas, mas pela parte burocrática, nem sempre a gente consegue né (C8).

Estudo identificou que políticas públicas de atividade física para idosos podem gerar ganhos econômicos para as gestões municipais, com redução de gastos com internações hospitalares e de recursos humanos, entretanto, tais benefícios administrativos parecem não resultar em mobilização efetiva dos profissionais que trabalham nas prefeituras municipais com o objetivo de promover a saúde populacional, no sentido de atentar-se a relevância de iniciativas coordenadas entre os setores da administração pública, direcionadas ao envelhecimento saudável (BENEDETTI; GONÇALVES; MOTA, 2007).

A subcategoria “adesão da comunidade” surge como aspecto dependente para a viabilidade de implementação, assim como já analisado e discutido no item 6.5 deste capítulo.

Com relação a subcategoria “estrutura física”, observamos que esta, foi colocada pela coordenadora como condição para a viabilidade, entretanto, na

continuação de sua resposta, percebeu uma possibilidade de superação dessa limitação:

Sim, na verdade é do outro lado da rua, tem a praça né, tem a praça ali que também... então na verdade seria... se fosse o caso, teria que ser utilizado ali a praça em si (C1).

Pensando no território de abrangência da unidade de saúde, a coordenadora indicou a possibilidade de utilização de uma praça pública próxima da unidade para viabilizar a implementação da proposta. Nesse sentido duas questões são apresentadas: a falta de estrutura na unidade de saúde, e a possibilidade de utilização dos ambientes comunitários.

Conforme analisado no item 6.3, a falta de estrutura adequada para o desenvolvimento de programas de atividade física ainda é vivenciada no Brasil, algumas estratégias vêm sendo utilizadas como a utilização de igrejas/centros comunitários e calçadas/ruas (AMORIM *et al.*, 2013).

A categoria “aspectos limitantes dependentes” foi originada pela resposta negativa à viabilidade de implementação, porém com indicação de algumas condições para a reversão do quadro como “estratificar os idosos do território de abrangência da unidade de saúde”, conforme analisado no item 6.5, para diminuir a abrangência da proposta e delimitar a população-alvo.

4.3.7 Disponibilidade de Profissionais

A maioria das coordenadoras relataram indisponibilidade de profissionais nas unidades de saúde para atuar no programa, conforme observamos na Tabela 10, a seguir.

Tabela 10 - Disponibilidade de profissionais nas unidades de saúde para atuar no programa.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | n | UNIDADE DE REGISTRO |
|----------------------------|---------------------------------------|---|--|
| Indisponibilidade | Falta de profissionais e funcionários | 6 | <i>“Não [...] falta de funcionários... então os funcionários estão todos sobrecarregados [...]” (C1); “[...] hoje na minha unidade não tem [...] a gente atende muita gente [...] não tem funcionário [...] (C2); “Não [...] precisaria de mais profissionais [...] (C3); “Não [...] nós somos em duas apenas [...] (C6); “Não [...] não tenho profissional [...]” (C9); “Não, isso não” (C10)</i> |
| Disponibilidade | Profissionais da unidade de saúde | 4 | <i>“Eu tenho, tem alguns agentes comunitários [...] estagiárias do curso de técnico enfermagem [...] eu tenho uma técnica de enfermagem também [...] (C4); “Eu, só tem eu” (C5); “[...] sim, talvez alguém dos agentes comunitários [...] (C7); “Tem, nós temos profissionais [...] temos enfermeiro [...] temos uma médica [...] (C11)</i> |
| Disponibilidade dependente | Tem o profissional, mas não é o ideal | 1 | <i>“[...] tem eu como enfermeira e tem o médico [...] mas assim eu... como eu já te falei né, da importância do profissional capacitado para fazer isso né, que a gente não tem [...]” (C8)</i> |

Legenda: n= número de citações.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A categoria “indisponibilidade”, foi justificada pela subcategoria “falta de profissionais e funcionários”, apresenta uma realidade recorrente nas unidades de saúde:

[...] eu tenho um técnico de enfermagem, o resto é tudo é estagiário... estagiários de técnico de enfermagem e eu de enfermeira, a gente não tem funcionário, a mão de obra nossa tá muito pequena, assim e defasou né... pessoal se aposentou, saiu, tem gente de férias, tem gente de atestado com essa pandemia que teve também saiu bastante gente... a gente não tem funcionário (C2).

Estudo realizados com técnicos de enfermagem atuantes na APS, verificou que a falta de recursos humanos é um dos elementos que mais contribuem negativamente

para o aumento da carga de trabalho desses profissionais, para atender à crescente demanda nas unidades de saúde (SCHERER *et al.*, 2016).

A insuficiência de recursos humanos, apresenta-se como um dos maiores desafios para a consolidação da APS no Brasil (BOUSQUAT *et al.*, 2019). De acordo com estudo realizado no município de Montes Claros–MG, observou-se uma realidade precária dos vínculos empregatícios de profissionais que atuavam na Estratégia de Saúde da Família, com poucas garantias trabalhistas ou assistenciais e um quadro de instabilidade profissional (GONÇALVES *et al.*, 2014). Os autores afirmam que:

Os recursos humanos na atenção primária são elemento essencial para obtenção de performance satisfatória no contexto das RASs, pois devem estar preparados para atuar como protagonistas nos sistemas de governança e compreender o funcionamento logístico do sistema, gerindo e direcionando os recursos em benefício da comunidade (GONÇALVES *et al.*, p. 32, 2014).

Por meio do conhecimento coletivo de um grupo de especialistas brasileiros, Tasca *et al.* (p. 5, 2020) elaboraram recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil, e dentre elas, destacamos temática “recursos humanos, provimento de profissionais, apoio e estímulo às equipes”, que reafirma a importância da presença desse elemento nas pautas dos gestores do SUS e no direcionamento de políticas públicas para APS.

Os dados demonstraram que existe uma relação entre a escassez de recursos humanos e a sobrecarga no trabalho:

[...] os funcionários estão todos sobrecarregados, então assim de falar de um, tirar um funcionário da unidade pra tá ajudando, colaborando ou até mesmo fazendo...nesse momento não tem (C1).

Um estudo transversal realizado com trabalhadores da saúde atuantes na ABS de um município no Vale do Taquari-RS, identificou que esses trabalhadores avaliam como impróprias a organização e as condições laborais, culminando no esgotamento profissional como indicativo de sofrimento, embora a realização profissional, o reconhecimento e a liberdade de expressão foram indicadas como fontes de prazer no trabalho (MAISSIAT *et al.*, 2015).

Sobre a categoria “disponibilidade”, as coordenadoras apresentaram algumas possibilidades para a atuação de “profissionais da unidade de saúde” no programa,

foram citados os agentes comunitários de saúde, estagiários e técnicos de enfermagem, enfermeiro e médico.

A percepção de que os próprios profissionais da unidade de saúde podem atuar no programa de atividade física para idosos, vem ao encontro das “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2021), que orientam sobre a importância de equipes multiprofissionais para ações de atividade física, com destaque para os agentes comunitários de saúde como importantes atores sociais na divulgação e no acompanhamento das ações desenvolvidas no programa, bem como outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros) para facilitar estratégias de aconselhamento à prática de atividade física da comunidade, desenvolvendo ações coordenadas juntamente com o profissional de Educação Física.

O trabalho realizado na APS com objetivo de promoção da saúde necessita da atuação multiprofissional, nesse sentido, Sá *et al.* (p. 4922, 2021) descreveram a percepção da equipe multiprofissional do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de Belém-PA sobre sua atuação, identificando que existem muitos desafios como “a precariedade da infraestrutura, insegurança frente a violência, déficits na comunicação multiprofissional, deficiência na formação profissional para atuar na APS e falta de compreensão dos usuários e equipe multiprofissional da ESF sobre as atribuições do NASF-AB”. Entretanto, a equipe multiprofissional percebe potencialidades como o “planejamento de ações de modo integrado e contextualizado com as demandas da população adscrita, intervenção tanto de forma individual quanto na coletividade, otimização do funcionamento das RAS, qualidade na continuidade do cuidado aos usuários, ou seja, da integralidade”.

É imperial que a gestão municipal busque garantir as condições necessárias para o pleno desenvolvimento da atuação multiprofissional na APS, para que programas como o que foi apresentado às coordenadoras na presente pesquisa, sejam efetivados e adicionem benefícios à saúde integral dos idosos nas comunidades.

Ainda, uma coordenadora indicou profissionais da unidade de saúde (enfermeira e médico) que poderiam atuar no programa, mas esta resposta se diferenciou das demais, originando a categoria “disponibilidade dependente” e a subcategoria “tem o profissional, mas não é o ideal”, pelo fato de reconhecer que

esses profissionais não são os ideais para o desenvolvimento de tais ações. Esses achados serão discutidos na sequência (Tabela 11).

Evidenciado este quadro de falta de recursos humanos, as coordenadoras indicaram em sua maioria (n=7), que os profissionais de Educação Física seriam os mais adequados para o desenvolvimento do programa de atividade física para idosos proposto. Informações sobre a percepção das coordenadoras quanto a formação profissional para atuar no programa, estão descritas na Tabela 11.

Tabela 11 - Percepção das coordenadoras sobre a formação profissional necessária para atuar no programa.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | n | UNIDADE DE REGISTRO |
|--|--|---|--|
| Formação profissional para atuar no programa | Profissional de Educação Física | 7 | <i>“[...] a formação ideal seria né ou um educador físico [...] (C1); “Precisaria ter o professor de educação física [...] (C2); “[...] um profissional de educação física seria ótimo [...]” (C6); “O educador físico” (C8); “[...] o educador físico ali pra ensinar [...] (C9); “Eu penso que é só o educador físico [...]” (C10); “[...] educador físico é super importante [...]” (C11)</i> |
| | Profissional da equipe da unidade de saúde – formação continuada | 4 | <i>“Eu acredito que não necessariamente ser o educador físico [...] o agente de saúde ele já passa, quando ele faz o treinamento ele já tem um treinamento específico né, para atividade física [...] os técnicos enfermeiros também eles tem atividades já voltadas né, para atividade física [...]” (C3); “[...] teria que aprimorar né, porque assim eles não tem... é o conhecimento senso comum, eles precisam né de aprofundar esse conhecimento pra poder atuar nessa população [...] (C4); “[...] conhecimento nunca é demais né, eu preciso aprender o que tem que ser feito né, para a gente poder trabalhar em conjunto [...]” (C5); “Eu acho que um curso de capacitação né, como que deve fazer, por exemplo, alongamentos [...] (C7)</i> |

Legenda: n= número de citações.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A categoria “formação profissional para atuar no programa”, revelou que a partir da percepção das coordenadoras, o “profissional de Educação Física” é o mais indicado para esta atividade. Tais achados dialogam com os resultados apresentados por Fernandes *et al.* (2010), que dentre as maiores dificuldades encontradas por enfermeiros gerentes de UBS, está a composição incompleta das equipes, visto que, as participantes da presente pesquisa identificaram os profissionais de Educação

Física como ideais para o desenvolvimento do programa, entretanto, não dispõem desses profissionais em suas equipes.

Conforme estudo realizado com trabalhadores dos programas de promoção da atividade física da ABS de Pernambuco, identificou-se que trabalhadores com formação superior e graduados em Educação Física “apresentam maior chance de pertencer ao grupo que relataram maior competência profissional referida quando comparado àquele profissional sem formação superior e com formação superior fora da área de Educação Física” (OLIVEIRA *et al.*, p. 5, 2018). Esses achados podem justificar a percepção das participantes da presente pesquisa, em que indicam o profissional de Educação Física como sendo o ideal para essa função.

A subcategoria “profissional da equipe da unidade de saúde – formação continuada” foi identificada na fala de quatro coordenadoras, demonstrando um entendimento de que o profissional de saúde da unidade (sem formação em Educação Física) precisa ampliar seus conhecimentos sobre a atividade física para idosos para poder atuar de modo satisfatório no programa:

[...] assim sob supervisão eu acho que talvez um treinamento específico ali com um educador físico [...] explicar né, o que trabalhar naquele momento, mas eu acho que tem condição deles trabalharem, mas o treinamento do profissional com a equipe né, uma qualificação né, da equipe vamos dizer assim, não um curso específico, acho que só um... que já faz parte do currículo né, da saúde a atividade física (C3).

Observamos que todas as participantes indicaram ser imprescindível a presença do profissional de Educação física junto às equipes para preparação dos profissionais de saúde que atuarão no programa. Este entendimento apresenta-se como uma possibilidade frente às dificuldades de contratação dos profissionais de Educação Física, ou seja, nessa perspectiva o programa não seria impedido de acontecer visto que os profissionais já atuantes nas unidades assumiriam a função de desenvolver essas atividades. Cabe destacar que este é o profissional com formação específica para a prática de atividade física, sendo o mais indicado para atuar em programas dessa natureza (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Um estudo utilizou os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde com o objetivo de analisar a distribuição espaço temporal de Profissionais de

Educação Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde nos Estados brasileiros de 2008 a 2020, identificou-se um “aumento da força de trabalho, até aproximadamente 2012, após este período observa-se diminuição até 2020, este padrão é observado para a maioria dos Estados do Brasil” (SILVA *et al.*, p. 8, 2022).

Observa-se uma baixa densidade de profissionais de Educação Física inseridos na APS (SILVA *et al.*, 2022), mesmo com a existência de documentos orientadores e políticas de incentivo à prática de atividade física entre os idosos usuários do SUS, entendemos ser necessária a criação de políticas públicas e ações que garantam programas de atividade física orientados e coordenados por profissionais de Educação Física, configurando-se em importante estratégia para aumentar a qualidade dessas ações de promoção da saúde.

4.3.8 Possibilidades de Aporte Financeiro

Com relação às categorias “impossibilidade” e “impossibilidade dependente”, com maior frequência de citações, surgiram a partir da resposta negativa sobre a identificação de aporte financeiro para o programa, conforme informações dos relatos apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 - Possibilidades de aporte financeiro para implementação e manutenção do programa.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | n | UNIDADE DE REGISTRO |
|----------------------------|---|---|---|
| Impossibilidade | Desconhece possibilidades de aporte financeiro | 2 | “Não faço ideia da onde que podia vim dinheiro disso” (C7); “[...] não tem como saber da onde vem o dinheiro [...]” (C8) |
| | Apoio da gestão municipal | 2 | “[...] não, na verdade o único apoio da gestão municipal [...]” (C1); “Eu acredito que tinha que ter um projeto [...] e passar pela câmara de vereadores [...]” (C10) |
| Impossibilidade dependente | Recursos da saúde | 1 | “[...] não sei dizer da onde viriam [...] a atividade física ela entra na saúde né, eu acredito que dos próprios recursos de saúde [...]” (C3) |
| | PlanificaSUS | 1 | “[...] eu não vou saber falar [...] mas eu acredito que tem programa sim que a gente consegue... consegue aí esse aporte financeiro, principalmente as unidades que já tem o planifica [...]tem esse suporte né, do planifica [...]” (C6) |
| | Editais de financiamento público e programas federais | 1 | “Aí é um calo, porque daí é nesse ponto assim que a gente pesou [...] veio da regional de saúde a proposta de implementação de atividade física nas unidades de saúde [...] incentivo financeiro [...] com objetivo de implementar ações da atividade física na APS [...]” (C4) |
| Possibilidade | Consórcio Intermunicipal de Saúde | 1 | “[...] tem o consórcio que dá para poder implementar, porque entrem profissionais da saúde pelo consórcio [...]” (C5) |
| | Estatuto do Idoso, gestão municipal | 1 | “O estatuto do idoso [...]essa parte do lazer da atividade física consta no estatuto do idoso [...] é um direito dele e dever nosso né, do município, do estado, proporcionar isso ao idoso [...] ah o projeto a gente sentar com o secretário [...]” (C9) |
| Possibilidade dependente | Contratação de Profissional de Educação Física | 2 | “[...] eu não sei [...] tem credenciamento para contratar o professor de educação física, a gente tem os meios né, eu acho que basta querer” (C2); “Então, depende, a atenção primária normalmente ela tem recursos que vem [...] nós não tem ainda, não tinha educador físico nenhum né, nós até agora nós temos um educador físico que o esporte emprestou para nós, a secretaria de esporte [...]” (C11) |

Legenda: n= número de citações.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A subcategoria “desconhece possibilidades de aporte financeiro”, representa as respostas que não elencaram nenhuma forma de galgar aporte financeiro. Nesse sentido, um estudo objetivou analisar o trabalho do enfermeiro gerente de UBS, no município de Fortaleza-CE, e identificou-se algumas dificuldades para a execução do trabalho gerencial, como a composição incompleta das equipes (item 6.7), falta de capacitação de alguns profissionais para o trabalho na unidade, falta de recursos financeiros, material e equipamentos (FERNANDES, 2010).

Outro estudo descreveu os programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde entre 2005 e 2009, por meio de entrevistas com coordenadores/responsáveis pelos programas, identificou-se que a maioria das ações eram direcionadas à população idosa e entre as principais dificuldades para a execução do programa relatadas foram a falta de estrutura física/pessoal (item 6.7), a burocracia, a pouca adesão do público alvo (itens 6.5 e 6.6), os recursos financeiros insuficientes, a falta de parcerias e pouca articulação intra e intersetorial (item 6.2) (AMORIM *et al.*, 2013).

Tais evidências científicas, juntamente com os dados aqui apresentados, nos permitem analisar que esse desconhecimento de possibilidades de financiamento, a partir das percepções das coordenadoras, indica uma necessidade de maiores ações conjuntas entre gestão municipal e coordenação de unidades de saúde.

A categoria “impossibilidade dependente”, se diferencia da “impossibilidade” pelo fato da resposta inicial negativa (desconhecimento de possibilidades), porém com a inclusão de alguns apontamentos para o aporte financeiro em seus relatos.

Observamos que duas coordenadoras relataram o “apoio da gestão municipal” como possibilidade de aporte financeiro. A atual conjuntura de financiamento de programas e ações de prática corporais e atividades físicas no SUS, foi analisada em um estudo que identificou informações por meio do Ministério da Saúde (federal), Secretarias Estaduais de Saúde (estados e Distrito Federal) e Secretarias Municipais de Saúde (capitais brasileiras), e observou-se que em geral a possibilidade de financiamento está atrelada ao Ministério da Saúde e não foram encontradas informações sobre custeio específico para práticas corporais e atividades físicas no SUS (CARVALHO *et al.*, 2022).

Segundo Carvalho *et al.* (2022) observa-se menor coparticipação dos estados e municípios, que geralmente administram os recursos que vem de forma geral para o SUS e para a APS. Nesse sentido “a contrapartida dos municípios e estados é

fundamental para que as ações se mantenham, cresçam e se efetivem, agregando força ao que é proporcionado pelo MS” (AMORIM *et al.*, p. 72, 2013).

Com relação a subcategoria “editais de financiamento público”, observamos que a coordenadora indicou o conhecimento da publicação da Portaria GM/MS nº 1.105, de 15 de maio de 2022, que institui o incentivo financeiro federal de custeio destinado à implementação de ações de Atividade Física (IAF) (BRASIL, 2022).

O IAF é uma política pública que presume o repasse de recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que ofertam programas de atividade física na APS e tem como objetivos:

I - Implementar ações de atividade física na APS, por meio, dentre outros mecanismos:

a) de contratação de profissionais de educação física na saúde na APS;

b) de aquisição de materiais de consumo; e

c) de qualificação de ambientes relacionados à atividade física; e

II - Melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, mediante a inserção de atividade física na rotina desses indivíduos (BRASIL, 2022, p. 7).

Todos os municípios são elegíveis para participar do IAF, mesmo com a ausência de infraestrutura ideal, pois um dos objetivos dessa política pública é qualificar os ambientes para a prática de atividade física (BRASIL, 2022). Entretanto, a partir da percepção das coordenadoras, alguns empecilhos foram relatados para a conquista desses recursos:

[...] deve fazer umas duas, três semanas que veio da regional de saúde a proposta de implementação de atividade física nas unidades de saúde e vinha um aporte financeiro, mas o aporte que vinha não compensava a contratação, por exemplo de um profissional, não pagaria o profissional, vinha 1500 reais uma coisa assim [...] (C4).

[...] a atenção primária normalmente ela tem recursos que vem né, por exemplo agora do governo, eles lançaram uma portaria né, para os municípios aderirem a uma... um incentivo financeiro para a atividade física na comunidade em geral, nós não aderimos, porque ficamos com medo que nós não temos como cumprir, o que acontece o recurso vem, mas você tem que cumprir o que que você pactuou né, por exemplo você fez a adesão, você falou... eu vou receber

esse dinheiro mas eu vou fazer isso, aquilo e aquilo, e nós não tem ainda, não tinha educador físico nenhum [...] (C11).

Destacamos relativa insegurança (por parte das coordenadoras) em assumir esse financiamento, motivada pelo valor do recurso financeiro que seria destinado e também pela falta de profissional de Educação Física nas unidades de saúde, ocasionando um receio em não cumprir com as exigências da portaria.

