



Oferta e implantação da dança sênior na atenção básica

Simone Mattos do Nascimento



Oferta e implantação da dança sênior na atenção básica

Simone Mattos do Nascimento

Editora Chefe

Marcia A. A. Marques

Coordenadora Editorial

Isabela Arantes Ferreira

Bibliotecária

Cibele Maria Dias

Diagramação

Marcos Antonio Ribeiro Pereira

Capa

Bookerfield

Capista

Matheus do P. Lacerra

Revisão

A autora

O conteúdo deste livro está licenciado sob uma licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial Não Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).



2021 by Bookerfield Editora

Copyright © Bookerfield Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Bookerfield Editora

Os autores cedem à Bookerfield Editora os direitos para esta edição

Esta obra é de natureza digital (e-book). Versões impressas são permitidas, não tendo a Bookerfield Editora qualquer responsabilidade pela confecção e distribuição de exemplares físicos deste conteúdo.

Todos os manuscritos da obra passaram por rigorosa avaliação cega pelos pares, baseadas em critérios científicos e imparciais, recebendo a aprovação após atender os critérios técnicos estabelecidos pelo Conselho Editorial.

Todo o conteúdo do livro e de artigos individuais é de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores, não sendo a Bookerfield Editora responsável por quaisquer eventuais irregularidades.

Situações como plágio, má conduta ética/científica ou dados e resultados fraudulentos são de responsabilidade do autor, comprometendo-se a Bookerfield Editora em investigá-las rigorosamente e tomar as ações cabíveis.

O download, compartilhamento e referência da obra são permitidos mediante atribuição de crédito aos autores e à Editora. A comercialização desta obra é expressamente proibida.

CONSELHO EDITORIAL

Ciências Agrárias

Afrânio Silva Madeiro
Alirya Magda Santos do Vale Gomes
Ana Luiza Trovo Marques de Souza
Carlos Eugenio Fortes Teixeira
Daniela Kunkel
Daniele Cristina Ficanha
Elson Barbosa da Silva Junior
Fabiana Schiochet
Fernando Rezende da Costa
Flávio José Rodrigues Cruz
Heiriane Martins Sousa
João Francisco Severo Santos
Joelma Leão Buchir
Kleber Fernando Pereira
Marden Manuel Rodrigues Marques
Maria Cristina Bueno Coelho
Monyck Jeane dos Santos Lopes
Pablo Daniel Freitas Bueno

Ciências Biológicas

Cesar Augusto Cunha Cervantes
Débora Cristina Damasceno
Érika Alves Tavares Marques
Fabiola Aliaga de Lima
Flávio José Rodrigues Cruz
Heiriane Martins Sousa
Jaqueline Rocha Borges dos Santos
Joelma Leão Buchir
José Amorim
José Maria Ferraz Filho
Jussara Gonçalves Fonseca
Kleber Fernando Pereira
Mário César de Oliveira
Morgana do Nascimento Xavier
Nathália Sayuri Yamamoto
Noemi Mendes Fernandes
Patricia Köster e Silva
Rafael Mesquita Stoque

Renato Luís Veiga Oliveira Júnior
Veronica Gabriela Ribeiro da Silva

Ciências da Saúde

Adriano José Barbosa Junior
Alexandre Daré de Almeida
Ana Irene Coelho Nunes
Ana Luiza Trovo Marques de Souza
Andrea Borges Gaia
Andressa Ribeiro Contreira
Camila Gemin R. Locatelli
Carlos Vinícius Pagani Vieira
Machado
Débora Cristina Damasceno
Elisângela Rodrigues Carrijo
Fabiana Leticia Sbaraini
Fabio José Antonio da Silva
Fabrício Casanova
Gisela da Costa Mascarenhas
Greicielle Pereira Arruda
Ivonete Aparecida Alves Sampaio
Janaina da Câmara Zambelli
Jandira Maria do Amarilho Silveira
Jaqueline Rocha Borges dos Santos
João Francisco Severo Santos
Jogilmira Macedo Silva Mendes
José Aderval Aragão
José Maria Ferraz Filho
José Robertto Zaffalon Júnior
Juliane Campos Inácio
June Fernanda Maria Teixeira
Katia Fernanda Forti Porcaro
Kilvia Paula Soares Macedo
Líncon Bordignon Somensi
Luciane Cristina Arantes
Marcello Alberton Herdt
Marcelo Benedet Tournier
Marcelo de Oliveira Pinto
Marcos Guimarães de Souza Cunha

Marcos Roberto Brasil
Maria Cristina C Nepomuceno
Carvalho
Nara Michelle Moura Soares
Nillianne Charles Ribeiro
Rafael Mesquita Stoque
Randson Souza Rosa
Renato Carlos Machado
Rogério Wagner da Silva
Sheila Moura Amaral
Simone Mattos do Nascimento
Sofia Banzatto
Suzana Silva Lira
Taíza Fernanda Ramalhais
Thaís Mendonça Resende
Thiago Luciano Rodrigues da Silva
Valéria Rodrigues da Conceição
Veronica Gabriela Ribeiro da Silva
Vivian Victoria Vivanco Valenzuela