Essa política pública “apresenta-se como uma resposta oportuna e específica para reorganizar, qualificar e ampliar as ações para a inclusão da atividade física no cuidado integral em saúde e na redução da inatividade física da população brasileira” (BRASIL, p. 11, 2022), podendo ser considerada como um tímido avanço em relação aos apontamentos realizados por Carvalho *et al.* (2022) que observaram não haver linha orçamentária específica para as práticas corporais e atividades físicas na APS. Porém, em conformidade com os dados aqui apresentados, observamos que os recursos financeiros ainda são insuficientes para que o programa tenha pleno desenvolvimento e autonomia de funcionamento, em relação às secretarias de saúde (estados e municípios), entendemos ser necessário o fortalecimento desta portaria e a ampliação dos investimentos, com vistas à garantia da contratação de profissionais de Educação Física para atuarem junto às unidades de saúde.

Outras indicações de possibilidades para obtenção de recursos financeiros foram observadas nas subcategorias “recursos da saúde” e “planificaSUS”, as quais se complementam e podem ser justificadas devido ao contexto atual do município de Irati (PR) com a implementação da linha prioritária de cuidado aos idosos, do PlanificaSUS (PARANÁ, 2022).

A categoria “possibilidade”, emergiu das respostas afirmativas das coordenadoras, para o reconhecimento e indicação de “meios” para captar recursos financeiros.

Uma possibilidade identificada pela coordenadora foi a contratação de profissionais por meio do “Consórcio Intermunicipal de Saúde”, o consórcio “CIS Amcespar” é uma associação dos 9 (Municípios) da AMCESPAR pertencentes a 4ª Região de Saúde do Estado do Paraná, e tem como objetivo disponibilizar aos seus Municípios atendimentos especializados de consultas, exames e procedimentos, visto que por se tratar de uma demanda maior se torna mais viável e otimiza o recurso

público da saúde nos processos de credenciamento e licitações (CIS ANCESPAR, 2022).

Outra possibilidade indicada consiste na subcategoria “Estatuto do Idoso, gestão municipal”, na qual a coordenadora busca respaldo na legislação para apresentar a proposta à gestão municipal. Sobre o tema, Fernandes e Soares (2012), classificaram a Lei nº 10.741, que aprova o Estatuto do Idoso, como um marco histórico consagrado nas discussões sobre as demandas dessa população. Bem como, esta Lei é colocada como forma de assegurar os direitos dos cidadãos idosos:

Essas leis estabelecem mecanismos, instrumentos e orientações que facilitam a coordenação de políticas, participação popular em organizações representativas, com justiça, conhecimentos oportunos, visando a uma saudável democracia participativa para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos idosos (SALIN *et al.*, 2011).

Nesse sentido, compreende-se que o próximo passo, após reconhecimento dos direitos da pessoa idosa, é a efetivação prática desses conhecimentos, conforme relato da coordenadora, uma das formas é o estabelecimento de diálogos com a gestão municipal para viabilizar a implementação de ações nos contextos comunitários.

Com relação à categoria “possibilidade dependente”, esta representa as coordenadoras que identificaram opções de aporte financeiro, porém mediante uma condição, a “contratação de profissional de Educação Física”. Esta subcategoria reafirma os dados discutidos no item 6.3 da presente pesquisa.

4.3.9 Comentários Gerais

Salientamos que ainda, ao final das entrevistas, as coordenadoras tiveram a oportunidade de realizar indicações de possíveis modificações no programa, bem como, comentários gerais sobre a proposta.

Observamos que no geral, a maioria das coordenadoras indicou adjetivos de aprovação da proposta, assim como foi observado no item 6.3. Porém, destacamos uma angústia expressa por uma participante:

[...] Irati não é um bom exemplo nem pra você... é um bom lugar pra você procurar problemas, mas não pra você propor soluções, porque Irati tem uma defasagem de atenção primária muito grande [...] mas pra implementar as coisas aqui é difícil, porque não tem vontade política pra isso, porque quem for

fazer isso, o gestor que for fazer isso vai se queimar politicamente né, então Irati tem essa dificuldade, por isso que as nossas reuniões são mais de desabafo, de reclamações e tudo, porque a gente não consegue muito andar no processo né, então é a passos lentos mesmo, mas eu acho a proposta muito boa, é bem... está bem ativa nesse momento, a gente precisa muito disso [...] (C4).

Essa fala retrata uma percepção sobre as dificuldades encontradas pelas coordenadoras, no que se refere à implementação de programas de atividade física nas unidades de saúde, principalmente ligada às questões burocráticas e de gestão municipal.

Nesse momento também houveram reafirmações de aspectos que as coordenadoras consideraram importantes e que já foram analisados e discutidos nos itens anteriores, tais como: a necessidade de diminuir a abrangência da proposta e delimitar a população-alvo com critérios mais específicos, a importância das equipes multiprofissionais, a necessidade de melhorias na estrutura física e de equipamentos nas unidades de saúde, a possibilidade do próprio profissional da unidade de saúde atuar no programa, as dificuldades de aporte financeiro por parte da gestão municipal e a dependência da gestão municipal para a concretização da proposta.

Como limitação da presente pesquisa observamos a realização do estudo piloto com apenas uma coordenadora da Atenção Básica de um município vizinho, entendendo que um maior quantitativo de participantes no estudo piloto nos permitiria novos olhares para a apresentação da proposta e a estruturação do roteiro de entrevista.

CAPÍTULO V

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências científicas da revisão sistemática, a partir dos estudos incluídos, mostraram que a maioria dos estudos foi classificada com qualidade baixa ou moderada. Observou-se uma predominância no relato de aspectos relacionados à validade interna, em detrimento da validade externa, centrando mais na apresentação de resultados de intervenções em nível individual do que em aspectos organizacionais e de planejamento dos programas de atividade física para idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde. Esses achados, juntamente com outros referenciais teóricos, proporcionaram subsídios para o planejamento do programa de atividade física para idosos.

Com base na elaboração da proposta do programa de atividade física para idosos, identificaram-se alguns aspectos importantes a serem considerados no planejamento: conhecer a população-alvo do programa, de modo quanti e qualitativo; avaliar o desenvolvimento do programa e os impactos em saúde pública; utilizar instrumentos e materiais que estejam em consonância com a realidade local; identificar e conhecer os locais e profissionais que poderão atuar no programa; priorizar sessões multicomponentes de atividade física, bem como realizar ações interdisciplinares sobre a temática de hábitos saudáveis; identificar, junto à gestão municipal, estratégias para a manutenção do programa, mesmo diante das adversidades.

Os resultados apontaram que as percepções das coordenadoras sobre a proposta de um programa de atividade física para idosos foram: atribuição de adjetivos, conotando aprovação da proposta; inserção do profissional de Educação Física e desenvolvimento do programa nas unidades de saúde; perspectivas de melhorias dos níveis de saúde física e mental dos idosos participantes; potencial de promover atividade física para a população idosa adstrita ao território da unidade de saúde; dependência de esforços da gestão municipal relacionada aos recursos financeiros para a viabilidade de implementação de programas dessa natureza; quadro de falta de profissionais e funcionários disponíveis para atuar no programa.

Evidenciou-se que no contexto de Irati (PR), a função de coordenadora de UBS foi delegada às enfermeiras. Por meio do relato das participantes, não foram identificados programas de atividade física para idosos, sendo desenvolvidos nas unidades de saúde e nem no contexto da APS de Irati (PR). Entretanto percebemos que existem ações sendo realizadas por meio da Secretaria de Assistência Social do

município. Desse modo, entende-se que, para alcançar efetivamente os idosos e promover a saúde deles, são necessários esforços em conjunto (intra e intersectorial) para abranger a complexidade do assunto, sendo igualmente indispensável congregar a atuação de diferentes secretarias municipais.

A partir da percepção das coordenadoras, destaca-se a relevância atribuída por elas à inserção do profissional de Educação Física nas unidades de saúde, visto que esta foi a mais frequente entre as respostas.

Identificaram-se que as cinco dimensões do modelo RE-AIM (alcance, efetividade/ eficácia, adoção, implementação e manutenção) foram incluídas nas respostas das coordenadoras, de modo que a apresentação da proposta cumpriu seu intuito. Este consistiu em demonstrar o planejamento da proposta de programa de atividade física para idosos na APS às coordenadoras municipais de saúde, a partir da estruturação por meio das dimensões do modelo RE-AIM.

Com relação à possibilidade do desenvolvimento do programa na unidade de saúde, identificou-se a falta de estrutura física adequada. Este fator apresentou-se como limitante para a possibilidade de desenvolvimento do programa de atividade física na unidade de saúde; e, por outro lado, a atividade física como forma de aumentar o engajamento dos idosos nas ações desenvolvidas na unidade como meio de abranger o máximo de pessoas nessa faixa etária, para que usufruam dos benefícios proporcionados pela prática regular de atividade física.

Sobre a expectativa dos resultados que a proposta do programa poderá oferecer à população idosa, a maioria das coordenadoras indicou a melhoria dos níveis de saúde física e mental. Retratando, assim, dados que atualmente podem ser considerados um consenso na literatura científica da área: o fato de que a atividade física pode agregar benefícios à saúde física e mental dos idosos.

Quando questionadas sobre a viabilidade de implementação da proposta do programa de atividade física para idosos nas unidades de saúde, observamos que 10 das 11 coordenadoras indicaram afirmação. Os dados permitem analisar uma relação hierarquizada, em que as coordenações dependem da gestão municipal para implementar programas, como o que foi apresentado na presente pesquisa.

A maioria das coordenadoras relatou indisponibilidade de profissionais nas unidades de saúde para atuar no programa. Movida pela falta de profissionais/ funcionários – apresentando uma realidade recorrente nas unidades de saúde –, a falta de recursos humanos é um dos elementos que mais contribuem negativamente

para o aumento da carga de trabalho desses profissionais. Para atender à crescente demanda nas unidades de saúde, a insuficiência de recursos humanos apresenta-se como um dos maiores desafios para a consolidação da APS no Brasil.

Evidenciado esse quadro de falta de recursos humanos, as coordenadoras indicaram, em sua maioria, que os profissionais de Educação Física seriam os mais adequados para o desenvolvimento do programa de atividade física para idosos, proposto por este estudo. As participantes da presente pesquisa citaram os profissionais de Educação Física como ideais para o desenvolvimento do programa, entretanto não dispõem desses profissionais em suas equipes.

Em relação a possibilidades de aporte financeiro para o programa, a maioria das coordenadoras indicou não conhecer. Os dados nos permitem analisar que esse desconhecimento de possibilidades de financiamento, a partir das percepções das coordenadoras, assinala uma necessidade de maiores ações conjuntas entre gestão municipal e coordenação de unidades de saúde.

Ressalta-se que mesmo com a existência de documentos orientadores e políticas de incentivo à prática de atividade física entre os idosos usuários do SUS, entendemos ser necessária a criação de políticas públicas que garantam programas de atividade física orientados e coordenados por profissionais de Educação Física. Configurando-se, assim, uma importante estratégia para aumentar as ações de promoção da saúde, voltadas para a população idosa.

Compreende-se, ainda, que muitos avanços para a efetiva inserção desse profissional nos serviços de saúde são necessários. Observa-se, entretanto, um movimento de mudança de paradigma, a partir da percepção das coordenadoras da APS de Irati (PR). Mas que ainda não se traduziram em ações efetivas: como a contratação desse profissional para atuar nas unidades de saúde do município.

Sugere-se pesquisas futuras com temáticas que identifiquem a percepção da gestão municipal sobre a implementação de programas de atividade física para idosos no contexto da APS em nível regional e nacional, assim como a avaliação de ações e/ou programas de atividade física para idosos que são desenvolvidos em redes de atenção à saúde do idoso.

Contribuições advindas da presente pesquisa podem representar um primeiro passo para a implementação de programas de atividade física para idosos na APS de Irati (PR). Almeja-se um desenvolvimento comunitário preocupado com o envelhecimento saudável, por meio da promoção da atividade física em ações

realizadas no contexto da APS, bem como a criação de políticas públicas que visem ao fortalecimento das equipes multiprofissionais nas unidades de saúde do município.

REFERÊNCIAS

- AKERS, J. D.; ESTABROOKS, P. A.; DAVY, B. M. Translational research: bridging the gap between long-term weight loss maintenance research and practice. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 110, n. 10, p. 1511-1522. e3, 2010.
- ALLEN, K. *et al.* Understanding the internal and external validity of health literacy interventions: a systematic literature review using the RE-AIM framework. **Journal of health communication**, v. 16, n. sup3, p. 55-72, 2011.
- ALMEIDA, B. L. *et al.* Qualidade de vida de idosos que praticam atividade física. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 466-470, 2020.
- ALMEIDA, E.; MOURÃO, I.; COELHO, E. Saúde mental em idosos brasileiros: Efeito de diferentes programas de atividade física. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 2, p. 390-404, 2018.
- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. A. Modelo RE-AIM: tradução e adaptação cultural para o Brasil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 1, n. 1, p. 6-16, 2013.
- ALMEIDA, L. F. F. *et al.* Projeto de intervenção comunitária “Em Comum-Idade”: contribuições para a promoção da saúde entre idosos de Viçosa, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3763-3774, 2015.
- AMORIM, T. *et al.* Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, p. 63-74, 2013.
- ARAÚJO, Erika Veiga *et al.* Os Desafios da Interdisciplinaridade na Atenção Primária à Saúde. **Anais da Mostra Acadêmica do Curso de Fisioterapia**, v. 7, n. 1, p. 71-79, 2019.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1333-1356, 2012.
- BARCELOS, G. T. *et al.* Associação entre atividade física e uso de medicamentos em hipertensos do Sistema Único de Saúde. **ConScientiae Saúde**, v. 18, n. 2, p. 219-225, 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução – Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BECKER, L. A. *et al.* Tomada de decisão baseada em evidências e promoção da atividade física entre secretários municipais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.
- BECKER, L.; GONÇALVES, P.; REIS, R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 2, p. 110-122, 2016.
- BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Práticas Exitosas em Atividade Física na Atenção Primária à Saúde: Elaboração do Conceito. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 3, 2020.

BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Programa "VAMOS"(Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 14, p. 723-737, 2012.

BENEDETTI, T. R. B. *et al.* RE-AIM: uma proposta de avaliação de programas de atividade física. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 295-314, 2014.

BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Re-thinking physical activity programs for older Brazilians and the role of public health centers: A randomized controlled trial using the RE-AIM model. **Frontiers in Public Health**, p. 48, 2020.

BENEDETTI, T. R. B.; GONÇALVES, L. H. T.; MOTA, J. A. P. S. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, p. 387-398, 2007.

BENTO, P. C. B.; BORGES, L. J. Anais do XV Seminário Internacional sobre Atividades Físicas para a Terceira Idade [recurso eletrônico]: **atividade física e envelhecimento bem-sucedido: aspectos físicos, cognitivos e participação social**. Curitiba: DEF / UFPR, 2020.

BEZERRA, R. K. C.; ALVES, A. M. C. V. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. **Rev. Expr. Catól. Saúde**, v. 4, n. 2, p. 7-15, 2019.

BIEHL-PRINTES, C.; OLIVEIRA BRAUNER, F.; TERRA, N. L. Perspectivas da educação física para a população idosa. **PAJAR-Pan American Journal of Aging Research**, v. 7, n. 2, p. e32570-e32570, 2019.

BINOTTO, M. A.; EL TASSA, K. O. M. Atividade Física em Idosos: uma Revisão Sistemática Baseada no International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 1, 2014.

BORGES, L. J.; MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B. Effectiveness and maintenance of behavior change and exercise programs on depressive symptoms in older adults. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 2, p. 127-136, 2017.

BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00099118, 2019.

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

BRAGATO, A. G.C. **Avós cuidadores: exercício da parentalidade e suas percepções de saúde**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, p. 122, 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 98, de abril de 2020**.

Estabelece a obrigatoriedade da oferta de programa de atividades físicas regulares para idosos, sob a supervisão de profissional de educação física, nas unidades de longa permanência de idosos, do SUS e de instituições conveniadas. Brasília: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1854516.

Acesso em: 07 de março de 2022.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. **Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Brasília, DF: Presidência da República, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Presidência da República, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.608 de 28 de dezembro de 2005**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Primária à Saúde. **O que é Atenção Primária?**. Brasília, 2022. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee> >. Acesso em: 12, de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de Credenciamento ao Incentivo Financeiro Federal de Custeio para Ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde: Versão Preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**. Brasília-DF, 2021. 54 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas

sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 40, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 60, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília, 2021. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona> >. Acesso em: 30, de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

BRITO, B. T. G. *et al.* Lazer, atividade física e comportamento sedentário de idosos participantes de um grupo de aconselhamento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Uberlândia/MG, v. 27, n. 2, p. 97-109, 2019.

BRITO, F. A. *et al.* Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1-8, 2018.

BRITO, L. R. *et al.* Grau de dependência e funcionalidade familiar do idoso. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n. 1, p. 447-461, 2019.

CARVALHO, F. F. B. *et al.* As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2163-2174, 2022.

CHODZKO-ZAJKO, W. J. *et al.* Exercise and physical activity for older adults. **Medicine & science in sports & exercise**, v. 41, n. 7, p. 1510-1530, 2009.

CIS ANCESPAR. Consórcio Intermunicipal de Saúde da região AMCESPAR. **Sobre nós**. Irati (PR), 2022. Disponível em: <https://cisamcespar.org/>. Acesso em: julho de 2022.

COELHO-RAVAGNANI, C. F. *et al.* Atividade física para idosos: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1-8, 2021.

COSTA, T. B.; NERI, A. L. Fatores associados às atividades física e social em amostra de idosos brasileiros: dados do Estudo FIBRA. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.

COUTINHO, S. S. **Atividade física no programa saúde da família, em municípios da 5ª regional de saúde do Estado do Paraná-Brasil**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, p. 141, 2005.

DÉA, V. H. S. D. *et al.* **Envelhecimento: informações, programa de atividade física e pesquisas**. São Paulo: Phorte, 2016.

DANIEL, F. *et al.* Effects of a physical activity program on static balance and functional autonomy in elderly women. **Macedonian Journal of Medical Sciences**, v. 3, n. 1, p. 21-6, 2010.

DIAS, M. S. A. *et al.* Intersectorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4371-4382, 2014.

DOURADO, T. E. P. S. *et al.* Associação entre atividade física de lazer e conhecimento e participação em programas públicos de atividade física entre idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2021.

EIRAS, S. B. *et al.* Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 31, n. 2, p. 75-89, 2010.

FAUSTINO, A. M.; NEVES, R. Benefícios da prática de atividade física em pessoas idosas: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 5, p. e3012-e3012, 2020.

FERNANDES, M. C. *et al.* Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 11-15, 2010.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 1494-1502, 2012.

FERNEDA, F. *et al.* Programa de atividade física para a terceira idade da UFSC: 20 anos a serviço da comunidade. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 2, n. 3, 2005.

FERREIRA, B. H.; MARQUES, B. G.; LUIZ, O. C. Fatores associados à atividade física de lazer entre idosos do município de São Paulo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, 2020.

FERREIRA, R. W. *et al.* Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00008618, 2019.

FERRETTI, F. *et al.* Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 3, 2015.

FIGUEIRA, H. A. *et al.* Effects of a physical activity governmental health programme on the quality of life of elderly people. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 40, n. 5, p. 418-422, 2012.

FONSECA, A. C. D. *et al.* Interdisciplinaridade na gestão do cuidado ao idoso. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4045-4050, 2021.

GAGLIO, B.; SHOUP, J. A.; GLASGOW, R. E. The RE-AIM framework: a systematic review of use over time. **American journal of public health**, v. 103, n. 6, p. e38-e46, 2013.

GALAVIZ, K. I. *et al.* Physical activity promotion in Latin American populations: a systematic review on issues of internal and external validity. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 11, n. 1, p. 1-13, 2014.

- GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. **Logeion: Filosofia da informação**, v. 6, n. 1, p. 57-73, 2019.
- GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 335-342, 2015.
- GARCÍA, C. C. *et al.* Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 1314-1320, 2013.
- GIETEL-BASTEN, S.; SAUCEDO, S. E. G.; SCHERBOV, S. Prospective measures of aging for Central and South America. **Plos one**, v. 15, n. 7, p. e0236280, 2020.
- GLASGOW, R. E. What types of evidence are most needed to advance behavioral medicine?. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 35, n. 1, p. 19-25, 2008.
- GLASGOW, R. E.; VOGT, T. M.; BOLES, S. M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **American journal of public health**, v. 89, n. 9, p. 1322-1327, 1999.
- GLASGOW, R. E. *et al.* RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. **Frontiers in public health**, v. 7, p. 64, 2019.
- GOMES, G. A. O. *et al.* Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. 2155-2168, 2014.
- GONÇALVES, C. R. *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 26-34, 2014.
- HALLAL, P. C. Atividade física e saúde no Brasil: pesquisa, vigilância e políticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 2487-2489, 2014.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI**: Subsídios para as projeções da população. 2015.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/irati/panorama>>. Acesso em: 16 de junho de 2022.
- IRATI. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social. **Ordem de serviço para início das obras da cidade do idoso é assinada**. Irati, Paraná, 2022. Disponível em: <https://irati.pr.gov.br/noticiasView/3605_noticia.html>. Acesso em: 20 de março de 2022.
- IZQUIERDO, M. *et al.* International exercise recommendations in older adults (ICFSR): expert consensus guidelines. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 25, n. 7, p. 824-853, 2021.
- JÚNIOR, F. M. C.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, p. 55-63, 2009.
- KONRAD, L. *et al.* Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 5, p. 439-449, 2017.

KOPIER, D. A. Atividade física na terceira idade. **Revista brasileira de medicina do esporte**, v. 3, p. 108-112, 1997.

LEE, R. E. *et al.* Aplicando o modelo RE-AIM para a promoção da atividade física em países de baixa e média renda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

LERBACH, B. C. Uma revisão dos percursos teóricos e práticos dos movimentos sociais. **Revista Habitus**, v. 9, n. 2, 2011.

LOCH, M. R.; RODRIGUES, C. G.; TEIXEIRA, D. C. E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens?...? Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde de Londrina-PR. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 35, p. 947-961, 2013.

LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. R. B. Retrospectiva do programa de atividade física do CDS/UFSC oferecido à pessoa idosa. Extensio: **Revista Eletrônica de Extensão**, v. 10, n. 15, p. 61-70, 2013.

LOZADO, Y. A. *et al.* Implicações do elevado comportamento sedentário à saúde de idosos: uma revisão de literatura. **Práticas E Cuidado: Revista De Saúde Coletiva**, v. 1, p. e9994-e9994, 2020.

MAISSIAT, G. S. *et al.* Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 42-49, 2015.

MAZO, G. Z. Grupo de Estudos de Terceira Idade–Geti: a Atuação da Universidade do Estado de Santa Catarina no Trabalho. **Cidadania em Ação: Revista de Extensão e Cultura**, v. 2, n. 1, 2008.

MEDINA, E. U.; PAILAQUILÉN, R. M. B. A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 1-8, 2010.

MENDES, M. S. **Práticas exitosas em atividade física na atenção primária á saúde no estado de Santa Catarina**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina: Centro de Desportos, p. 55, 2019.

MENDONÇA, E. M.; LANZA, F. M. Perspectivas da intersectorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no Brasil: Uma reflexão teórica. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. 1-21, 2020.

MILECH, A.; HÄFELE, V.; SIQUEIRA, F. V. Perfil dos usuários do serviço de educação física em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1-7, 2018.

MINÓ, N. M.; MELLO, R. M. A. V. Representação da velhice: reflexões sobre estereótipo, preconceito e estigmatização dos idosos. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, v. 32, n. 1, p. 273-298, 2021.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, p. 507-519, 2016.

MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

MORAES, W. G.; PINA, L. Z.; LIMA, W. P. A prática de atividades e exercícios físicos realizados por idosos que frequentam um programa municipal de convivência e o papel do profissional de Educação Física nesse contexto: relato de experiência. **Corpoconsciência**, p. 121-130, 2020.

MORAES, W. M. *et al.* Programa de exercícios físicos baseado em frequência semanal mínima: efeitos na pressão arterial e aptidão física em idosos hipertensos. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, n. 2, p. 114-121, 2012.

OLIVEIRA, A. S. *et al.* Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 637-645, 2014.

OLIVEIRA, D. C. R. *et al.* Competência profissional dos trabalhadores de programas de atividade física da atenção básica à saúde de Pernambuco. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1-10, 2018.

OLIVEIRA, R. A. *et al.* Influência da caminhada na cognição e composição corporal de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, p. 1-7, 2019.

OLIVEIRA, T. R. P. R. *et al.* Promoção da saúde e intersetorialidade na rede de atenção ao idoso. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 11, n. 4, p. 182-188, 2017.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos**. Genebra. Tradução: Edina Maria de Camargo; Ciro Romelio Rodriguez Añez, 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Estados Unidos, v. 30, p. 12, 2015.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Construindo a Saúde no Curso de Vida: conceitos, implicações e aplicação em saúde pública**. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030**, p. 29, 2020.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2016.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **PlanificaSUS Paraná**. Curitiba: Secretaria da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/PlanificaSUS-Parana>. Acesso em: julho de 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba: SESA, 2018.

PEIXOTO, S. V. *et al.* Prática de atividade física entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.

RAMOS, L. R. *et al.* Prevalência de programas de promoção da saúde em unidades básicas de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 837-844, 2014.

- RAVAGNANI, C. F. C. *et al.* Atividade física para idosos: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1-8, 2021.
- RESENDE-NETO, A. G. *et al.* Treinamento funcional para idosos: uma breve revisão. **Revista brasileira de ciência e movimento**, v. 24, n. 3, p. 167-177, 2016.
- RIBEIRO, J. A. B. *et al.* Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 34, p. 969-984, 2012.
- RICHARDSON, W. S. *et al.* The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. **Acp j club**, v. 123, n. 3, p. A12-A13, 1995.
- RODRIGUES, J. D. *et al.* Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 05-15, 2013.
- SÁ, P. H. V. O.; CURY, G. C.; RIBEIRO, L. C. C. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 545-558, 2016.
- SÁ, S. C. M. *et al.* Desafios e potencialidade da atuação da equipe multiprofissional na atenção primária em saúde. **Saúde Coletiva** (Barueri), v. 11, n. 61, p. 4918-4929, 2021.
- SALIN, M. S. *et al.* Atividade física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 197-208, 2011.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.
- SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 508-511, 2007.
- SANTOS, M.; MATSUDO, V. K. R. Atividade física e uso de medicamentos. **CELAFISCS**, v. 23, n. 4, p. 152-159, 2018.
- SCHERER, F. C. *et al.* Efeito de dois programas na promoção da atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1-9, 2018.
- SCHERER, M. D. A. *et al.* Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 89-104, 2016.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, ed. 23 – rev. e atualizada, 2007.
- SILVA, D. B. *et al.* Força de trabalho de Profissionais de Educação Física na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 27, p. 1-9, 2022.
- SILVA, J. A. *et al.* Programas de intervenção para atividade física nas escolas brasileiras: revisão com base no modelo RE-AIM. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3443-3456, 2019.

SILVA, N. *et al.* Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 2, 2014.

SOCOLOSKI, T. S. *et al.* Barreiras para a prática de atividade física em idosos: revisão de escopo de estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1-8, 2021.

SOUSA, C. M. S. *et al.* Contribuição da atividade física para a qualidade de vida dos idosos: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 13, n. 46, p. 425-433, 2019.

SOUZA, D. L; VENDRUSCOLO, R. Adherence to a physical activity program by older adults in Brazil. **Physical Educator**, v. 67, n. 2, p. 101, 2010.

SQUARCINI, C. F. R. *et al.* Programas de atividade física para idosos: avaliação da produção científica brasileira utilizando o modelo RE-AIM. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, p. 909-920, 2015.

STURMER, G. *et al.* Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família una-sus no rio grande do sul. **Revista Conhecimento Online**, v. 1, p. 04-26, 2020.

SUZANA, R. G. *et al.* Fatores Associados à Funcionalidade Familiar de Idosos Assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Vitória–ES. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 26, n. 1, 2021.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

VALDEVITE, P. B. *et al.* Benefícios da atividade física em idosos do projeto de extensão Vida Ativa/UNATI. **Fisioterapia Brasil**, v. 19, n. 4, 2018.

VENDRUSCOLO, R. *et al.* Programas de atividade física para idosos: apontamentos teórico-metodológicos. **Pensar a Prática**, v. 14, n. 1, 2011.

VIANA, A.; JUNIOR, G. A. Qualidade de vida em idosos praticantes de atividades físicas. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 3, n. 1, p. 87-98, 2017.

ZANONI, E. M. *et al.* O Cuidado Interdisciplinar e Intersetorial nas Equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 14, n. 50, p. 1282-1295, 2020.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Proposta de um Programa de Atividade Física para Idosos

Proposta para o Programa - dimensão Alcance

Local: Unidades Básicas de Saúde, no município de Irati (PR) (8 UBS: Ademar Vieira de Araújo, Vila São João, François Abib, Engenheiro Gutierrez, Lagoa, Rio Bonito, Gonçalves Junior, Guamirim).

Participantes: homens e mulheres usuários da UBS e/ou moradores da localidade e território de abrangência da UBS com idade igual ou superior a 60 anos. Participantes com o diagnóstico de DCNT, descompensados ou não controlados, devem passar por prévia avaliação e liberação médica para a prática de atividade física.

Estratégias de divulgação e recrutamento de participantes a serem adotadas:

- Apoio dos Agentes Comunitários de Saúde para que sejam mediadores de informações entre o programa ofertado e os idosos das comunidades, os agentes comunitários podem inclusive desempenhar função de motivação externa para a adesão dos idosos ao programa.
- O boca-a-boca possui grande valia de divulgação entre as pessoas da comunidade, dessa forma os participantes serão estimulados a convidar mais pessoas para conhecerem as ações desenvolvidas.
- Reuniões periódicas entre as equipes multiprofissionais atuantes nas UBS's para que todos os profissionais orientem os idosos a participar do programa e compartilhem experiências e ideias relacionadas as atividades desenvolvidas.
- As redes sociais e mídias em geral (rádios, jornais, revistas, grupos de WhatsApp) possuem grande potencial de divulgação.
- Confecção de cartazes e panfletos impressos para divulgação nos bairros.

Serão realizadas buscas dos participantes que apresentarem três faltas consecutivas, para compreender quais são os motivos da não participação. Tais buscas ocorrerão por meio de contato telefônico e visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde.

Serão realizadas entrevistas com os idosos moradores da região da UBS que não participarem do programa, para identificar quais são os motivos que justificam sua ausência e servir como base para repensar as intervenções. Poderão ser realizadas as seguintes questões: O(A) Sr.(a) recebeu a informação sobre a oferta do programa de atividade física para idosos na UBS? Se sim, como ficou sabendo do programa?; O(A) Sr.(a) tem interesse em participar de um programa de atividade física para idosos?; Quais os motivos que impedem a sua participação no programa?; Como podemos lhe ajudar para possibilitar a sua participação no programa?.

Cálculo da taxa de participação:

$$\text{Taxa de participação} = \frac{\text{número de pessoas que concordaram em participar}}{\text{número de pessoas elegíveis}} \times 100.$$

Proposta para o Programa - dimensão Efetividade/ Eficácia

Serão realizadas avaliações individuais, com o objetivo de obter informações sociodemográficas, analisar a condição física dos idosos e acompanhar as alterações/mudanças em função da participação no programa.

Frequência das avaliações: uma avaliação ao início de cada trimestre. Os participantes que começarem a frequentar o programa em períodos posteriores também serão avaliados.

Serão realizadas entrevistas para identificar as seguintes informações sociodemográficas dos participantes: Nome completo; data de nascimento; idade (anos); sexo (feminino/ masculino); escolaridade (analfabeto(a), ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo); estado civil (solteiro(a), união estável, casado(a), divorciado(a), viúvo(a)); situação ocupacional (aposentado(a), pensionista, aposentado(a) ativo(a), remunerado(a) ativo, não remunerado(a) ativo(a)); renda familiar mensal (até 1 salário mínimo, de 1 a 2 salários mínimos, de 2 a 3 salários mínimos, de 3 a 5 salários mínimos, acima de 5 salários mínimos)

O acompanhamento da frequência será realizado por meio de uma lista de presença (Quadro 4).

Quadro 4 - Modelo para lista de frequência dos participantes.

| NOME | dia/mês/ano | dia/mês/ano | dia/mês/ano | FALTAS |
|--------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| Participante | F/ C | F/ C | F/ C | n |
| Participante | F/ C | F/ C | F/ C | n |
| Participante | F/ C | F/ C | F/ C | n |

Legenda: F=faltou; C=compareceu; n=número de faltas.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Os participantes serão cadastrados no sistema e-SUS/APS e as presenças serão registradas na plataforma digital.

Para coletar os dados antropométricos pode ser utilizada balança digital (massa corporal), estadiômetro (estatura), fita métrica flexível (perímetro da cintura e quadril) e esfigmomanômetro de pulso (pressão arterial).

O nível de atividade física será obtido por meio da aplicação do questionário proposto nas “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2021; Anexo 3).

A análise dos dados ocorrerá conforme orienta o documento “Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2021; Anexo 4).

As medidas de aptidão física escolhidas foram identificadas na revisão sistemática (1ª etapa da pesquisa):

- Força muscular – teste de sentar e levantar da cadeira; teste de flexão de cotovelos.
- Flexibilidade – teste de sentar e alcançar; teste de alcançar atrás das costas.
- Capacidade aeróbica – teste de marcha estacionária.
- Equilíbrio – teste de equilíbrio estático unipodal com olhos abertos.

Para avaliar a capacidade funcional dos idosos participantes do programa, utilizaremos testes identificados na revisão sistemática (1ª etapa da pesquisa): teste de sentar, levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa; teste de calçar meias.

Na revisão sistemática do presente estudo, identificou-se dois instrumentos para avaliar a qualidade de vida dos idosos, ambos serão utilizados no programa sendo o WHOQOL-OLD e o WHOQOL-BREF propostos pela OMS.

Para a aplicação das entrevistas, questionários e testes serão agendadas individualmente como atividade integrante do programa.

Os resultados das avaliações serão entregues aos participantes dentro do prazo de 15 dias após a data da coleta. A entrega dos resultados poderá ser realizada em forma de reuniões em grupo ou individualmente para apresentar e discutir os resultados.

Proposta para o Programa - dimensão Adoção

Identificação dos locais: Será realizada uma reunião com o(a) secretário(a) municipal de saúde para identificar os locais possíveis de implementação do programa. Posteriormente os coordenadores desses locais serão contatados para apresentação do programa e verificar se estão dispostos a adotar o programa.

Cálculo da taxa de participação dos locais:

$$\text{Taxa de participação dos locais} = \frac{\text{número de locais que participaram}}{\text{número de locais elegíveis}} \times 100$$

Identificação dos membros da equipe: serão realizadas reuniões nos locais elegíveis para implementação do programa, para apresentação da proposta aos profissionais que atuam nesses locais e identificação dos membros da equipe que estão dispostos a participar do programa.

Cálculo da taxa de participação dos membros da equipe:

$$\begin{aligned} \text{Taxa de participação dos membros da equipe} \\ = \frac{\text{número de profissionais que participaram}}{\text{número de profissionais elegíveis}} \times 100 \end{aligned}$$

Após a implementação do programa serão realizadas entrevistas com os gestores e membros da equipe para identificar aspectos relacionados a adoção, incluindo perguntas como “qual a sua percepção sobre o processo de implementação do programa?”, “qual característica do programa mais lhe chamou a atenção?”, “você acha necessário contratar mais profissionais para atuar no programa?”, “na sua opinião, em quais aspectos o programa pode melhorar?”.

Proposta para o Programa - dimensão Implementação

Frequência: Três vezes por semana em dias alternados (segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira) no período da manhã e/ou tarde.

Profissional responsável: preferencialmente um profissional de Educação Física ou profissional de saúde da UBS.

Duração das intervenções: 60 minutos.

Intensidade: Intensidade moderada entre 60 e 70% da FC máxima, previamente estimada.

O planejamento e periodização das intervenções será de acordo com sessões multicomponentes de atividade física. Também poderão ser realizadas atividades interdisciplinares com profissionais de saúde para abordar temáticas relacionadas a adoção de hábitos saudáveis (alimentação saudável e saúde mental).

Estrutura das sessões de atividade física:

4) Parte inicial:

Aquecimento: terá como objetivo ativar o corpo todo, sair da condição de repouso, aumentando a frequência cardíaca e conseqüentemente a circulação sanguínea, preparando-se física e psicologicamente para as atividades que serão propostas na sequência e que exigirão maior esforço. Exemplos: ginástica geral e exercícios de mobilidade articular.

5) Parte principal:

Resistência cardiorrespiratória: as atividades terão como característica principal o aumento da frequência cardíaca e respiração, bem como a utilização do oxigênio como fonte energética. Exemplos: caminhada, ginástica aeróbica, hidroginástica.

Exercícios de Equilíbrio: é a capacidade de manter o centro de massa corporal sobre uma base de suporte podendo ser estático ou dinâmico. As atividades incluirão equilíbrio estático e dinâmico, de acordo com as possibilidades executivas de cada indivíduo.

Força muscular: de modo geral é a ação muscular contra alguma resistência. Os exercícios de força serão realizados utilizando o peso do próprio corpo. A intensidade dos exercícios de força será moderada, mensurada por meio da percepção subjetiva de esforço.

Flexibilidade: é a capacidade de executar movimentos com maior amplitude. Os exercícios de flexibilidade incluirão alongamentos passivos com 20 segundos de duração cada variação.

6) Parte final

Relaxamento: momento de descontração muscular, proporcionando um ambiente harmônico e de motivação para maior adesão ao programa, favorecendo o bem-estar psicológico e emocional dos idosos.

Custos de implementação:

Contratação de Profissional de Educação Física – os salários serão ajustados conforme possibilidades da gestão e dos profissionais.

Aquisição de materiais – fita métrica flexível; balança digital; estadiômetro; esfigmomanômetro de pulso; bolas para ginástica; colchonetes; caixa de som portátil. Salientamos que outros materiais podem ser incluídos conforme a disponibilidade do município.

Proposta para o Programa - dimensão Manutenção

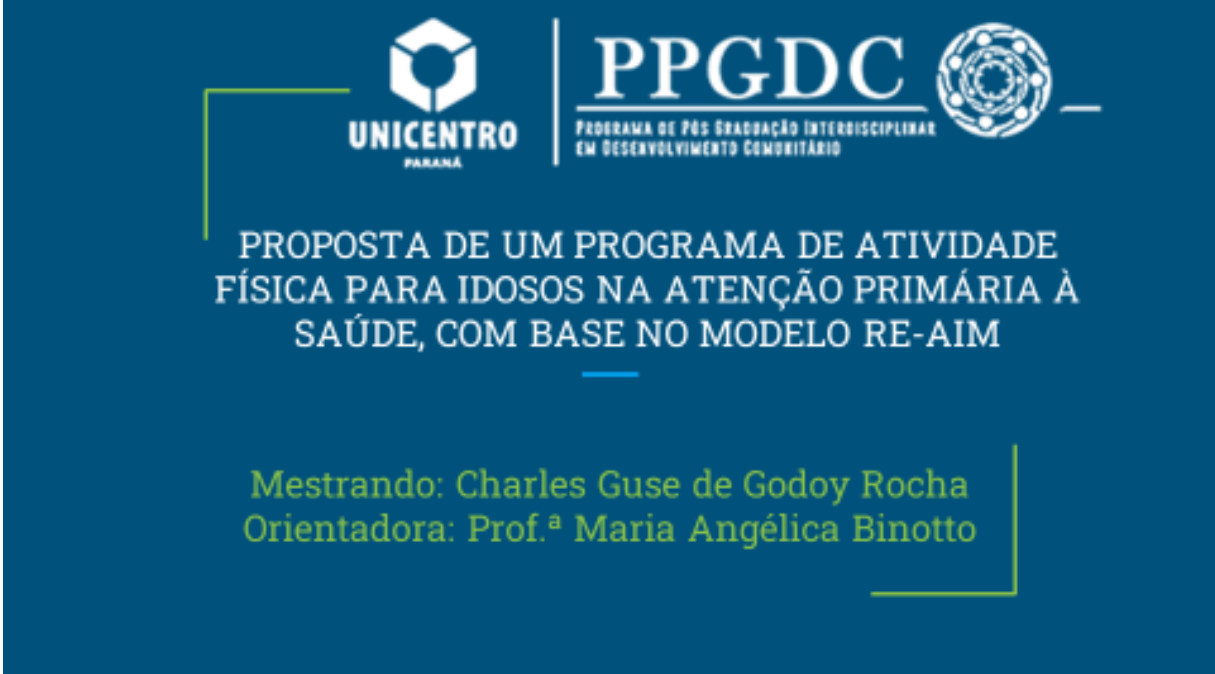
Serão realizadas reuniões mensais com a gestão municipal para identificar estratégias de manutenção do programa ao longo do tempo. Nessa reunião serão apresentados os resultados obtidos e possíveis benefícios proporcionados aos idosos da comunidade. Serão identificadas possíveis alterações no programa para viabilizar sua manutenção.

Entendendo que a troca de gestão pode ocasionar o encerramento da oferta do programa, algumas estratégias podem ser realizadas para a institucionalização do programa como a contratação de profissionais de Educação Física para atuarem exclusivamente na gestão do programa e a criação de políticas públicas municipais que garantam a oferta de programas de atividade física para a população idosa.

Os custos financeiros para a manutenção do programa serão ajustados conforme possibilidades de ambas as partes, profissionais e gestão, serão levantadas alternativas para a manutenção dos custos para viabilizar a continuidade do programa.

Apêndice 2 - Slides utilizados na apresentação da proposta do programa.