Ciências Exatas e da Terra

Andrea Sartori Jabur
Cláudia Hitomi Watanabe Rezende
Dalvani Fernandes
Duany Dreyton Bezerra Sousa
Edfram Rodrigues Pereira
Evandro Preuss
Gisane Aparecida Michelin
Henrique Mariano Costa do Amaral
Henrique Pereira Oliveira Neves
Hermam Vargas Silva
Isidro ihadua
João César Abreu de Oliveira Filho
Lívia Sancho
Luiz Eduardo da Silva Gomes
Manolo Cleiton Costa de Freitas
Marco Aurélio Schünke
Marcos do Carmo Pereira
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Sonia Tomie Tanimoto
Vagner Marques de Moura
Valdecir Alves dos Santos Júnior

Ciências Humanas

Adailton Pereira de Melo
Alberto Carlos de Souza
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Breno Henrique Ferreira Cypriano
Bruna Pacheco de Almeida
Bruno Cezar Silva
Camila Bueno Grejo
Camila de Vasconcelos Tabares
Carlos Eduardo Mauricio
Dalvani Fernandes
Dayane Cristina Guarnieri
Deiziane Pinheiro Aguiar
Eduardo Henrique Assis Cidade
Elisângela Rodrigues Carrijo
Eulalia Fabiano
Fernando Cesar Mendes Barbosa
Guilherme Camara Meireles
Guilherme William Udo Santos
Isadora Vianna Sento-Sé
João César Abreu de Oliveira Filho
João Francisco Severo Santos
Josael Jario Santos Lima
Josiane Nascimento Andrade
Luana Mayer de Souza
Marcos Pereira dos Santos
Marcos Pereira Magalhães
Maria Cristina C Nepomuceno
Carvalho
Marlon Nantes Foss
Miguel Rodrigues Netto
Oscar Yecid Bello Bello
Rebecca Bianca de Melo Magalhães
Sandra das Dores Souza
Silvio Santiago-Vieira
Susan Audrey Bueno dos Santos
Taíza Fernanda Ramalhais
Tatiane dos Santos Duarte
Vanderlei Frari
Vânia Maria Carvalho de Sousa
Vinícius Dantas Silveira

Ciências Sociais Aplicadas

Aline De Souza Lima Barbaroto
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Bruna Pacheco de Almeida
Bruno Cezar Silva
Camila Nathalia Padula de Godoy
Cassio Rene Duminelli
Daniel Nascimento e Silva
Eduardo Henrique Assis Cidade
Elisângela Rodrigues Carrijo
Érika Rigotti Furtado
Eulalia Fabiano
Fernando Cesar Mendes Barbosa
Gisela da Costa Mascarenhas
Hermam Vargas Silva
Horácio Monteschio
Isabel das Mercedes Costa
Isadora Vianna Sento-Sé
João Clécio de Sousa Holanda
João Francisco Severo Santos
João Vitor Gomes Pinto
Josael Jario Santos Lima
Josiane Nascimento Andrade
Marco Aurelio de Jesus Mendes
Maria Cristina C Nepomuceno
Carvalho
Miguel Rodrigues Netto
Nelson Calsavara Garcia Junior
Renato Obikawa Kyosen
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Sandra Couto Barbosa
Solange Kileber
Susan Audrey Bueno dos Santos
Vanessa Paiva Costa Vale
Vinícius Dantas Silveira

Engenharias

Alejandro Victor Hidalgo Valdivia
Andrea Sartori Jabur
Andréia Monique Lermen
Daniele Cristina Ficanha
Elaine Patricia Arantes

Fernando Oliveira de Andrade
Henrique Mariano Costa do Amaral
Israel Henrique Ribeiro Rios
Jaime Andres Castaneda Barbosa
Marcelo Henrique da Silva
Marcelo Marques
Marcos Guimarães de Souza Cunha
Rafael Gonçalves Mafra
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Thiago Averaldo Bimestre
Valdecir Alves dos Santos Júnior
Vanessa Paiva Costa Vale

Linguística, Letras e Artes

Alberto Carlos de Souza
Geison Araujo Silva
Guilherme William Udo Santos
José Edson Barros Correia
Luciano de Oliveira Costa
Márcia Donizete Leite-Oliveira
Marlon Nantes Foss
Silvio Santiago-Vieira
Thiago Blanch Pires
Vera Regiane Brescovici Nunes

Multidisciplinar

Alejandro Victor Hidalgo Valdivia
Aline De Souza Lima Barbaroto
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Andrea Sartori Jabur
Andréia Monique Lermen
Cláudia Hitomi Watanabe Rezende
Érika Alves Tavares Marques
Fernanda Imada de Lima
Fernando Oliveira de Andrade
Guilherme Camara Meireles
Isidro ihadua
José Amorim
Marcelo Marques
Vanessa Paiva Costa Vale