Slide 1:



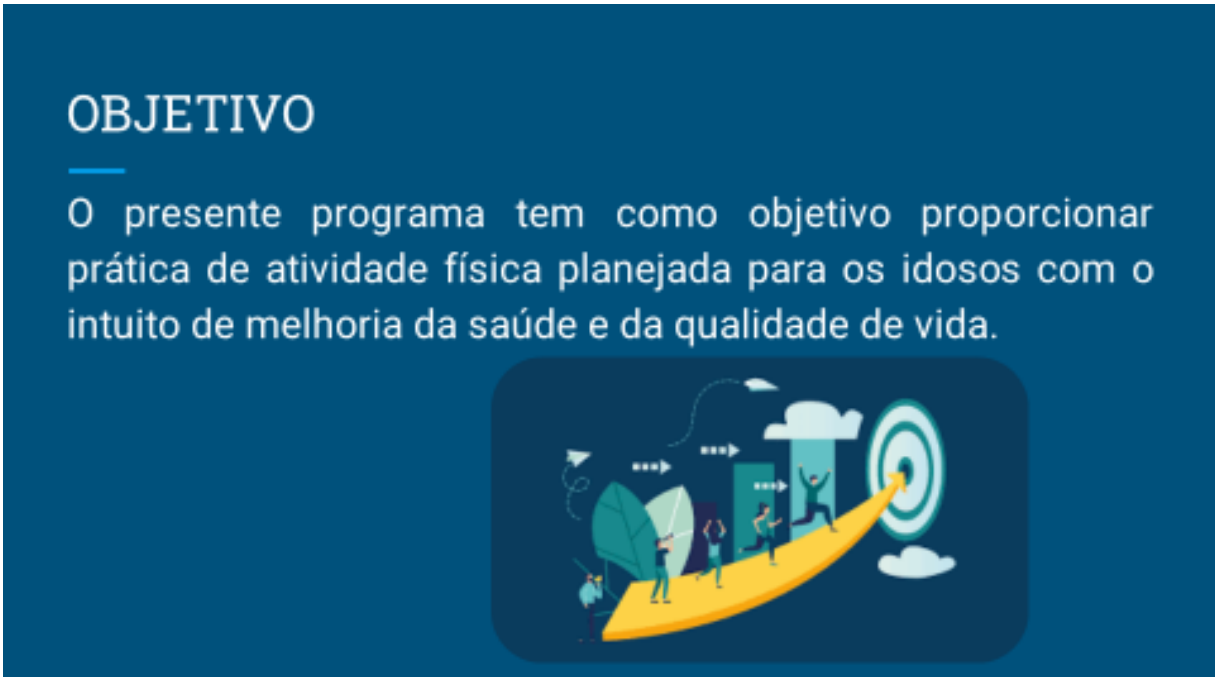
UNICENTRO
PARANÁ

PPGDC
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE
FÍSICA PARA IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE, COM BASE NO MODELO RE-AIM


Mestrando: Charles Guse de Godoy Rocha
Orientadora: Prof.ª Maria Angélica Binotto

Slide 2:



OBJETIVO

O presente programa tem como objetivo proporcionar prática de atividade física planejada para os idosos com o intuito de melhoria da saúde e da qualidade de vida.



Slide 3:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

Bases teóricas:

- Evidências científicas encontradas na Revisão Sistemática;
- Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS)
- Guia de Atividade Física para a População Brasileira;
- Modelo RE-AIM.

Slide 4:

O MODELO RE-AIM

ALCANCE;
EFETIVIDADE/ EFICÁCIA;
ADOÇÃO;
IMPLEMENTAÇÃO;
MANUTENÇÃO.



(ALMEIDA, BRITO, ESTABROOKS, 2013)

Slide 5:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ ALCANCE

Participantes: homens e mulheres usuários da UBS e/ou moradores da localidade e território de abrangência da UBS com idade igual ou superior a 60 anos.




Slide 6:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ ALCANCE

Estratégias de divulgação e recrutamento:

- Apoio dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Boca-a-boca;
- Reuniões periódicas entre as equipes multiprofissionais atuantes nas UBS's;
- As redes sociais e mídias em geral (rádios, jornais, revistas, grupos de WhatsApp, Facebook);
- Confecção de cartazes e panfletos impressos.



Slide 7:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ ALCANCE

Serão realizadas entrevistas com os idosos moradores da região da UBS que não participarem do programa.

Taxa de participação =

$$\frac{\text{número de pessoas que concordaram em participar}}{\text{número de pessoas elegíveis}} \times 100$$



Slide 8:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ EFETIVIDADE/EFICÁCIA

Serão realizadas **avaliações** individuais.

Frequência das avaliações: uma avaliação ao início de cada semestre.

Dados sociodemográficos e clínicos;

Dados antropométricos;

Nível de Atividade Física;

Capacidade funcional;

Qualidade de vida.



Slide 9:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ EFETIVIDADE/EFICÁCIA

Entrega dos resultados:

Reuniões em grupo ou individualmente.



Slide 10:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ ADOÇÃO

Locais: Todas as Unidades Básicas de Saúde, no município de Irati-PR;

Identificação dos locais: Secretário(a) municipal de saúde e Coordenadores dos locais.

Taxa de participação dos locais = $\frac{\text{número de locais que participaram} \times 100}{\text{número de locais elegíveis}}$



Slide 11:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ ADOÇÃO

Identificação dos membros da equipe: profissionais que atuam nos locais.

Taxa de participação dos **membros da equipe**=



$$\frac{\text{número de profissionais que participaram}}{\text{número de profissionais elegíveis}} \times 100$$

Entrevistas com os gestores e membros da equipe.

Slide 12:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ IMPLEMENTAÇÃO

Frequência: 3x por semana em dias alternados (segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira) no período da manhã e/ou tarde.

Profissional responsável: preferencialmente um Profissional de Educação Física ou profissional de saúde da UBS.

Duração das intervenções: 60 minutos.

Intensidade: Intensidade moderada entre 60% e 70% da FC máxima, previamente estimada.

Slide 13:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ IMPLEMENTAÇÃO

Estrutura das sessões de atividade física:

Ações Multidisciplinares com profissionais de saúde abordando várias temáticas sobre hábitos saudáveis.

O planejamento e periodização das intervenções será de acordo com sessões multicomponentes de atividade física.

1) Parte inicial:



Aquecimento: ginástica geral e exercícios de mobilidade articular.

Slide 14:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ IMPLEMENTAÇÃO

Estrutura das sessões de atividade física:

2) Parte principal:

Resistência cardiorrespiratória: caminhada, ginástica aeróbica, hidroginástica.

Exercícios de Equilíbrio: equilíbrio estático e dinâmico, de acordo com as possibilidades executivas de cada indivíduo.

Força muscular: serão realizados utilizando o peso do próprio corpo.

Flexibilidade: alongamentos passivos com 20 segundos de duração cada variação.



Slide 15:


Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ IMPLEMENTAÇÃO

Estrutura das sessões de atividade física:

3) Parte final

Relaxamento: momento de descontração muscular, proporcionando um ambiente harmônico e de motivação para maior adesão ao programa, favorecendo o bem-estar psicológico e emocional dos idosos.



Slide 16:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ IMPLEMENTAÇÃO

Custos de implementação:
Contratação de Profissional de Educação Física.

Estrutura física: locais de realização das ações.

Aquisição de materiais: fita métrica flexível, balança digital, estadiômetro, esfigmomanômetro, bolas para ginástica, colchonetes, caixa de som portátil.

Slide 17:

Planejamento de um Programa de Atividade Física para Idosos

→ MANUTENÇÃO

Reuniões mensais com a gestão municipal: identificar estratégias de manutenção; apresentação dos resultados obtidos e possíveis benefícios proporcionados aos idosos da comunidade; identificação de possíveis alterações no programa.

Os custos: profissionais e gestão; alternativas para a manutenção dos custos para viabilizar a continuidade do programa.

Estratégias: contratação de profissionais de Educação Física para atuarem exclusivamente na gestão do programa; criação de políticas públicas municipais que garantam a oferta de programas de atividade física para a população idosa.

Slide 18:

Alguma dúvida sobre a proposta

Convite

Participar de uma entrevista individual para identificar a percepção (gestor) sobre a proposta apresentada.

Desde já agradecemos sua valorosa contribuição



Apêndice 3 - Roteiro para entrevista semiestruturada**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Data da entrevista:

Horário:

Nome do(a) entrevistado(a):

Idade:

Formação profissional:

Tempo de Atuação na APS:

Qual a UBS que atua:

Cargo ou função:

Há quanto tempo você atua nesta função:

ENTREVISTA

1. Coordenador(a) de UBS: existem programas de atividade física para idosos sendo realizados na UBS em que você atua?
 - Se sim, como são desenvolvidos?
 - Se não, você conhece outros programas de atividade física para idosos que são desenvolvidos em outras UBS ou no contexto da APS do município de Irati (PR)?
- 1.1. Coordenador(a) da AB: existem programas de atividade física para idosos sendo realizados nas UBS do município Irati (PR)?
 - Se sim, como são desenvolvidos?
 - Se não, você conhece outros programas de atividade física para idosos que são desenvolvidos no contexto da APS do município de Irati (PR)?
2. Qual é a sua percepção em relação à proposta do programa de atividade física para idosos apresentada?
 - Potencialidades e fragilidades do programa.
3. Na sua opinião, em relação a proposta apresentada, qual é o aspecto que mais lhe chamou a atenção?
 - Por quê?
4. Na sua opinião quais impactos/resultados/efeitos esse programa poderá trazer à população idosa atendida?

5. Na sua opinião, a proposta tem potencial para alcançar os objetivos que se propõe? (Lembrando que o objetivo consiste em proporcionar prática de atividade física planejada para os idosos com o intuito de melhoria da saúde e da qualidade de vida).
 - Por quê?
6. Coordenador(a) de UBS: Você acredita ser viável a implementação deste programa na Unidade Básica de Saúde em que você atua?
 - Por quê?
- 6.1 Coordenador(a) da AB: Você acredita ser viável a implementação deste programa nas Unidades Básicas de Saúde de Irati (PR)?
 - Por quê?
7. Coordenador(a) de UBS: atualmente, existem profissionais na UBS que poderiam atuar no programa?
 - Se sim, O que você pensa sobre a formação inicial (área da graduação) e experiência destes profissionais para atuar no programa?
 - Se não, qual a formação inicial (área da graduação) e experiência você acha que esses profissionais deveriam ter para atuar no programa?
- 7.1. Coordenador(a) da AB: atualmente, existem profissionais nas UBS de Irati (PR) que poderiam atuar no programa?
 - Se sim, O que você pensa sobre a formação inicial (área da graduação) e experiência destes profissionais para atuar no programa?
 - Se não, qual a formação inicial (área da graduação) e experiência você acha que esses profissionais deveriam ter para atuar no programa?
8. Coordenador(a) de UBS: você consegue identificar possibilidades de aporte financeiro para a implementação e manutenção do programa na sua UBS?
- 8.1. Coordenador(a) da AB: você consegue identificar possibilidades de aporte financeiro para a implementação e manutenção do programa nas UBS de Irati (PR)?
9. Tem algum aspecto da proposta que você acrescentaria ou mudaria?
10. Você gostaria de fazer mais algum comentário, que não foi contemplado nas perguntas anteriores.

Apêndice 4 - Unidades de contexto.

| ROTEIRO DE ENTREVISTA | UNIDADE DE CONTEXTO |
|--|--|
| <p>- Coordenador(a) de UBS: existem programas de atividade física para idosos sendo realizados na UBS em que você atua?</p> | <p><i>Não, no momento nenhuma [...] No município de Irati, no contexto municipal não, voltado exclusivamente para idosos não tem (C1); Não, não existe, na verdade ali a gente não é uma unidade básica, a gente é um centro de atendimento, então a gente não é que nem as outras, que é estratégia saúde da família assim sabe, que tem aquele público que é, que pertence para eles, como a gente é um centro de atendimento a gente acaba atendendo toda a população que procura o serviço sabe, independente se é do centro, se é da unidade do posto (unidade de saúde) ou da (unidade de saúde), a gente acaba atendendo todo mundo ali [...] Não, não conheço (C2);</i></p> |
| <p>- Se sim, como são desenvolvidos?</p> | <p><i>Não, no momento não [...] Pela atenção primária de saúde não (C3); Na unidade básica não, mas tem um centro de convivência né, que já tem um programa de atendimento do idoso ali [...] Não, aqui em Irati não (C4); Não [...] Conheço [...] Tem um programa junto com o serviço social que eles vão, fazem só atividade de relaxamento né, com os idosos e se eu não me engano acho que uma vez por mês que eles vão e aí eles chamam né, a comunidade pra poder participar [...] O serviço social? [...] Vão até a unidade básica (C5);</i></p> |
| <p>- Se não, você conhece outros programas de atividade física para idosos que são desenvolvidos em outras UBS ou no contexto da APS do município de Irati (PR)?</p> | <p><i>Não, não existe [...] Eu não vou saber especificar, mas eu sei que existe alguma, não voltado para idosos né, mas alguma coisa laboral que está sendo, foi realizado, está sendo realizado somente nas unidades urbanas, eu sei que foi relatado né, em uma reunião que a gente teve que seria nas unidades maiores por conta da disponibilidade do pessoal que é da (universidade) né, é uma parceria, mas fora isso, para atender os pacientes, para atender grupos né, ali prioritários não, não conheço nenhum (C6); Na unidade não [...] Então eu faço parte do conselho do idoso, até quarta-feira eu fui numa reunião lá e eles fazem esse negócio de caminhada exercício físico no grupo de idosos, inclusive hoje teve lá na (unidade de saúde) num parque que tem lá, então já existe esse programa assim é uma coisa muito parecida meio semelhantes sabe, em alguns lugares principalmente aonde tem os grupos idosos, acho que tem na (bairro), (bairro), acho que no (bairro), por conta do parque então tem esses grupos, eu só não sei dizer bem ao certo, como é que funciona [...] Não, ele é da questão do grupo de idoso lá sabe, da terceira idade, mas são idosos que tem, que tão fazendo essas caminhadas, esses exercícios físicos, tem isso aí (C7);</i></p> |
| <p>- Coordenador(a) da AB: existem programas de atividade física para idosos sendo realizados nas UBS do município Irati (PR)?</p> | <p><i>Não, na verdade a minha unidade, ela é a unidade Laboratório do planificasus né, então a gente já faz ação com os idosos né, mas a gente teve bastante dificuldade por causa da pandemia, até a gente tem uma parceria com a fono da (universidade), que elas ajudam a gente estratificar e a gente até tentou uma parceria já com o pessoal da educação física, mas a gente não conseguiu por causa que parece que de uma transição de bacharelado e licenciatura que teve no curso, até teve um professor que me procurou várias vezes também que a gente queria muito fazer alguma parceria né, mas sei que não deu certo... aí agora a coordenadora da fono que vai, a professora de saúde coletiva, ela tava entrando em contato com o pessoal da educação física para auxiliar alguma coisa, até porque</i></p> |
| <p>- Se sim, como são desenvolvidos?</p> | <p><i>Não, na verdade a minha unidade, ela é a unidade Laboratório do planificasus né, então a gente já faz ação com os idosos né, mas a gente teve bastante dificuldade por causa da pandemia, até a gente tem uma parceria com a fono da (universidade), que elas ajudam a gente estratificar e a gente até tentou uma parceria já com o pessoal da educação física, mas a gente não conseguiu por causa que parece que de uma transição de bacharelado e licenciatura que teve no curso, até teve um professor que me procurou várias vezes também que a gente queria muito fazer alguma parceria né, mas sei que não deu certo... aí agora a coordenadora da fono que vai, a professora de saúde coletiva, ela tava entrando em contato com o pessoal da educação física para auxiliar alguma coisa, até porque</i></p> |
| <p>- Se não, você conhece outros programas de atividade física para idosos que são desenvolvidos no contexto da APS do município de Irati (PR)?</p> | <p><i>Não, na verdade a minha unidade, ela é a unidade Laboratório do planificasus né, então a gente já faz ação com os idosos né, mas a gente teve bastante dificuldade por causa da pandemia, até a gente tem uma parceria com a fono da (universidade), que elas ajudam a gente estratificar e a gente até tentou uma parceria já com o pessoal da educação física, mas a gente não conseguiu por causa que parece que de uma transição de bacharelado e licenciatura que teve no curso, até teve um professor que me procurou várias vezes também que a gente queria muito fazer alguma parceria né, mas sei que não deu certo... aí agora a coordenadora da fono que vai, a professora de saúde coletiva, ela tava entrando em contato com o pessoal da educação física para auxiliar alguma coisa, até porque</i></p> |

na nossa unidade a gente tem uma academia da saúde né, na frente da unidade... porque eu sou coordenadora de três unidades na verdade a estratégia de saúde da família que eu trabalho ela também atende (bairro) e o (bairro) que são áreas rurais que são próximas, fazem parte da nossa unidade também [...] Não, não tem nada assim é só planifica SUS né, que a gente trabalha com os idosos, mas atividade física não, até agora fazem...faz, durante a pandemia a gente parou totalmente né, até a gente teve dificuldade para enviar os pacientes para o alto risco né, para o consórcio porque eles não queriam ir de medo e por casa também pelos acompanhantes né, eles não queriam não queriam fazer nada na verdade, na verdade nós orientávamos eles não sair de casa uma época né, tanto que nós estávamos estratificando os idosos pelo telefone né, a gente fez um trabalho bem legal pelo telefone, mas agora fazem acho que uns dois anos durante a pandemia eles fizeram mais uma praça lá em (bairro) sabe que ela não é utilizada né, então a gente queria muito fazer alguma coisa...até o médico que trabalha comigo ele também ele é bem adepto, educação física, exercício físico, as vezes a gente gasta a lábia assim falando para ele sabe, mas a gente tenta a equipe inteira falar a mesma coisa sabe, falar de atividade física porque a gente não é só os idosos né, que a gente trabalha muito com hipertenso e diabético né, que a gente também que precisa muito de atividade física, que alimentação e atividade física a gente tenta colocar para eles que é tão importante quanto o medicamento às vezes mais importante né, mas é difícil deles entenderem e a gente também como a gente precisa de uma equipe multiprofissional né, então a gente queria muito que o educador físico fizesse parte da nossa unidade sim, porque a gente não tem formação né, para fazer exercício pra... a gente sabe o básico né, de alongamento essas coisas, mas a gente não sabe na verdade, a gente é empírico né, mas é muito interessante assim gente se a gente conseguisse fazer uma parceria [...] De atividade física não [...] Na atenção primária e eu acredito que não, é eu acredito também que acho que eles fizeram essa mesma parceria que já tentaram com a (universidade) mas é... eu sei que eles fazem estágios assim alguma coisa, mas é assim com os pacientes da unidade mesmo é... eu não, eu desconheço (C8); Não, não tem na unidade tem ali em conjunto que é uma equipe né, da terceira idade lá que eles fazem atividade de caminhada, está abrindo a academia lá deve dar uns três quilômetros da minha unidade, que eu acho que vai ter um... uma população bem interessada mesmo na academia também [...] De Irati não... ah conheço sim, que tem lá na (bairro), eu acho que no (bairro), acho que terça e quinta, eu acho que é yoga e atividade física que eles fazem não consegui participar ainda porque não bate horário né, às 14 horas que eu sei que é na (bairro) e parece que às 16 horas na quinta-feira no (bairro) que é para os idosos que participam também [...] Não sei contar quem que implantou, tenho muita inveja porque eu também queria ter isso, eu viajei em um... para uma cidade, agora não vou lembrar o nome e conheci uma estrutura lá que é voltada toda pro idoso, onde o idoso pratica, tem natação, eu não sei falar o nome agora, não é o vôlei... é jogado a bola lá um esporte que também, é uma cidade próxima acho que (cidade) alguma coisa assim, que eu vi assim, achei muito interessante o projeto que os idosos têm desde a sala de leitura, crochê, a parte de inglês e informática pra eles aprenderem a trabalhar com computador, achei

bem interessante dele (C9); Não [...] Não, aqui em Irati não [...] Não (C10); Na saúde não, mas na assistência social se tem, tem na secretaria assistência social e acho que na secretaria do esporte também tem, mas eu tenho certeza que na de assistência social tem [...] Não, não [...] Charles, não sei te dar os detalhes assim, porque já te falo é de outra secretaria, daí não sei te dar muito detalhe sobre isso, nós queria né, nós gostaria de ter um próprio da atenção primária né, mas próprio da saúde né me refiro, mas não temos, porque é super importante né (C11).

- Qual é a sua percepção em relação à proposta do programa de atividade física para idosos apresentada?

- Potencialidades e fragilidades do programa.

- Na sua opinião, em relação a proposta apresentada, qual é o aspecto que mais lhe chamou a atenção?

- Por quê?

Bastante interessante, então se a gente conseguir essa colaboração, vamos dizer assim, tanto da parte da gestão, quanto da população em si, é bem interessante [...] O que mais chamou, na verdade assim o que a gente tem observado é o sedentarismo mesmo, na verdade né, então tá cada vez aparecendo mais não só idosos mas a população de uma maneira geral, aumento de peso né, a pressão arterial elevada, taxa de glicemia alterada, então assim se né der tudo certo, se for aprovado, se a gente conseguir implementar vai ser interessante porque é uma maneira né de tirar essas pessoas do sedentarismo e consequentemente melhorar a saúde deles também, creio eu (C1); Eu acho bem joia essa a proposta, assim eu fico pensando assim quanto aos idosos se eles vão querer aderir o programa porque na verdade o idoso ele se acomoda né, ele não gosta muito de tá saindo e tal, por isso que vai ter que ter bastante assim divulgação e como se diz... incentivar eles mesmo né, conversar, explicar aí para tentar trazer esse idoso, porque eu acho que não vai ter tanta procura espontânea entendeu? Pelo que a gente vê eles são meio resistente [...] Não acho que pelo que você apresentou lá bem legal o programa tá tudo certinho, só vai de os idosos aderir mesmo [...] Como... talvez aquela parte que você apresentou dos exercícios no local, entendeu? Porque eu vejo assim, a unidade do (bairro), ela fica praticamente no (parque da cidade) né, que tem o lago, que tem o gramado, que tem assim, já tem um lugar assim aberto e legal que oferece, a nossa unidade, como é uma unidade fechada... eu não tenho assim uma sala para eu tipo fazer um alongamento com eles, fazer uma reunião, ou até o próprio fisioterapeuta fazer isso né, então é o espaço físico é complicado sabe [...] Ali no nosso (unidade de saúde) não [...] Não, só tem o (parque da cidade), aonde fica a unidade do (bairro) (C2); Então, na verdade eu acho interessante né, é uma proposta... eu trabalhei um tempo em (município), posso citar como exemplo, e lá a gente tinha esse programa da atividade física uma vez por semana na unidade, na verdade era o município né, acabava fazendo todo, como o município é pequeno a gente fazia na praça lá todo mundo, e era a população acabava aderindo e também participando dos outros programas dentro da unidade, pela atividade física eles acabavam procurando a unidade para outros fins também, então era a forma que a gente tinha de captar esses idosos pra dentro da unidade de saúde, então ajudava bastante, aqui... vou falar um pouquinho ali da minha realidade na comunidade ali onde eu trabalho no momento, então a comunidade da (bairro) é uma comunidade muito grande né, a gente hoje atende mais ou menos 18 mil pessoas na área né, desse montante quase que vamos dizer aí uns 40% são idosos, mas são idosos que não aderem muito a nenhum tipo de atividade diferenciada na unidade sabe, eles não

tem assim uma procura, eles não têm um interesse e também não tem um entendimento da importância disso, a gente tenta ressaltar isso, mas eles não... até porque ali como é uma comunidade mais carente, vamos dizer assim né, em sua grande maioria esses idosos, eles são pais de família, são avós né, são babás, são cuidadores, então eles tem essa rotina de cuidar dos netos e acabam não cuidando da saúde deles no geral, eles cuidam da família, mas não cuidam deles, então é... talvez tenha essa adesão, mas não numa porcentagem que seria o ideal né, pra comunidade [...] Ah, eu acho que é a questão da atividade mesmo em si né, da participação né, da comunidade perante o programa, é interessante porque você consegue captar essas pessoas, porque quando eles não procuram a unidade por um motivo, eles vão procurar talvez pela atividade física, então é a forma de captar esses pacientes né, mas... não sei até que, como que eu vou explicar, pra saúde seria ideal né essa atividade física a gente sempre coloca que atividade física em todas né, em todos os nossos programas que a gente tem dentro da unidade de saúde existente, a gente sempre joga a atividade física como essencial né, então a gente entende que é necessário né, que se faz necessário ter esse... esse trabalho junto né, com a unidade de saúde (C3); Eu acho a proposta muito boa, acho que é bem legal e palpável até teve um... faz bem pouco tempo veio uma proposta do Ministério da Saúde de financiamento de uma proposta parecida com essa e a gente até discutiu com a gestão. Eu acho que a proposta é muito boa, mas Irati tem uma defasagem de atenção primária né, então quando você coloca ali dos números até para atingir essa população, as unidades não sabem quem são seus idosos, então assim é alguns passos aí teria que repensar né, nesse processo, mas eu acho que a proposta em si é muito boa [...] Eu gostei muito da sequência de raciocínio né, que é o método que você explicou, que eu acho que tudo que tá bem embasado tem chance grande de dar continuidade, então gostei bastante e eu acho que a questão de pensar que não precisa ser feito só pelo profissional educação física né, que pode ser feito por um profissional da unidade por questão de financiamento, por questão que, teria que ter um profissional contratado só pra isso e a gente não sabe, não é as realidades das secretarias de saúde né, mas acho importante que tivesse um educador físico (C4); Maravilhosa, ainda mais lá em (bairro) é uma colônia né, e essa colônia tem muitos idosos e eles são bem carentes de tudo né, então acho bem legal até mesmo pra poder acolher esses pacientes né, trazer uma qualidade de vida diferente pra eles [...] Não, não vi, a princípio não [...] De colocar um profissional de educação física né, nas unidades, que seria maravilhoso, porque não dá, um enfermeiro não tem tanta capacidade para isso né, porque tem coisas que só o profissional da educação física que sabe e a gente faz só o superficial, então seria muito bacana, muito bacana ter [...] Porque é competência do professor de educação física fazer isso né, e cara, tem coisa que só o professor de educação física que sabe fazer, não tem o que falar (C5); Eu acho maravilhoso, se for conseguido implementar né, porque falta o estímulo né, eu vejo, vindo pela minha realidade falta muito esse estímulo, eles ficam esperando alguma coisa mais fácil né, para eles, no meu caso que trabalho no interior tem dificuldade de deslocamento, então já idoso, eles já não saem procurar esse tipo de atividade, então sendo uma atividade em grupo que eles consigam interagir entre si e conseguir ao mesmo tempo

desenvolver atividade, eu acho maravilhoso, eu acho que seria assim um sonho a gente conseguir realmente implementar isso sabe [...] A proposta de implementação, olha, posso perguntar para você chamou atenção em que sentido assim se dificuldades ou de... no que que chamou atenção? [...] Então que chamou atenção em que sentido assim, de chamou atenção que seria mais difícil seria ou o que seria mais difícil com eles ou no geral? [...] deixa eu pensar [...] É da apresentação, porque eu lembro né, que como foi né, você especificou exatamente todos os passos da implementação e tudo, eu acho que, eu quero fazer mais uma pergunta: você quer que eu avalie o programa? Na minha percepção do que chamou atenção do programa ou da implementação do programa? acho que foi isso que eu não entendi na pergunta [...] Eu acho que foi lá a questão de depois né, de avaliação né, de você conseguir, porque nem todos trazem essa proposta né, então o de você conseguir avaliar e fechando né, e conseguir ver aonde que a gente pode ir melhorando o programa eu acho que nesse sentido agora que eu entendi, nesse sentido eu acho que a avaliação, pra gente conseguir olhar o que a gente tá fazendo e consegui melhorar isso, acho que essa é o ponto assim que a gente sempre consegue tá evoluindo [...] Porque quando você avalia o que você tá fazendo, você consegue perceber né, se você tá errando, se ele tá sendo eficaz se ele não tá sendo eficaz né, não adianta eu não colocar metas no caso do programa, metas ali pros pacientes, eles se colocarem, a gente colocar junto né, estabelecer ali e não ter uma avaliação lá na frente porque ninguém vai saber se... ai vão estar lá só por estar ou né, que não que seja errado, mas se perde um pouco, a gente conseguirmos avaliar o nosso trabalho se ele tá sendo eficaz se ele tá sendo efetivo a gente consegue... ah, não tá dando certo, então a gente tem que traçar um novo planejamento para conseguir corrigir e chegar no resultado que a gente espera, que é a melhoria da qualidade de vida, né, que é sair do sedentarismo né, e se você não avaliar o teu trabalho ali, você pode ir fazendo de qualquer jeito e não vai tá evoluindo né, e acredito que o foco sempre é a gente tá evoluindo junto né, com os pacientes ali né (C6); É acho que é importante né, principalmente pra todo mundo né, importante fazer exercício físico né, pros idosos também porque pra eles é bom, além da caminhada eles conseguem fazer uma interação entre eles, saem um pouco de casa, enfim é boa, a proposta é ótima [...] A importância que você falou acho que para manter né, o esse grupo assim indiferente que tenha a gestão né, porque sempre muda e às vezes o projeto acaba né, então é importante você ter falado de montar um... é assim todos os meses se reunir para ver o que melhorar, para melhoria do programa, acho que é importante não só começar mas começar e manter, continuar assim sem que a gestão atrapalhe né, com a entrada e saída deles, acho que essa é importante [...] Porque tudo que começa não termina, entendeu? Começa legal o programa e daí acaba, começa e acaba, porque não tem apoio da gestão sabe, então é legal, é um projeto bacana, como tantos outros que também tem, mas sempre tem um começo e bem curto e logo acaba por conta da gestão às vezes não tem um interesse sabe (C7); Eu acredito que seja muito produtivo né, pela qualidade de vida mesmo dos pacientes né, que esse é o nosso objetivo né, melhorar a qualidade de vida diminuir os níveis né de glicemia, de pressão, eles ter uma melhor qualidade de vida né, atividade física proporciona tudo isso né, além de prevenção né, de

doenças renais, cardiovasculares, então é muito legal muito bem importante mesmo esse trabalho [...] Eu acho que nesse momento é inserção do profissional de educação física na atenção primária né, porque aqui em Irati é muito carente, é só voltada ao médico e ao enfermeiro, ou técnico de enfermagem, ou dentista e que nem sempre a gente tem essa interatividade dos profissionais né, então a equipe multiprofissional até no mac lá que a gente manda os pacientes não tem educador físico né, só tem o nutricionista, o psicólogo, farmacêutico, mas o educador físico não tem [...] Pela carência de profissionais né, de que é, a gente vem a dez anos sem concurso aqui né, eu vou fazer 10 anos que eu tô trabalhando já né, e o último concurso foi em 2012 e nunca teve profissional de educação física, é teve acho que logo quando eu entrei lá por 2014, eu chamei até um professor de educação física para conversar com os pacientes e a gente foi na igreja fazer, ele fez como se fosse uma palestra né, mas daí essa parceria não durou muito tempo, porque daí é difícil também né, da (universidade) por causa de burocracia essas coisas (C8); Cem por cento, eu preciso saber que aquele meu hipertenso às vezes não é a medicação, é atividade que ele não pratica, a minha diabética, aquela pessoa que sente dor, ah eu senti dor de vir aqui no posto andando, por que? Porque ela não tem aquela atividade física, eu sou totalmente a favor da gente implantar no posto porque eu vou ter além de observar como é que o meu paciente evolui, eu poder trabalhar com ele também, eu sou muito contra o uso, qualquer coisa medicação, medicação, medicação, às vezes uma atividade física diminui a hipertensão, ajuda no controle da diabetes de todos os exames né, colesterol, a fadiga, dificuldade respiratória eles precisam [...] A parte que você colocou assim da gente ter né, fisioterapeuta lá, o educador físico acompanhando lá e a equipe né, multi lá que pode o fisioterapeuta, não aquele lá não desenvolve um movimento com esse braço, podemos aplicar, a nutricionista a gente tentando dizer não porque que você usa tanta fritura, tanto sal, se a atividade vai ajudar, a gente ter essa equipe, não só uma pessoa porque só eu enfermeira não consigo abrir a cabeça do diabético, do hipertenso e tudo mais né [...] Ah por a gente vê né, eu sedentária faço atividade física agora né, eu perdi peso, a minha qualidade de alimentar melhorou muito, eu era gostava muito de refrigerante e eu era automedicar, ah qualquer coisa automedicação, não uma caminhada que eu saio com meu cachorro já faz a diferença, a gente explicar pro paciente que não é a medicação, é a atividade física dele, é o modo de vida que ele tem, que ele pode caminhar sim dentro do terreno, que a maioria do pessoal do meu interior lá eles têm terreno grande, que podem mesmo ter um espaço pra fazer um alongamento, alongamento você faz na sala né, a gente tem aula no (internet), a gente tem vídeos que eles podem, a gente até panfleto montar pra eles, ó como é que faz alongamento em casa igual falei para você, cabo de vassoura alguma coisa que pode, a gente possa melhorar, simples e com qualidade para o nosso idoso (C9); Eu percebo como muito interessante e essencial pra atingir mesmos níveis de saúde né, de bem-estar biopsicossocial que a gente almeja enquanto saúde na atenção primária [...] Eu acho muito interessante né, agora não, é eu não consigo assim me pautar especificamente em nada né, porque o geral ali para mim é muito bacana, eu moro, eu trabalho perto de uma unidade do serviço de serviço social né, ali no (UBS) é perto da (bairro) aqui em Irati que é grande é muito grande como

essa aqui, e eu já, eu vi, aquilo né, eu vi acontecendo o grupo né, na minha cabeça que eu imaginei o grupo de atividade física acontecendo com os hipertensos, os diabéticos, os idosos né, que a gente tá acompanhando na estratégia né, então a gente pede atividade física né, inclusive para diminuir os índices de glicemia e hipertensão entre outros agravos e eles não fazem, provavelmente por falta de estímulo, que esse grupo seria um excelente estímulo [...] A própria proposta de oferecer atividade física pros idosos, eu trabalho no SUS a muito tempo e isso nunca aconteceu (C10); Como eu te falo ia complementar né, ia ser muito bom para nosso atendimento aos idosos, nós temos um programa né, que é o planificasus, que é atendimento agora nesse momento na linha de cuidado do idoso, ao idoso, nós temos de oito ESF nós temos quatro já dentro do planifica então tamo com 50 por cento, então seria bom isso, a ver, o que acontece é que no planifica é o atendimento médico mesmo né, médico, enfermagem, agente comunitário, mas de atividade física não temo nada né, ainda não conseguimos trabalhar com eles ainda nisso, então seria bom porque complementar também até o atendimento do planifica mesmo né, da linha de cuidado ao idoso, seria muito bom [...] Então é bom, como eu te falo seria um, o que mais me chamou atenção é a parte do educador físico mesmo né, que não vai ser qualquer pessoa que vai falar, porque você pode chegar por exemplo o nutricionista pode chegar e falar não você tem que fazer exercício físico, mas o que mais me chamou atenção desse projeto é que vai ser propriamente com pessoas especializadas nisso sabe, educador físico que pode orientar a pessoa a fazer o exercício certo dependendo da doença que tenha, então é muito bom [...] Porque isso vai realmente, vai conseguir abarcar as necessidades do idoso, as reais necessidades porque todos os idosos, nós temos né na medicina né, no contexto da atenção básica temos uma classificação e essa classificação dos idosos, nessa base é que você conseguiria fazer o tipo de atividade física para cada um, todos os idosos não são iguais né, você faz a estratificação do idoso que é um instrumento que nós temos que é IVCF-20, porque aí você sabe o tipo de idoso que você vai trabalhar, então dependendo do idoso é um tipo de atividade física que você vai realizar né, não pode ser ah vamos fazer atividade física no geral, não tem como né (C11).

- Na sua opinião quais impactos/resultados/efeitos esse programa poderá trazer à população idosa atendida?

Então, eu acho que essa mesma questão de tirar os idosos do sedentarismo, não só os idosos mas né, talvez até trazer populações de outras faixas etárias, né para as atividades e incentivo à atividade física (C1); Eu acho que o resultado bem positivo dos que aderirem né, vai ser bem joia tanto pra fisicamente como né, eles vão sair, eles vão encontrar um outro idozinho, eles vão conversar, eles adoram isso né, então, interagir né, vão interagir entre eles (C2); É a questão de saúde mesmo né, de ter uma perspectiva maior de vida na atividade física, porque a maioria dos nossos idosos eles procuram a unidade pra medicação né, eles não veem a alimentação e atividade física como um tratamento de saúde também né, porque eles entram como tratamento de saúde e a comunidade não vê isso então talvez tendo o programa dentro da unidade isso ajudaria né nisso (C3); É a gente trabalha muito na atenção primária com a questão da funcionalidade do idoso né, eu acho que um programa nesse sentido ia ajudar bastante de

melhorar os índices de funcionalidade, buscando não só a questão da parte física, mas de convivência deles mesmos né, e de ter um acompanhamento mais próximo com a unidade de saúde, então eu acho que é bem proveitoso (C4); A diminuição do sedentarismo né, seria até um lazer para comunidade, porque (bairro) é uma comunidade né, uma colônia de 4 mil habitantes, as pessoas não tem muito o que fazer, então seria a qualidade de vida para eles né, e até mesmo um lazer (C5); Ah a melhoria da qualidade de vida, sair do sedentarismo, a interação com outras pessoas, porque eles saem da, muitos deles são sozinhos, tem a família, mas no dia a dia eles são sozinhos né, não se reúnem muito com outras pessoas, então conseguem sair das suas casas e ter uma interação com outras pessoas da mesma faixa etária inclusive (C6); Eu acredito que diminuição dos casos de, as vezes muito alto de diabetes, hipertensão, emagrecimento, obesidade né, talvez até a questão de saúde mental dos idosos por eles estarem interagindo ali, acho que é isso (C7); Acho que eu já respondi bastante, falei antes né, é a qualidade de vida né, do paciente né, e a busca da qualidade de vida física e mental também né, não só, que hoje em dia tem muito problema, tem muito idoso com depressão, com problema emocional né, então eu acho que o fato deles saírem de casa já, saírem do ambiente deles, já é muito importante para eles (C8); Ah o número da quantidade de medicação que eles usam qualquer coisa dor muscular, vou tomar um remédio, mas quem sabe um alongamento que ele não faz, a hipertensão, será que é hipertensão por ele usar muito sal? Mas quem sabe uma atividade um futebol, uma caminhada, um exercício físico vai melhorar para ele sim (C9); Os resultados? [...] Melhoria na condição de saúde em geral (C10); Então eu acho que o exercício físico no geral, a atividade física além de que ajuda ao controle não farmacológico das doenças crônicas que eles podem ter, também psicologicamente ajuda, o exercício físico não é só físico mesmo, é tratamento psicológico também, não só nos idosos, até na pessoa jovem, você faz exercício físico, e você nesse momento que você tá fazendo o exercício físico, você não pensa mais nada, não pensa nos problemas, então eu, é uma ajuda psicologicamente falando, sem contar que tem hormônios que são secretados no momento da atividade física que ajuda também na parte psicológica da pessoa (C11).

- Na sua opinião, a proposta tem potencial para alcançar os objetivos que se propõe? (Lembrando que o objetivo consiste em proporcionar prática de atividade física planejada para os idosos com o intuito de melhoria da saúde e da qualidade de vida).

- Por quê?

Sim, acho que se tiver a participação da população e o apoio da gestão municipal, creio que sim [...] Desculpa, não entendi o que você quis [...] Por que que ele pode atingir? Por esse, por acho que pelo fato né de a partir do momento que acho que você consegue trazer essa população para a unidade de saúde, pra uma atividade física eu acho que você consegue trabalhar com ele vários outros aspectos, controle da pressão arterial, controle da glicemia né, então controle do peso né, então você acaba trazendo é um atrativo a mais pra essa população tá procurando a unidade de saúde, porque o que a gente percebe-se que eles deixaram né, tem bastante pessoas que por causa de medo da pandemia, bastante pessoas deixaram de fazer a saúde preventiva, então eles procuram mais as unidades de saúde para o tratamento curativo, então a prevenção deixou muito, então talvez isso seja um atrativo a mais pra tá trazendo eles pra unidade de saúde (C1); Tem potencial, só depende das pessoas certas estarem envolvida né [...]

Porque é uma... a gente precisa disso né, a gente precisa e só depende do idoso querer fazer (C2); Então, na minha comunidade eu acredito que ele não consiga atingir esse potencial, sabe por esses, por n motivos né, que eu já expliquei que, principalmente a questão do, deles não aderir pelo, por não ter esse tempo disponível para ir no programa, participar do programa (C3); Eu acho que ela tem potencial, mas tem que rever alguns pontos como eu já falei né, é porque a princípio a gente nem conhece quem é nossa população idosa, então das nove unidades que você conversou ali, acho que duas ou três que tem uma porcentagem da população cadastrada, então se a gente não sabe quem é a nossa população ainda fica... tem esse né, essa defasagem, a gente já tem uma dificuldade enorme de fazer as estratificação de risco dos idosos né, porque a gente já por causa desse mesmo ponto, então eu acho que ela tem potencial, mas tem alguns pontos que precisam ser revistos, se nós vamos realmente buscar toda a população, se a gente vai elencar a população que procura a unidade, daí acho que a gente pode repensar melhor né, porque assim toda a população da área de abrangência da unidade é uma população bem grande bem extensa, mas a população que procura a unidade, acho que a gente já pode pensar numa maneira melhor (C4); Tem, muito potencial [...] Porque não é difícil fazer né, os gestores tem que implantar né, receber esse profissional, pagar esse profissional para isso né, da mesma forma que tem técnico de enfermagem, enfermeiro uma equipe multidisciplinar e nada mais justo que colocar um profissional e vai ser um benefício também, né para comunidade, para o usuário do SUS do posto de saúde (C5); Acredito, tem sim, sendo assistido, bem planejado, bem executado, acredito que tem sim [...] Porque se a gente conseguir fazer com que os idosos, captar esses idosos que eles participem, eles vão tá fazendo atividade física né, sendo acompanhados e avaliados e isso vai é, me fugiu a palavra, mas vai impactar diretamente à qualidade de vida deles né, eles tão fazendo uma atividade física saindo do sedentarismo, então vai melhorar qualidade de vida (C6); Tem, tem potencial sim [...] Porque os idosos vão querer né, acho que as unidades também tem... tem interesse em fazer essa proposta, eu acho que pode dar certo (C7); Com certeza [...] Acho que já venho respondendo repetido né, eu acho que pelo impacto né, pelo impacto bom que vai acontecer na saúde dele né (C8); Viu, não só com o idoso ali mas como pro familiar do idoso, que a gente sabe assim, o idoso vamos dizer assim o senhor a esposa, às vezes o filho vai acompanhar, quem sabe aquele filho também tem aquela dificuldade e pode acompanhar eu acho que melhora a qualidade da família não só do idoso (C9); Claro, sim, sem dúvida [...] Porque eles precisam né, muitas pessoas idosos ou não precisam de estímulo pra fazer atividade física, é difícil você sair sozinho fazer caminhar no, uma caminhada no quarteirão né, você não sabe né, você precisa de um profissional pra orientar né, de um grupo reunido né, um estímulo (C10); Eu acho que tem, tem potencial sim, como eu te falo se esse, se chegasse a objetivizar, objetivar né não sei como se diz em português, fazer objetivo, fazer a realidade, acontecer, fazer acontecer, eu acho que teria resultado ou seria um começo né pelo menos [...] Então porque como eu tô falando, é uma forma de pensar nesses idosos né, de introduzir eles também a falar que, haver e demonstrar para eles que eles podem fazer isso, podem fazer essa atividade física, eles não tão mortos

né, tão vivo tem que fazer essa atividade física que ajuda em tudo sentido (C11).

- Então, assim a gente até tem uma dificuldade na, se for pensar na minha unidade de saúde até mesmo pelo espaço físico, pela localização da unidade física né, não sei se você lembra a localização da unidade em si, então é uma, por exemplo, acessibilidade é zero, nós não temos acessibilidade, então esse já acho que vai entrar como um ponto negativo né, a questão de acessibilidade e a localização mesmo em si da unidade de saúde, por ser uma rua extremamente né movimentada, com grande fluxo de veículos, é numa rua bem íngreme, então eu acho que talvez aí vai pesar um pouquinho [...] Sim, na verdade é do outro lado da rua, tem a praça né, tem a praça ali que também, então na verdade seria, se fosse o caso, teria que ser utilizado ali a praça em si [...] Sim, não eu acho que sim, sim aham, a gente podendo usar o espaço público ali creio que sim, vai ser sim (C1); Eu acho que é, mas a gente vai bater na parte financeira, nos gastos da contratação, sempre tem gasto né e a administração vai olhar o gasto né, primeiro o gasto né, se ela tem esse dinheiro, como que ela vai, então não basta querer né, tem que [...] É viável sim (C2); Eu acho que sim, eu acho que é viável uma tentativa né, para ver se com o passar do tempo eles vão entendendo isso né, como uma rotina e como uma qualidade de vida né, talvez [...] Porque eu acho que a partir do momento que você cria o programa algumas pessoas vão vir né, a gente sabe que não vai atingir a todos como eu falei, mas talvez com a, porque assim é um trabalho de formiguinha, vamos dizer assim né, um vai contando para o outro e eu acredito que começa a ter mais, a comunidade começa aderir melhor né, ao programa, eu acho viável, acho interessante e acho que é importante atividade no ambiente (C3); Por enquanto não, porque a minha unidade como eu falei faz só três meses que eu tô lá e faz bem pouco tempo que a gente ainda tá nesse processo de transformar a unidade mesmo em uma estratégia saúde da família né, então no momento a gente só tá atendendo assim, a gente começou os atendimentos das condições crônicas de uma delas inclusive ao idoso né, o idoso, hipertenso, diabético, gestante, saúde mental, crianças, então dessas uma delas já é o idoso que a gente tá nesses atendimentos aos crônicos, mas ainda a gente tá avançando devagar, como faz pouco tempo que eu tô ali, então neste momento não tem condição de implantar [...] Porque a gente não tem, primeiro que eu não tenho estrutura né, nem de espaço físico, talvez sim utilizaria um outro setor da comunidade que né, teria esse espaço, segundo porque eu não tenho, é eu não sei quem é essa população, como eu falei eu só sei as pessoas que vieram até unidade né, então e dessas que vieram à unidade, já tô tendo assim bastante dificuldade pra manter, que seria o básico dos atendimentos essa população, então no momento eu acho que não teria assim condição de fazer bem certinho né, porque também não adianta nós ah vamos marcar atividade física para os idosos três vezes por semana, vamos, mas não adianta também eu não ter funcionário para tá lá junto, não adianta a gente não ter bem certinho né, ter o espaço físico, então neste momento acho que não tem condição [...] Sim, eu acho, eu acredito que por exemplo no meu planejamento assim do que a gente tá né, caminhando dentro da unidade, eu acredito que mais ou menos daqui uns seis meses a gente já conseguiu ampliar os nossos processos pra parte de prevenção em saúde né, que seria daí atividade física e se encaixaria aí, mas por enquanto ainda nos passos que eu estou indo ainda, nesses doze anos de atenção*
- Coordenador(a) de UBS: Você acredita ser viável a implementação deste programa na Unidade Básica de Saúde em que você atua?
- Por quê?
- Coordenador(a) da AB: Você acredita ser viável a implementação deste programa nas Unidades Básicas de Saúde de Irati (PR)?
- Por quê?

primária né, que eu já trabalhei, eu acho que daqui uns seis meses a gente vai estar mais estruturado com condições daí tanto da parte organizacional de eu poder liberar um funcionário, na parte de eu já conhecer um tanto da minha população e de eu já saber priorizar elencar quem são as pessoas que teriam características do programa daí [...] Eu não conheço a minha população, eu não sei quem são meus idosos (C4); Demais da conta [...] Por causa disso, por ser uma colônia, eles não terem muito o que fazer e às vezes eles buscam a unidade só para conversar e aí tendo isso é um meio também deles saírem de casa praticar uma atividade física saber conhecer um pouquinho mais sobre a saúde né, e é coisa nova né (C5); Aí vai depender da vontade da gestão por conta de ser interior né, um posto menor tudo, eu acredito que é viável né, acredito que a gente consegue captar idosos né, um grupo de, com um número bom de idosos para fazer, mas tudo depende de gestão né (C6); Acredito que sim [...] Porque a gente tem, a gente sabe já boa parte dos idosos que tem na nossa unidade, bem fácil de se ter contato com eles e eles são bem receptivos a essas novas coisas que a gente chama na unidade eles sempre vão, a gente sempre faz algumas coisas com eles lá pra fazer estratificação de risco, consulta, aí eles sempre vão, são bem adeptos (C7); Com certeza, a gente quer muito que a gente tem essa parceria né, mas muitas coisas não dependem de nós né, dependem da gestão de contratar profissional, então, às vezes a gente quer muito, muitas coisas, mas pela parte burocrática, nem sempre a gente consegue né [...] Por causa que a gente tem o público né, a gente tem tudo né, a gente tem o território, a gente tem os idosos né, que fazem parte da unidade, a gente só não tem o profissional né, pra ajudar (C8); Ah eu espaço eu tenho, vontade eu tenho, equipe eu tenho para dar suporte, eu tenho uma clientela que é muito aberta para isso, eu acho que de zero a dez... dez para gente conseguir implantar lá na minha unidade (C9); Sem dúvida nenhuma, muito viável, muito bem-vindo [...] Porque eu, assim eu quando eu digo eu, eu digo unidade de saúde né, eu preciso disso ali né, os idosos que frequentam a unidade de saúde, é eles precisam de atividade física e eu percebo que eles não fazem por falta de estímulo, por falta de alguém que diga: olha ali, tem vamos juntos né, então se tiver perto, a área é pequena, vai ser excelente (C10); Eu acho que sim, tem uma elevada população de idosos de Irati no geral né, então, pensando no idoso de hoje, você tá pensando no teu futuro da amanhã, porque todas as pessoas chegam nisso né, toda pessoa vai ser idoso [...] Então, já te falo, é depende muito às vezes Charles depende da parte orçamentária, que às vezes não depende de nós né, então essa parte de, eu tô falando da parte médica e de benefício para a saúde né, já na parte por exemplo se seria viável enquanto orçamento, economia, não sei te falar disso né, mas é, viável seria porque todo paciente que você consiga tentar controlar, por exemplo, nós vamos por exemplo das doenças crônicas, toda doença que você consiga controlar com dieta e com exercício físico é menos remédio que você vai ter que comprar né, então economicamente falando é viável também nesse sentido, todos os paciente que você consiga diminuir a quantidade de medicamento, menos medicamentos que tem que ser comprado (C11).

- Coordenador(a) de UBS: atualmente, existem profissionais na UBS que poderiam atuar no programa?

Não, não, porque assim a gente tá com uma demanda de atendimentos muito grande, e assim, e a falta de funcionários, então os funcionários estão todos sobrecarregados, então assim de falar de um, tirar um funcionário da unidade pra tá ajudando, colaborando ou até mesmo fazendo, nesse momento não tem [...] Não, a formação ideal seria né ou um educador físico ou até mesmo um

- Se sim, O que você pensa sobre a formação inicial (área da graduação) e experiência destes profissionais para atuar no programa?

- Se não, qual a formação inicial (área da graduação) e experiência você acha que esses profissionais deveriam ter para atuar no programa?

- Coordenador(a) da AB: atualmente, existem profissionais nas UBS de Irati (PR) que poderiam atuar no programa?

- Se sim, O que você pensa sobre a formação inicial (área da graduação) e experiência destes profissionais para atuar no programa?

- Se não, qual a formação inicial (área da graduação) e experiência você acha que esses profissionais deveriam ter para atuar no programa?

fisioterapeuta, eu acho que um dos dois seria a melhor capacitado vamos dizer assim (C1); Cara, hoje na minha unidade não tem, eu só tenho, tá a gente atende muita gente, mas eu tenho um técnico de enfermagem, o resto é tudo é estagiário, estagiários de técnico de enfermagem e eu de enfermeira, a gente não tem funcionário, a mão de obra nossa tá muito pequena, assim e defasou né, pessoal se aposentou, saiu, tem gente de férias, tem gente de atestado com essa pandemia que teve também saiu bastante gente, a gente não tem funcionário [...] Precitaria ter o professor de educação física, e mais gente junto com ele né, que tenha disponibilidade do tempo né, porque não adianta a gente fazer tudo correndo, e porque delegar isso pro enfermeiro ou pro técnico eu acho que fica, fica faltando alguma coisa né, a gente não tem o conhecimento que o fisioterapeuta tem, então o fisio tem que tá junto né, pra desenvolver [...] Pra fazer o programa? [...] O fisioterapeuta, desculpa, falei errado, o é educação física, aí meu deus, não sei porque eu falei fisioterapia, ah porque vai muito idozinho na fisioterapia e é ali do lado nosso [...] O fisio ajuda também né, as vezes (C2); Não, acho que não; Na verdade, assim a nossa unidade é uma unidade que demanda de muitos funcionários, a gente tem muitos funcionários, mas a comunidade é muito grande, então os profissionais que a gente tem hoje, eles já estão supridos e não conseguem parar com a atividade que estão desenvolvendo para fazer uma nova... uma nova atividade, então precisaria de mais profissionais pela falta de tempo, vamos dizer assim [...] Eu acredito que não necessariamente ser o educador físico né, eu acho que ele, porque o agente de saúde ele já passa, quando ele faz o treinamento ele já tem um treinamento específico né, para atividade física, é os profissionais os técnicos enfermeiros também eles tem atividades já voltadas né, para atividade física, então assim sobre supervisão eu acho que talvez um treinamento específico ali com um educador físico para, como que eu vou colocar, para desenvolver né, essas, não desenvolver, e explicar né, o que trabalhar naquele momento, mas eu acho que tem condição deles trabalharem, mas o treinamento do profissional com a equipe né, uma qualificação né da equipe vamos dizer assim, não um curso específico, acho que só um, que já, já faz parte do currículo né, da saúde a atividade física [...] Como graduação isso, mas sim um, a gente sempre chama de formação continuada né, sempre tá trabalhando isso, lembrando algumas coisas e trabalhando o que, o que é necessário para o momento né (C3); Sim [...] Eu tenho, tem alguns agentes comunitários que tem o perfil assim que a gente já vê que eles gostam dessas atividades em grupo assim e já atuam na intersetorialidade nos outros programas né, que eu acho que poderiam trabalhar, então tem acho que um ou dois agente comunitário, tenho as estagiárias do curso de técnico enfermagem de enfermagem que também poderiam, eu poderia colocar no escalonamento pra né se distribuir e eu tenho uma técnica de enfermagem também que gosta desse desse perfil assim sabe, e eu né [...] Ah sim, não isso teria que aprimorar né, porque assim eles não tem, é o conhecimento senso comum, eles precisam né de aprofundar esse conhecimento pra poder atuar nessa população né, eles não tem assim a cru eles não tem condição de atingir né, teve uma vez, eu venho de (município) né, e (município) teve uma secretária que tinha esse pensamento, ah não, vamos fazer atividade física para população e daí ela criou um grupo da caminhada, mas era só caminhada, era o grupo da caminhada, então eles saíam todo dia caminhar, claro teve seus efeitos assim, mas não foi duradouro porque não tinha, as pessoas não entendiam o sentido do porquê que estavam ali, não tinha um acompanhamento da unidade de saúde, mas ela queria mostrar que

teria né, que tinha uma atividade física ali na secretaria, e ela obrigou a todas as unidades tinham que fazer caminhada três vezes por semana, então assim tem certos detalhes que pesam para você ter um projeto que vai durar, que vai ter efeito mesmo né, não adianta assim ah vamos fazer caminhada, mas o solo é propício pra caminhada? Essas pessoas têm calçado? Essas pessoas têm, é estão liberadas da questão médica para fazer caminhada? Então tem vários pontos né que você tem que pesar assim não é simplesmente a vamos fazer atividade física, e eu acho que isso que é legal assim no teu programa porque eu vi que você ali né, você pediu materiais que vai avaliar a questão da pressão, né que vai ter mais pontos que vai estar pesando não será simplesmente vamos promover atividade física, tem que ver as limitações também né, de cada indivíduo e ver ele no, apesar de ser em grupo tem que ter uma avaliação individual (C4); Eu, só tem eu [...] É muito legal, conhecimento nunca é demais né, eu preciso aprender o que tem que ser feito né, para a gente poder trabalhar em conjunto isso daí é muito bacana (C5); Não, não nós somos na enfermagem nós somos em duas apenas, então fica fora de, sem chance [...] Olha acredito que somente o pessoal da enfermagem não daria conta, então é pela minha realidade falando, por a gente ser um número muito pequeno de profissionais, mas que um profissional de educação física seria ótimo, já sabe de toda, a gente não sabe exatamente é, como que executa todos os exercícios né, o tempo, então acredito que essa parceria aí da enfermagem com educação física seria ótimo (C6); Olha, acho que sim, talvez alguém dos agentes comunitários por exemplo, poderiam ser um dos profissionais que levariam isso pra frente [...] Acho bom [...] Eu acho que um curso de capacitação né, como que deve fazer por exemplo alongamentos, uma coisa que a gente sabe, mas não sabe bem como fazer o certo né, tem né, que nem ali do ladinho do posto tem uma, aquelas academia da saúde né, tem que saber como é que utiliza aqueles aparelhos, não é só subir ali e fazer né, quem sabe uma capacitação seria interessante [...] Ah sobre a graduação? Acho que ninguém vai querer fazer educação física, o pessoal tá fazendo tudo enfermagem ali na unidade sabe, bastante gente faz graduação, mas tinha que perguntar pra cada um né, eu não tenho interesse [...] Profissional de educação física, a gente não tem né, mas é, tem eu como enfermeira e tem o médico né, até o médico começou a fazer caminhada, eles iam sete horas da manhã na unidade fazer caminhada, aí foi, iniciou a pandemia foi parado né, mas assim eu como eu já te falei né, da importância do profissional capacitado para fazer isso né, que a gente não tem... a gente sabe, mas a gente não tem, é um, acha que sabe né, nem as vezes a gente não sabe prejudica mais do que né, porque a gente não, pelo não ter o conhecimento realmente do exercício né, não posso qualquer pessoa ir lá fazer um exercício né [...] A vai enriquecer a gente né, porque a gente vai perceber a diferença né, do que os pacientes né, a gente vai ver resultado em exames né, isso daí é bem importante assim também a gente vê o resultado [...] O educador físico (C8); Não, eu tinha um fisioterapeuta como ele era pss né, como começou a diminuir os fisioterapeutas da cidade da zona urbana foi retirado, então não tenho nada, eu tinha a bola, eu tinha um aparelho pequeno de pedalar que tinha lá né, não, não tenho profissional, só tenho os ACS e técnico né [...] O educador físico né, que ele sabe sim, qual exercício que pode fazer, como é que aquele vai trabalhar, ninguém vai alongar um igual o outro né, então o educador ali pra ensinar, e a gente saber que vai motivar sábado e domingo de eles praticar em casa também né, porque eu tenho vontade de montar pro diabético e pro hipertenso até uma

aero dança, uma aeróbica, uma música que eles são parados né (C9); Não, isso não [...] Eu penso que é só o educador físico mesmo, pra oferecer né, esse tipo de atividade, que é um profissional de saúde (C10); Tem, nós temos profissionais que tem, já fizeram capacitações de atendimento ao idoso, temos enfermeiro por exemplo a enfermeira Isabela que já fez curso, temos uma médica que tá atendendo na atenção básica que ela tá trabalhando no consultório como geriatra, então tem pessoas que poderiam trabalhar sim [...] Como para atuar no programa? [...] Da parte nossa ou da parte de vocês? [...] Então, o educador físico como tô te falando, educador físico é super importante né, porque o enfermeiro pode ter muita ideia, tem o médico, técnico da enfermagem podem ter muita ideia, mas o conhecimento da parte da educação física é de vocês né, do educador físico (C11).

- Coordenador(a) de UBS: você consegue identificar possibilidades de aporte financeiro para a implementação e manutenção do programa na sua UBS?

- Coordenador(a) da AB: você consegue identificar possibilidades de aporte financeiro para a implementação e manutenção do programa nas UBS de Irati (PR)?

Como assim? [...] Hmm não, na verdade o único apoio da gestão municipal, do gestor municipal né, então apresentando outra maneira outro não, ou talvez até um apoio, fazer algum projeto né esse projeto talvez levar pra algum comercio ou pra algum empresário local talvez pedindo apoio né talvez nesse caso (C1); Como assim? [...] Pra contratar e implantar? [...] Cara, eu não sei, tem que ver como que você vai contratar esse profissional né de educação física, como, aonde que você vai fazer, qual, o que tanto vai precisar, porque precisa né, aqueles materiais que você falou, bola e tal tudo aquilo, se bem que isso, esse material a gente tem um pouco na fisioterapia né, então por onde obter a gente tem e tem, a gente tem credenciamento para contratar o professor de educação física, a gente tem os meios né, eu acho que basta querer (C2); Daí não, essa pra nós é uma questão bem né, complicado, porque a gente não tem, é como que eu vou explicar, a gente não tem [...] Possibilidade de buscar recursos né, por ser município a gente não pode, não pode pedir e o município já tem né os recursos já voltados próprios né, teria que se criar um programa, teria que dar entrada no programa para... para que venha recursos próprios para isso né [...] Aí já não, não sei dizer da onde viriam, na verdade a saúde ela a educação né, a atividade física ela entra na saúde né, eu acredito que dos próprios recursos de saúde, mas ele teria que deixar isso programado já né (C3); Aí é um calo, porque daí é nesse ponto assim que a gente pesou, quando a gente teve essa proposta, eu acho que faz questão, não sei se faz um mês, deve fazer umas duas, três semanas que veio da regional de saúde a proposta de implementação de atividade física nas unidades de saúde e vinha um aporte financeiro, mas o aporte que vinha não compensava a contratação, por exemplo de um profissional, não pagaria o profissional, vinha 1500 reais uma coisa assim, não sei precisar bem certinho, a (coordenadora) talvez vai saber, que era para fazer as atividades, e nós tava pensando assim, tá mas 1500 reais nós não vamos conseguir pagar um professor educação física e mesmo que a gente, digamos que a gente contratasse ele pra 20 horas né, pra mais aqui, mais ou menos aproximar equivalência de valor ali, mas daí ele não ia dar conta de todas as unidades de saúde né, então assim, essa parte financeira, eu acho que pesa bastante assim sabe, porque é aquilo que eu falei nós temos que ter alguém capacitado e habilitado para trabalhar com isso né e não é só a gente pegar o que tem, ah vamos fazer com o que temos, não é isso aí, a gente não tem durabilidade né, e também muita credibilidade no que a gente faz, então quando se cria um programa que você tem ali, tanto que tudo que vai criar do ministério tem que ter a fonte pagadora né, então acho que isso pesa bastante [...] Tem esse que eu falei que ela me mandou esses dias, acho que até tem aqui, e eu

acho, se eu não me engano o saúde na hora também que é um pagamento de funcionamento unidade até às 22 horas, se não me engano ele tem um adendo que é pra atividade de promoção de atividade física sabe, mas eu não sei assim certeza assim de cabeça, agora não vou lembrar, tem esse que a (coordenadora) me mandou eu vou ver se eu acho aqui agora, acho que eu não vou encontrar, aqui achei, até a primeira pergunta para ela, mas será que compensa contratar, porque por valor não caberia, eu tenho aqui, incentivo financeiro que dispõe do artigo 142 com objetivos de implementar ações da atividade física na APS, tá esse aqui se você quiser até posso imprimir e mandar para você (C4); Tem, não é só na minha unidade, mas no contexto geral daqui de Irati né, tem o consórcio que dá para poder implementar, porque entram profissionais da saúde pelo consórcio, então você recebe por hora trabalhada, tem o PSS né, então tem sim tem suporte pra isso (C5); Olha eu acredito que eu não vou saber falar né, mas eu acredito que tem programa sim que a gente consegue consegue aí esse aporte financeiro, principalmente as unidades que já tem o planifica né, que já são voltadas mais para... não que só as unidades do planifica são voltadas pra saúde preventiva né, mas que já tem, já estão com essa visão, já estão com esse apoio, já tem esse suporte né, do planifica então eu acredito que a gente, que tem programa sim que consegue esse aporte financeiro (C6); Ah não sei, acho que não, porque dinheiro não sei se vem dinheiro para isso né [...] Não faço ideia da onde que podia vim dinheiro disso (C7); Eu, a gente não, não trabalha com isso né, a parte financeira a gente faz parte né, daí quem faz a gestão de financeira não somos né, são os gestores municipais, mas eu acredito que pode contratar sim né, não sei como mas eu acho que é bem interessante a contratação do profissional de educação física [...] Como assim? Não entendi [...] Na verdade financeiramente assim a gente não tem como responder porque prefeitura é diferente né, a gente não faz, não tem como saber da onde vem o dinheiro essas coisas sabe (C8); O estatuto do idoso né, no estatuto do idoso a gente tem a parte lá que eles têm direito ao lazer, o lazer não é eles virem dar uma volta no parque, o lazer pode ser feito dentro da unidade, eles têm direitos a ter né, essa parte do lazer da atividade física consta no estatuto do idoso, lazer, atividade física, então é um direito dele e dever nosso né, do município, do estado, proporcionar isso ao idoso [...] Ah o projeto a gente sentar com o secretário, a gente talvez até fazer um baixo assinado né, dizendo assim olha a gente tem tantos idosos na, em tal unidade que estão atuante interessados em participar desse projeto, eu acho que isso já ia abrir a porta né, para poder a gente implantar esse projeto (C9); Infelizmente no contexto atual econômico do país não, do município também né, do estado acho que não [...] Eu acho que tinha que ter um projeto né, eu acredito quando eu falo eu acho é eu acredito que deva ter um projeto bacana e passar pela câmara de vereadores e fazer com que isso seja efetivo de fato né, que seja um direito da população, porque é um direito da população né, inclusive é um direito constitucional né (C10); Então [...] Então depende, a atenção primária normalmente ela tem recursos que vem né, por exemplo agora do governo, eles lançaram uma portaria né, para os municípios aderirem a um incentivo financeiro para a atividade física na comunidade em geral, nós não aderimos, porque ficamos com medo que nós não temos como cumprir, o que acontece o recurso vem, mas você tem que cumprir o que que você pactuou né, por exemplo você fez a adesão, você falou, eu vou receber esse dinheiro mas eu vou fazer isso, aquilo e aquilo, e nós não tem ainda, não tinha educador físico nenhum né, nós até agora nós temos um educador físico que o

esporte emprestou para nós, a secretaria de esporte para trabalhar no grupo de trabalho que nós estamos trabalhando agora, nós temos um grupo de trabalho de sobrepeso e obesidade e tamo conseguindo só trabalhar com esse pessoal, por enquanto sabe, com aqueles pacientes que tão esperando a cirurgia bariátrica tudo, mas para frente nós quer abarcar mais a população, mas nós não podemos com esse educador físico entrar num programa desses que não depois não consiga cumprir né (C11).

- Tem algum aspecto da proposta que você acrescentaria ou mudaria?

- Você gostaria de fazer mais algum comentário, que não foi contemplado nas perguntas anteriores.

Não, não eu acho, eu acho que não, porque a literatura em si diz né tipo assim a periodicidade três vezes na semana uma hora, seriam três horas semanais né então não sei dependendo se não ficaria muito puxado vamos dizer assim para os idosos né, então não sei se todos teriam essa capacidade, só que claro né, seria melhor avaliado no decorrer do projeto em si, mas num primeiro momento eu acho um pouquinho mais, um pouquinho além da capacidade sabe de muitos deles [...] Não, creio que não, foi bem esclarecedor (C1); Eu acho que não, acho que tá, acho que é aquilo mesmo que foi apresentado [...] Ah eu não sei, eu sei que assim é um projeto bom, é um projeto que só vai trazer benefício né, pra população idosa, só que é aquela, bate na parte de gasto, de contratação, de o gestor, o prefeito, o secretário de saúde ter como gastar nisso entendeu, porque por querer, por implantar é tranquilo (C2); Não [...] Não tem nada assim, eu acho que, eu acho interessante porque já trabalhei em município que trabalha né, com programa de atividade física voltado exclusivo pro idoso, só acho que é uma opção boa né, só daí precisa tentar a implementação, o município também precisa viabilizar isso né, porque a gente pensa em vários projetos, mas projetos vão até a câmara, vai até né a administração e para lá né, muitos dos programas, então já depende muito daí da administração do momento né (C3) Na proposta, eu acho que assim para a gente conseguir em Irati, conhecendo a realidade de Irati, já conheci de outros municípios, pra Irati, eu acho que se você quisesse implementar mesmo a proposta e repensar essa questão da população que, tá vamos fazer pra população idosa né, todos elencados acima de 60 anos, mas como eu falei a gente não sabe quem é a nossa população, então acho que poderia se repensar aí de, dessa população selecionada ser as pessoas atendidas na unidade de saúde com perfil pra, poderia criar um questionário por exemplo né, para fazer, ou de repente mesmo pela estratificação de risco né, aqueles pacientes que não tivessem limitação física né na parte da estratificação de risco, porque tem né, que sofreu, o tempo de marcha né, então acho que nesse ponto que teria que repensar qual seria a população que desejamos atingir né, eu acho que a população toda acima de 60 anos fica assim, além de ficar uma população muito grande, como eu falei nós não conhecemos a nossa população e de repente sendo as pessoas que a gente, que procuram a unidade acho que teria uma chance maior de dá certo [...] Não, acho bem legal, acho a proposta muito boa e é uma coisa que a gente tem debatido bastante todas as reuniões que a gente vem sempre a gente volta no assunto né, de ter atividade física nas unidades básicas, não acho o só pros idosos né, como você disse, o idoso está muito em alta nesse momento né, para nós aqui mais ainda por causa do planifica e eu também faço parte do grupo de trabalho de obesidade e sobrepeso para avaliações geriatra de bariátrica, então assim, a gente vê a necessidade disso né, só que Irati tem uma defasagem em saúde assim sabe, então o município de Irati assim já que né, que você tá né fazendo o teu mestrado, você poderia talvez pensar em outro município porque Irati não é um bom exemplo nem pra você, é um bom lugar pra você procurar

problemas, mas não pra você propor soluções, porque Irati tem uma defasagem de atenção primária muito grande, muito grande, então assim, dá pra ver pelos indicadores né do, tanto de saúde, é como os indicadores do previne Brasil, que Irati ficou entre os últimos do Paraná, então talvez assim, pensando como pesquisadora, porque eu também faço, eu não faço mestrado, tô terminando minha terceira pós, então é um lugar assim que seria difícil de trabalhar pra implementar qualquer coisa, é um lugar pra você procurar problema porque é bem fácil, você vai achar um monte, mas pra implementar as coisas aqui é difícil, por que não tem vontade política pra isso, porque quem for fazer isso, o gestor que for fazer isso vai se queimar politicamente né, então Irati tem essa dificuldade, por isso que as nossas reuniões são mais de desabafo, de reclamações e tudo, porque a gente não consegue muito andar no processo né, então é a passos lentos mesmo, mas eu acho a proposta muito boa, é bem, está bem ativa nesse momento a gente precisa muito disso né, tanto da questão de atividade física como de convivência com as pessoas que o covid deixou muito né isso, então acho que é uma proposta muito boa, mas que Irati é bem difícil de implementar, eu se fosse você tinha escolhido (município), que é bem mais fácil (C4); Não, bom, como a gente tem a questão da atividade física né, a questão da alimentação adequada né, ter um profissional, um nutricionista que seria interessante uma vez por semana né, porque não adianta você fazer só atividade física e não ter uma alimentação adequada né e aí faria uma equipe multidisciplinar, a gente promoveria saúde, vocês promoveriam o bem-estar né, atividade física e a nutrição seria bem legal [...] Não, tá tudo certo, tá de parabéns (C5); Não, assim não mudaria nada, mas eu acredito que dando certo né, se tendo uma avaliação positiva a gente conseguiria, quem sabe né, para frente colocar mais grupos aí né, por exemplo grupos de comorbidades né, pacientes hipertensos, diabéticos, eu já enxerguei todos os meus hipertensos e diabéticos, é fazendo algum tipo de atividade física, então eu acho que isso né, para um futuro né e também não conseguir encaixar esses grupos aí e outros né nesse programa também [...] Não assim, é parabenizar né primeiro pela proposta e não tenho nada assim não a falar assim, acho que já fui falando durante toda entrevista, mas eu achei a proposta assim excelente, como assim a gente precisa muito né, desse trabalho multiprofissional nas unidades assim melhoraria além da qualidade de vida dos pacientes de saúde, física, saúde mental deles também né, então eu achei a proposta bem interessante, tá bem estruturada, foi muito bem explicado só parabenizar mesmo (C6); Acho que não, acho que isso está bom [...] Não acho que eu entendi bem, tá tranquilo [...] A proposta é boa, interessante tem né, fortes chances de dar certo, e eu acho que é bom vai dar certo, importante para os idosos né, fazer esses exercício físico e tal, bem importante (C7); Eu acredito que pra saúde hoje né, eu acho que a importância da, de ter uma equipe né pra orientar, fazer o tratamento como um todo né, porque além do... o médico com medicamentoso né, o profissional com os exercícios, com as terapias holísticas que tem né, mas seria bem interessante mesmo [...] Não, eu achei bem interessante né, e a gente quer que dê certo né, que os gestores acatem né, por que como eu falei nem sempre depende da gente né, as vezes a gente quer fazer as coisas, mas nem sempre a gente consegue porque tem outras pessoas que tomam decisões né (C8); Ah eu queria ter os equipamentos do posto lá, vamos supor assim, ah o educador vai terça, quarta e sexta ou terça e quinta, mas e se o meu idoso quisesse, ah vou quarta-feira lá, viu, não tem aquele equipamento ali para mim me alongar assim, a gente ter um lugarzinho ali para ter esses equipamentos, coisa simples né, que

ele pudesse ah vou pular uma corda, ah o elástico também que ajuda, a gente pode ter esse material dentro da unidade lá para ele [...] Não, só a gente tentar colocar em ação, espaço eu tenho, interesse eu tenho, idosos eu tenho, só que eu não tenho a prática né, eu tenho a prática minha de enfermagem, mas eu queria sim, tanto que eu pensei, eu falei vou fazer as minhas reuniões pro diabético com uma nutricionista, tentando mudar a dieta deles, hipertenso a mesma coisa, fazer caminhada, mas como a minha, o meu curso lá é uma BR que cai em (município) é muito perigoso a gente fazer então, mas eu tenho a quadra lá fora, eu tinha vontade de montar aquele circuito... coisa simples sabe para eles dentro da quadra lá, mas com que tempo? Eu não tenho [...] Não que a ideia é maravilhosa, que a gente precisa dentro da unidade, a gente precisa mudar a ideia do idoso lá de só medicação, uma alimentação errada que ele, ah tô atrofiado do que, porque o dia inteiro na roça, colheitadeira tudo, ele chega em casa é um banho e vai dormir, mas e se a gente ensinasse ele ia chegar à noite, ele ia tomar um banho, ele ia se alongar, ele diz não, vou fazer um exercício lá, vou relaxar, na cama até na cama, a gente pode fazer um alongamento, então eu acho que é cem por cento ideia pra gente, não manter só durante o período que ele vai estar com a gente ali no posto, à noite, quem sabe com o netinho, jogar um futebol um domingo, ah vou pedalar, então ó tem o espaço lá da sua chácara, pode pedalar lá dentro, não vai ir pro asfalto né, mas também sabe um ciclismo descobriu algum esporte para ele, que na juventude ele não pode fazer porque ele precisava arrecadar dinheiro, mas agora ele tá numa idade que ele tá sentindo que, a gente vai ver assim, a pessoa tem 50, se você olhar você dá 70, 80 porque ele tá acabado, mas a atividade física vai ajudar bastante do trabalho dele, no dormir, na convivência com a família, eu acho que é uma boa ideia (C9); Então eu, o que eu gostaria de fazer um parênteses aí é na questão do profissional de saúde substituir o profissional de educação física né, não, não, nesse agora atualmente não vejo essa possibilidade nas unidades de saúde de Irati, a gente tá com um aporte de RH assim gritante, não tem [...] Ah por favor venham né, eu não sei mas eu acredito que eu tenho essa, a população me dá esse direito, assim as pessoas precisam, não só idosos né, mas assim muitas mulheres que tão sem trabalhar em casa homens também né, e que acabam pela própria questão da pandemia da questão econômica do país financeira né, dessa recessão toda, e as pessoas precisam de uma válvula de escape e a atividade física, tira né, todo mundo de muitos lugares que não são interesses pra nós, inclusive tem uma coisa de esportes né, um projeto relacionado a esportes pra adolescente né, pra tirar essa moçada das drogas da rua né, da ociosidade que consequentemente direciona aí né, porque na droga tem acesso fácil né, muito mais fácil você conseguir droga do que esporte (C10); Eu acho que poderíamos começar primeiro com os idosos, mas de repente depois abarcar mais outra população, seria interessante também [...] Não, eu acho que é isso Charles, eu acho que tranquilo é isso aí (C11).

Apêndice 5 - Carta de Anuência/ Autorização**CARTA DE ANUÊNCIA/ AUTORIZAÇÃO**

Eu, _____,
Secretário Municipal de Saúde de Irati (PR), tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada “Planejamento de um Programa de Atividades Físicas para Idosos na Atenção Primária à Saúde: com base no modelo RE-AIM” sob a responsabilidade do pesquisador Charles Guse de Godoy Rocha e orientação da professora do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (UNICENTRO) Dra. Maria Angélica Binotto. Tenho ciência também da minha participação na entrevista relacionada à proposta de implementação de um programa de atividades físicas para idosos na Atenção Primária à Saúde do município de Irati (PR).

Irati (PR), _____ de _____ de 2022.

Secretaria Municipal de Saúde

Apêndice 6 - Carta de Anuência/ Autorização**CARTA DE ANUÊNCIA/ AUTORIZAÇÃO**

Eu, _____, coordenador(a) da Unidade Básica de Saúde (UBS) de _____ no Município de Irati (PR), tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada “Planejamento de um Programa de Atividades Físicas para Idosos na Atenção Primária à Saúde: com base no modelo RE-AIM” sob a responsabilidade do pesquisador Charles Guse de Godoy Rocha e orientação da professora do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (UNICENTRO) Dra. Maria Angélica Binotto. Para isto, serão disponibilizadas informações sobre o quantitativo da população idosa residente na comunidade de abrangência e usuária da Unidade Básica de Saúde. Tenho ciência também da minha participação na entrevista relacionada à proposta de implementação de um programa de atividades físicas para idosos na Atenção Primária à Saúde do município de Irati (PR).

Irati (PR), _____ de _____ de 2022.

Coordenador(a) da Unidade Básica de Saúde

Apêndice 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Percepção de Gestores Municipais Sobre a Proposta de um Programa de Atividade Física para Idosos na Atenção Primária à Saúde, com Base no Modelo RE-AIM”, sob a responsabilidade de Charles Guse de Godoy Rocha, que irá investigar a percepção de gestores municipais de saúde sobre uma proposta de programa de atividade física para idosos na Atenção Primária à Saúde de Irati-PR, com base no modelo RE-AIM.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

Emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 4.856.492.

Data da relatoria: 19 / 07 / 2021.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você assistirá uma apresentação da proposta de um programa de atividade física e concederá uma entrevista, que será gravada (áudio), relacionada a sua percepção sobre a proposta do programa de atividade física para idosos.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo de desconforto ou constrangimento que será reduzido pelo formato da entrevista e a possibilidade de explicação/ esclarecimento sobre quaisquer dúvidas que possam surgir. Se você precisar de algum tratamento, orientação, encaminhamento etc, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o pesquisador se responsabiliza por prestar assistência integral, imediata e gratuita.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido da contribuição acadêmico-científica oriunda das evidências encontradas e analisadas; o desenvolvimento comunitário com a proposta de um programa de atividade física com vistas a beneficiar a saúde e qualidade de vida da população idosa usuária dos serviços da Atenção Primária à Saúde do município de Irati (PR).

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas pela entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e dados pessoais ficarão em segredo e o

seu nome não aparecerá em lugar nenhum da entrevista nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Charles Guse de Godoy Rocha.

Endereço : Rua Udo Krieger, nº 74, Village Solaris, Irati (PR).

Telefone para contato: (42) 99920-1683.

Horário de atendimento: Horário comercial.

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em **duas vias**, sendo que uma via ficará com você.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____,

portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, 08 de julho de 2022.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXOS

Anexo 1 - Descrição e exemplos dos 54 itens do RE-AIM utilizados para auxiliar no planejamento e avaliação de programas de promoção da atividade física e saúde e 21 itens para avaliar a qualidade do relato de artigos de intervenção em revisões sistemáticas.

| Dimensão | Descrição e exemplo |
|---|---|
| Alcance (Reach) | |
| 1. Descrição da população-alvo** | Descrição breve da população-alvo (não se restringir à amostra do estudo). Ex.: A população incluiu todos os usuários da unidade básica de saúde (UBS) com mais de 18 anos de idade e que não cumpriam recomendações de atividade física. |
| 2. Informações demográficas e comportamentais da população-alvo | Descrição das características mais específicas da população-alvo (não se restringir à amostra do estudo). Ex.: 70% eram mulheres, 52% tem ensino fundamental completo, 63% eram aposentadas, 80% não cumpriam as recomendações de prática de atividade física e 5% eram fumantes. |
| 3. Método de identificação da população-alvo** | Descrição do processo pelo qual foi identificada a população para a participação no estudo. Ex.: Todos os usuários da UBS foram identificados utilizando o prontuário eletrônico. |
| 4. Critérios de inclusão** | Descrição das características da população-alvo usadas para determinar se o participante potencial é elegível para participar do estudo. Ex.: Adultos sem diabetes e com sobrepeso (IMC \geq 25 kg/m ²) que apresentavam obesidade abdominal (circunferência da cintura \geq 102 cm para homens e \geq 88 cm para mulheres). |
| 5. Critérios de exclusão** | Descrição das características que impediriam um participante potencial de ser elegível para participar. Também a percentagem de excluídos pode ser reportada. Ex.: Indivíduos que relataram um diagnóstico de diabetes ou que utilizavam medicação para baixar a glicose. |
| 6. Estratégias de recrutamento | Descrição dos métodos utilizados para recrutar os participantes para o estudo. Ex.: Foram utilizados panfletos, apresentações em reuniões, meios de comunicação e divulgação “boca-a-boca” para recrutar os participantes. |
| 7. Número de elegíveis e convidados (expostos) | Descrição do número total de pessoas que atenderam aos critérios de elegibilidade e foram contatadas para participar do programa. Ex.: Foram contatadas 300 pessoas para o estudo e 250 foram elegíveis. |
| 8. Tamanho da amostra | Descrição do número total de pessoas que concordaram em participar. Ex.: 200 pessoas concordaram em participar do programa. |
| 9. Taxa de participação** | Proporção de participantes que aceitaram iniciar o programa. Calcula-se dividindo o tamanho da amostra pela população-alvo e multiplica-se por 100. Ex.: 200 (número de pessoas que concordam em participar) / 250 (número de participantes que compunham a população-alvo contatados para participação) x 100 = 80% de taxa de participação. |

| | |
|---|---|
| 10. Custo do recrutamento | <p>Descrição do custo total e por estratégias de recrutamento. O valor pode refletir unidades monetárias e/ou de tempo. Também pode ser relatado o custo por participante recrutado.</p> <p>Ex.: O custo total para um programa que teve 200 participantes foi de R\$ 1.000,00 com a estratégia de recrutamento A (panfletos) e R\$ 200,00 com a estratégia B (anúncios de jornal). Totalizando um custo de R\$ 6,00 por participante (R\$ 1.200,00/200 participantes).</p> |
| 11. Utilização de métodos qualitativos para aferir alcance | <p>Informações sobre aspectos não quantitativos do alcance. Observações em palavras, frases, descrições ou códigos.</p> <p>Ex.: Alguns métodos comuns incluem entrevistas com informantes-chave (coordenador da UBS, por exemplo), grupos de discussão, grupos focais ou até mesmo anotações de campo que fornecem informações sobre as percepções, sentimentos, opiniões e experiências.</p> |
| Efetividade/Eficácia (<i>Effectiveness/Efficacy</i>) | |
| 12. Resultados dos desfechos primários** | <p>Descrição dos resultados dos desfechos primários do estudo.</p> <p>Ex.: Os participantes perderam, em média, 1,5 kg e aumentaram 30 minutos de atividade física após participação no programa.</p> |
| 13. Relato de mediadores | <p>Descrição das variáveis que funcionam como mediadoras nas análises de efetividade e eficácia. Ou seja, características modificáveis que podem ser manipuladas para uma maior efetividade.</p> <p>Ex.: Ao analisar diferenças no apoio social e perda de peso entre os grupos intervenção e controle, as análises de mediação buscam determinar se a mudança de suporte social foi o preditor proximal de perda de peso. Então o teste de mediação de Baron & Kenny indicou que os efeitos do programa (perda de peso) foram mediados pelo apoio social.</p> |
| 14. Relato de moderadores | <p>Descrição das variáveis que funcionam como moderadoras nas análises de efetividade e eficácia. Ou seja, características não modificáveis (como sexo, raça ou idade) que podem influenciar na efetividade.</p> <p>Ex.: Os participantes afro-americanos na condição de intervenção perderam 10% do seu peso corporal em comparação com os participantes brancos que perderam uma média de 5% do peso corporal.</p> |
| 15. Intenção de tratamento ou presentes no acompanhamento** | <p>Análise de intenção de tratar: quando os participantes do estudo foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados, independentemente de receberem ou aderirem ao programa. Descrição de uma imputação que foi utilizada para contabilizar dados perdidos na análise.</p> <p>Ex.: O valor de baseline foi imputado para todos os participantes que não compareceram à consulta de acompanhamento para que todos os participantes pudessem ser incluídos na análise.</p> <p>Análise dos presentes no acompanhamento: descrição da análise quando apenas os participantes que completaram a avaliação de acompanhamento foram incluídos.</p> <p>Ex.: Somente os participantes que completaram as medidas no início do estudo e o acompanhamento foram incluídos na análise.</p> |
| 16. Medidas de qualidade de vida** | <p>Descrição de uma medida de qualidade de vida. Pode-se considerar quando os artigos se referirem a variáveis de</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>bem-estar ou satisfação com a vida. Ex.: SF-12v2, uma versão curta do questionário de qualidade de vida SF-36; Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-L), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Também podem ser utilizadas perguntas, como “tomando como referências as duas últimas semanas, como você avalia sua qualidade de vida?”.</p> |
| 17. Consequências não intencionais (negativas) nos resultados | <p>Resultados ou produtos do programa que não foram previstos e podem ter causado danos não intencionais. Ex.: Em um programa de promoção de atividade física, os participantes do sexo feminino tiveram um aumento da taxa de lesões.</p> |
| 18. Taxa de abandono (na conclusão do programa)** | <p>Proporção de participantes que desistiram do programa. Calcula-se dividindo o número de participantes que não completaram o programa pelo número de participantes que iniciaram o programa e multiplica-se por 100. Ex.: $20 \text{ (não completaram o programa)} / 100 \text{ (iniciaram o programa)} \times 100 = 20\% \text{ de abandonos/perdas.}$</p> |
| 19. Custo-efetividade | <p>Informações entre os valores para o custo do programa e o que de positivo pode resultar dele. Ou seja, o custo total do programa dividido por cada sucesso (por exemplo, por cada quilo perdido ou por cada minuto de atividade física aumentado). Ex.: A nova estratégia pode economizar R\$ 1.000,00 por participante por ano quando comparado com a prática atual.</p> |
| 20. Medidas qualitativas da efetividade/ eficácia | <p>Informações sobre obtenção de feedback dos participantes sobre o grau em que eles sentiram que o programa foi efetivo/eficaz. Ex.: Alguns métodos comuns incluem grupos focais, entrevistas, diários (texto/fotos).</p> |
| Adoção (Adoption) | |
| 21. Critérios de inclusão/exclusão dos locais | <p>Descrição das características adotadas para determinar se um local potencial é elegível para participação ou aquelas que impediriam um potencial de ser elegível para participar. Ex.: As UBS precisavam ter pelo menos mil usuários cadastrados. Porém, serão excluídas aquelas localizadas na zona rural.</p> |
| 22. Número de locais elegíveis e convidados (expostos) | <p>Descrição do número total de locais que atenderam aos critérios de elegibilidade e foram contatadas para participar do programa. Ex.: Foram contatadas 50 locais para o estudo e 42 foram elegíveis.</p> |
| 23. Número de locais participantes | <p>Descrição do número total de locais que concordaram em participar. Ex.: 20 locais concordaram em participar do programa.</p> |
| 24. Taxa de participação dos locais** | <p>Proporção de locais que participaram. Calcula-se dividindo o número de locais que participaram pelo número de elegíveis, que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, e multiplica-se por 100. Ex.: $20 \text{ (número de locais que concordaram em participar)} / 44 \text{ (número de locais elegíveis)} \times 100 = 45\% \text{ de taxa de participação.}$</p> |
| 25. Identificação do local | <p>Identificação do local de implantação do programa. Ex.: O programa foi adotado pelas UBS de um determinado município.</p> |
| 26. Método de identificação do local | <p>Descrição do processo pelo qual o local foi identificado para a participar do estudo.</p> |

| | |
|---|---|
| | Ex.: As UBS foram identificadas de acordo com informações repassadas pela Secretaria Municipal de Saúde. |
| 27. Descrição do local que foi desenvolvido o programa** | Descrição das características do local do programa, como recursos disponíveis, informação sobre o pessoal, número de locais elegíveis, ambiente de trabalho. Ex.: Ocorreu em uma UBS de aproximadamente 400 m2 que tinha uma recepção, uma sala de procedimentos, uma sala de vacinação, uma copa, três consultórios, uma recepção com sala de espera, dois banheiros, um almoxarifado, uma sala de observação e uma sala de reuniões. |
| 28. Critério de inclusão/exclusão dos membros da equipe** | Descrição das características que foram consideradas para determinar o potencial do membro da equipe para participação no programa. Ex.: Possuir graduação em educação física. |
| 29. Membros da equipe elegíveis e convidados | Descrição do número de membros da equipe de saúde que preencheram os critérios de elegibilidade e foram convidados para auxiliar no programa. Ex.: 100 profissionais preencheram os critérios de elegibilidade e todos foram convidados a participar. |
| 30. Membros da equipe que aceitaram participar | Total de membros da equipe que aceitaram participar. Ex.: 20 profissionais aceitaram participar. |
| 31. Taxa de participação dos membros da equipe** | Proporção de membros da equipe que participaram. Calcula-se dividindo o número de profissionais que participaram pelo número de elegíveis, que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, e multiplica-se por 100. Ex.: $20 \text{ (número de profissionais que concordou em participar)} / 100 \text{ (número de profissionais elegíveis)} \times 100 = 20\%$ de taxa de participação. |
| 32. Método de identificação dos membros da equipe** | Descrição do processo de identificação dos membros da equipe elegíveis. Ex.: Todos os membros da equipe do local do programa foram identificados pelos supervisores no local com base nos critérios de elegibilidade. |
| 33. Média de membros participantes por local | Cálculo do número médio de participantes nos locais do programa. Ex.: $20 \text{ (número de profissionais que participaram)} / 20 \text{ (número de locais que participaram)} = 1$. Participou, em média, um profissional por UBS. |
| 34. Nível de conhecimento dos membros da equipe** | Descrição de treinamento ou formação educacional dos membros da equipe para atuar no programa. Ex.: Grau e/ou titulação dos membros da equipe. Como graduação em educação física, mestrado, doutorado, etc. |
| 35. Mensuração de custo para adoção | Descrição do custo para estratégias de adoção em todos os níveis do programa (como hora dos profissionais, divulgação, etc). Ex.: O custo com panfletos de divulgação foi de R\$1.000,00. |
| Implementação (Implementation) | |
| 36. Teorias | Descrição de teorias ou princípios utilizados para desenvolver o programa. Ex.: Esse programa foi desenvolvido baseada na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura. |
| 37. Número de contatos* ** | Descrição do total de encontros com os participantes do programa. Incluir encontros presenciais, telefonemas, boletins informativos, etc. Ex.: O programa consistiu em 12 encontros presenciais, além de 12 contatos telefônicos. |

| | |
|---|--|
| 38. Frequência dos contatos* ** | Descrição da frequência que os contatos para o programa ocorreram ao longo do programa. Ex.: Os encontros presenciais ocorriam semanalmente, todas as quintas-feiras. Já, os telefonemas eram realizados semanalmente, porém às segundas-feiras. O programa teve duração total de 3 meses. |
| 39. Duração dos contatos* ** | Descrição da duração de cada contato do programa. Ex.: Os encontros presenciais tinham duração de 50 minutos. As primeiras 4 chamadas telefônicas duraram cerca de 15 minutos cada, as demais duraram cerca de 10 minutos cada. |
| 40. Medida em que o protocolo foi executado conforme o esperado** | Descrição da fidelidade ao protocolo do programa. Ex.: Com base em uma lista dos componentes avaliados pelos membros da equipe que realizaram o programa, 80% do conteúdo foi aplicado tal qual se pretendia. |
| 41. Cumprimento do planejamento entre locais e equipe que realizaram o programa | Descrição do grau de similaridades entre os locais e membros da equipe do programa. Ex.: 5 profissionais de educação física realizaram o programa, três deles cumpriram 80% do planejamento do programa, os outros dois 100%. |
| 42. Comparecimento dos participantes | Informações de comparecimento dos participantes que concluíram o programa, em média. Ex.: Os participantes compareceram, em média, a 10 dos 12 encontros do programa. |
| 43. Medidas de custo** | Descrição de custos associados com a implementação inicial do programa e sua subsequente continuação. Ex.: Foram gastos R\$ 1.000,00 com a compra inicial de materiais, R\$ 2.000,00 com a compra de computadores, e R\$ 3.500,00 com a contratação de novos profissionais. Durante o programa foram gastos R\$ 200,00 por mês com aluguel do espaço físico e R\$ 50,00 com transporte. |
| 44. Métodos qualitativos de avaliação | Descrição da utilização de métodos qualitativos para compreender o processo de implementação. Ex.: Grupos focais e entrevistas. |
| Manutenção (Maintenance) | |
| 45. Continuidade do programa** | Descrição da continuação do programa após a conclusão da pesquisa. Ex.: A Secretaria Municipal de Saúde continua oferecendo o programa um ano após o término do presente estudo. |
| 46. Razões para a descontinuidade | Razões para a descontinuidade do programa (se não houver continuidade). Ex.: O programa não foi mais oferecido para os usuários pois a Secretaria Municipal de Saúde decidiu suspendê-lo por não ter condições financeiras de mantê-lo. |
| 47. Modificações no programa | Descrição de quaisquer alterações que foram realizadas no protocolo original do programa. Ex.: O programa começou a ser oferecido quinzenalmente ao invés de semanalmente. |
| 48. Institucionalização do programa | Descrição da forma como o programa foi integrado ao sistema por meio de métodos como mudanças políticas, mudanças na descrição dos cargos e funções. Ex.: A prefeitura municipal contratou um profissional para que atuasse exclusivamente na gestão do programa nas UBS. |
| 49. Taxa de abandono organizacional | Proporção de locais que desistiram de oferecer o programa. Calcula-se dividindo o número de locais que pararam de oferecer o programa pelo número de locais que iniciaram o programa e multiplica-se por 100. |

| | |
|--|--|
| | Ex.: 2 (desistiram de oferecer o programa) / 10 (iniciaram o programa) x 100 = 20% de abandonos. |
| 50. Alinhamento com a missão/ princípios/diretrizes da organização | Declaração explícita de como o modelo do programa se alinha com a missão/princípios/diretrizes da organização onde foram aplicados seus valores. Ex.: O programa foi projetado para se alinhar com a missão organizacional do local (cada local tem a sua missão). |
| 51. Avaliação de resultados após a conclusão do programa (duração do acompanhamento)** | Descrição das medidas (avaliações) de acompanhamento dos resultados disponíveis dos indivíduos algum tempo após o término do programa. Ex.: 6 meses após o término do programa os participantes haviam retornado aos níveis iniciais de atividade física. |
| 52. Taxa de abandono individual (durante o acompanhamento)** | Proporção de participantes que desistiram do programa. Calcula-se dividindo o número de participantes que foram perdidos no acompanhamento pelo número de participantes que iniciaram o programa e multiplica-se por 100. Ex.: 20 (foram perdidos no acompanhamento) / 100 (iniciaram o programa) x 100 = 20% de abandonos. |
| 53. Métodos qualitativos de avaliação | Descrição da utilização de métodos qualitativos utilizados para compreender o processo de manutenção de mudanças no resultado principal em nível individual. Ex.: Grupos focais, entrevistas. |
| 54. Custos da manutenção | Descrição dos custos para manter o programa. Ex.: Foram gastos R\$ 2.000,00 com a contratação de profissionais para realização das avaliações de manutenção. |

Fonte: Brito *et al.*, (2018) - Traduzido e adaptado de Akers, Estabrooks & Davy (2010). * Os itens 37, 38 e 39 são avaliados de forma conjunta quando se trata do check list de 21 itens, devendo ser analisado como um único item (item 16 da Tabela 1). ** Itens para avaliar a qualidade do relato de artigos de intervenção em revisões sistemáticas.

Anexo 2 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

UNICENTRO - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CENTRO
OESTE - CAMPUS DE IRATI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Planejamento de um Programa de Atividades Físicas para Idosos na Atenção Primária à Saúde: com base no modelo RE-AIM

Pesquisador: Charles Guse de Godoy Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47718721.5.0000.8967

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - Campus de Irati

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.856.492

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa, em sua terceira apreciação, será realizada no âmbito de Mestrado do PPGDC e tem como objetivo planejar um programa de atividades físicas para idosos na Atenção Primária a Saúde no município de Irati – PR e avaliar a sua proposta de implementação. Caracteriza-se como um estudo descritivo e exploratório. A estratégia metodológica foi organizada em duas etapas, a primeira refere-se a realização de uma revisão sistemática

da literatura, para sintetizar as evidências disponíveis, referentes aos programas de atividades físicas para idosos desenvolvidos na Atenção Primária a Saúde e avaliar a qualidade do relato dos estudos. A segunda etapa consistirá no planejamento de um programa de atividades físicas para idosos, em uma Unidade Básica de Saúde e avaliação da sua proposta de implementação, tendo como base o modelo RE-AIM.

Objetivo da Pesquisa:

Já emitido no parecer anterior de número 4.783.414, em 16/06/2021.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já emitido no parecer anterior de número 4.783.414, em 16/06/2021.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na metodologia já expressa no parecer anterior de número 4.783.414, em 16/06/2021, adicionam-se informações sobre os sujeitos a serem abordados, sendo eles gestores de saúde

Endereço: PR 153 Km 07 - Prédio principal, 2º piso, sala 219

Bairro: Riozinho **CEP:** 84.500-000

UF: PR **Município:** IRATI

Telefone: (42)3421-3051

E-mail: comepirati@unicentro.br

**UNICENTRO - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CENTRO
OESTE - CAMPUS DE IRATI**



Continuação do Parecer: 4.856.492

com atuação na Atenção Básica a Saúde do Município de Irati-PR, quais sejam, o secretário de saúde e o coordenador da UBS.

Além disso, está informado que a abordagem para convite às entrevistas, assim como, as próprias entrevistas serão por telefone inicialmente e após de modo presencial, sendo que para isso serão tomadas as medidas de biossegurança determinadas pelo decreto municipal, que aponta distanciamento, uso de máscaras e higienização das mãos, materiais e ambientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Além dos termos já apresentados foi anexado o Projeto completo com os esclarecimentos solicitados, quando emitido o parecer anterior de número 4.783.414, em 16/06/2021.

Recomendações:

(1)- Ressalta-se que segundo as Resoluções 466/2012 e 510/2016, é de responsabilidade do pesquisador "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa."

(2)- O TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve ser emitido em duas vias de igual teor. Todas as vias devem ser assinadas pelo pesquisador responsável e pelo participante. Uma via deverá ser entregue ao participante e a outra fará parte dos documentos do projeto, a serem mantidos sob a guarda do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente pesquisa está em conformidade com as Resoluções 466/2012 e 510/2016. Este CEP considera que todos os esclarecimentos necessários foram devidamente prestados, estando este projeto de pesquisa apto a ser realizado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1764377.pdf | 25/06/2021 14:45:46 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura | Projeto_Modificado.pdf | 25/06/2021 14:44:44 | Charles Guse de Godoy Rocha | Aceito |

Endereço: PR 153 Km 07 - Prédio principal, 2º piso, sala 219

Bairro: Riozinho **CEP:** 84.500-000

UF: PR **Município:** IRATI

Telefone: (42)3421-3051

E-mail: comepirati@unicentro.br

UNICENTRO - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CENTRO
OESTE - CAMPUS DE IRATI



Continuação do Parecer: 4.856.492

| | | | | |
|--|--|------------------------|--------------------------------|--------|
| Investigador | Projeto_Modificado.pdf | 25/06/2021 14:44:44 | Charles Guse de Godoy Rocha | Aceito |
| Outros | CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_C harles.docx | 25/06/2021 14:44:21 | Charles Guse de Godoy Rocha | Aceito |
| Outros | Jo_KLANOVICZ.pdf | 07/06/2021 10:49:15 | DIEGO LUIS VENANCIO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_pesquisa_detalhado_Charles.pd f | 02/06/2021 10:02:09 | Charles Guse de Godoy Rocha | Aceito |
| Outros | CHECK_LIST_DOCUMENTAL_Charles. pdf | 02/06/2021 09:25:31 | Charles Guse de Godoy Rocha | Aceito |
| Outros | Instrumento_planejamento_revisao_sist ematica_Charles.pdf | 02/06/2021 09:23:40 | Charles Guse de Godoy Rocha | Aceito |
| Outros | Instrumento_dados_Charles.pdf | 01/06/2021 17:48:05 | Charles Guse de Godoy Rocha | Aceito |
| Outros | Carta_Anuencia_Ubs.pdf | 01/06/2021 17:46:35 | Charles Guse de Godoy Rocha | Aceito |
| Outros | Carta_Anuencia_Secretaria.pdf | 01/06/2021 17:46:14 | Charles Guse de Godoy Rocha | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_2021.pdf | 01/06/2021 17:43:25 | Charles Guse de Godoy Rocha | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto_Charles.pdf | 01/06/2021 16:52:05 | Charles Guse de Godoy Rocha | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

IRATI, 19 de Julho de 2021

Assinado por:
CESAR RENATO FERREIRA DA COSTA
(Coordenador(a))

Endereço: PR 153 Km 07 - Prédio principal, 2º piso, sala 219

Bairro: Riozinho **CEP:** 84.500-000

UF: PR **Município:** IRATI

Telefone: (42)3421-3051

E-mail: comepirati@unicentro.br

Anexo 3 - Questionário para verificar o tempo semanal de atividade física no lazer.

1. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (Não considere fisioterapia).

Sim Não

2. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou com mais frequência? Entrevistador: Anotar apenas o primeiro citado

01. Caminhada (não vale deslocamento para o trabalho)

02. Caminhada em esteira

03. Corrida/Cooper

04. Corrida em esteira

05. Musculação

06. Ginástica aeróbica (spinning, step, jump)

07. Hidroginástica

08. Ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)

09. Natação

10. Artes marciais e luta (jiu-jitsu, karatê, judô, boxe, muay thai, capoeira)

11. Bicicleta (inclui ergométrica)

12. Futebol/ futsal

13. Basquetebol

14. Voleibol/futevôlei

15. Tênis

16. Dança (balé, dança de salão, dança do ventre)

17. Outro (_____)

3. O (a) Sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

Sim Não

4. Quantos dias por semana o (a) Sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5. No dia que o (a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

Menos de 10 minutos

Entre 10 e 19 minutos

Entre 20 e 29 minutos

Entre 30 e 39 minutos

Entre 40 e 49 minutos

Entre 50 e 59 minutos

60 minutos ou mais

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 34 p.

Anexo 4 - Descrição do método de análise do questionário para verificar o tempo semanal de atividade física no lazer.

COMO ANALISAR:

- Passo 1: na questão "4. Quantos dias por semana o (a) Sr (a) costuma praticar exercício físico ou esporte?", calcular a média de dias apresentado na resposta. Por exemplo: se o participante respondeu que pratica de 1 a 2 dias na semana, deve ser somado (1+2) e dividido o valor por 2. Ou seja, considerar que ele pratica 1,5 dia na semana.
- Passo 2: na questão "5. No dia que o (a) Sr (a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?", calcular a média de minutos apresentado na resposta. Por exemplo: se o participante respondeu que a duração entre 10 e 19 minutos, deve ser somado (10+19) e dividido o valor por 2. Ou seja, considerar que a duração é de 14,5 minutos.
- Passo 3: Para cálculo final, considerar a multiplicação do resultado do *Passo 1* e *Passo 2*. Conforme os exemplos acima:

1,5 dias por semana x 14,5 minutos= 21,75 minutos por semana

Análise: O participante realiza 21,75 minutos por semana de atividade física no tempo livre. A Organização Mundial da Saúde recomenda pelo menos 150 minutos semanais de atividades físicas moderadas, para benefícios à saúde. Portanto, esse participante pode ser considerado fisicamente inativo. É importante lembrar, que essas recomendações consideram, além do tempo livre, atividades físicas realizadas para o deslocamento, atividades domésticas e para o trabalho. Portanto, a classificação pelo questionário pode servir de parâmetro, mas recomenda-se que sejam realizadas estratégias de aconselhamento para que os participantes aumentem o seu tempo em atividade física.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 34 p.