Oferta e implantação da dança sênior na atenção básica

Editora Chefe Marcia A. A. Marques
Coordenadora Editorial Isabela Arantes Ferreira
Bibliotecária Cibele Maria Dias
Diagramação Marcos Antonio Ribeiro Pereira
Revisão A autora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Nascimento, Simone Mattos do
Oferta e implantação da dança sênior na atenção
básica [livro eletrônico] / Simone Mattos do
Nascimento ; [coordenação Isabela Arantes
Ferreira]. -- São Paulo : Bookerfield, 2021.
PDF

Bibliografia.
ISBN 978-65-89929-10-9

1. Atenção básica à saúde 2. Dança para idosos
3. Idosos - Cuidados 4. Políticas públicas 5. Unidade
Saúde da Família (USF) - Pirassununga (SP)
I. Ferreira, Isabela Arantes. II. Título.

21-72248

CDD-362.6

Índices para catálogo sistemático:

1. Atenção básica a saúde : Dança sênior : Idosos :
Bem-estar social 362.6

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427

DOI 10.53268/BKF21090200

Bookerfield Editora
São Paulo – Brasil
Telefone: +55 (11) 99841-4444
www.bookerfield.com
contato@bookerfield.com



DECLARAÇÃO DA AUTORA

A autora declara não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra; declara que participou da elaboração e revisão da obra, atestando a confiabilidade dos dados e resultados; declara que a obra está livre de plágio acadêmico; declara que a publicação desta obra não fere qualquer outro contrato por ela firmado; declara ter atendido eventuais exigências de outras partes, como instituições financiadoras, para a publicação desta obra.

Aos idosos que acreditaram que
as metas, eram um obstáculo
passa a ser uma etapa dos
nossos planos...!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde, pensamento e coragem para enfrentar os desafios que ocorreram ao longo deste estudo.

À minha família, em especial a minha mãe Severiana Viana Ananias da Silva, as minhas lindas noras Iane Santina e Ruth Almeida; e os meus queridos filhotes Gerson Mattos do Nascimento e Gledson Arthur do Nascimento pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

À Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e ao Programa de Pós- Graduação e Gestão da Clínica e seu cor docente e secretárias que oportunizaram o horizonte que hoje almejo pelo conhecimento adquirido de forma apoiada no mérito e na ética.

À minha orientadora e amiga Prof.^a Dra. Ana Cláudia Garcia de Oliveira Duarte devo a minha gratidão pelo apoio e incentivo dispensado ao meu conhecimento intelectual enquanto pesquisadora de pesquisa qualitativa, com correções e incentivo que tornou possível a conclusão deste trabalho. Sempre lutando contra o prazo estabelecido, mesmo durante os períodos mais difíceis de nossas vidas.

Ao meu coorientador e amigo Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto devo a minha gratidão pelo apoio e incentivo dispensado ao meu conhecimento intelectual enquanto aula do Mestrado Profissional.

À minha Banca de Qualificação representada pelo Prof. Dr. Giovanni Gurgel Aciole da Silva e pelo Prof. Dr. José Marques Novo Júnior, que com o conhecimento sobre o assunto, souberam me direcionar para o êxito no alcance do objetivo proposto pelo estudo.

À minha Banca Examinadora e Suplentes pela disponibilidade de estarem presentes e contribuir com o conhecimento sobre o assunto num dos momentos mais importantes para mim, que é a Defesa do Mestrado.

Deixo meu carinhoso agradecimento e minha satisfação à Prefeita Municipal de Pirassununga- SP - Cristina Aparecida Batista do Lésio, à Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga-SP- Royce Maria Victorele Pires Vagas e à Coordenadora da Atenção Básica do município de Pirassununga-SP- Ana Paula Santos Oliveira, bem como a Equipe de Saúde da Família (ESF) das Unidades de Saúde da Família (USFs)- Centro I e II com as quais apreendi aplicar a minha experiência profissional a prática e a verdadeira realidade da dinâmica da Atenção Básica.

Aos idosos usuários das USFs que permitiram o desenvolvimento dessa pesquisa, pela sua adesão e aderência à prática corporal: A Dança Sênior.

Aos meus amigos e as minhas amigas que direta ou indireta, contribuíram com apoio moral e conforto espiritual, em especial a, a Doralice Donizetti Oliveira e Conceição de Souza Pimenta, Maria Angela Fagnani. Essas duas últimas, também, me auxiliaram na correção do português e nas ideias abordadas ao longo do texto.

A Fabiana, do Centro de Capacitação – Hospital Sofia Feldman pela formatação da minha Qualificação e Dissertação do Mestrado.

Amar o perdido deixa confundido este coração.
Nada pode o olvido contra o sem sentido apelo do Não.
As coisas tangíveis tornam-se insensíveis à palma da mão.
Mas as coisas findas, muito mais que lindas essas ficarão.

Carlos Drummond de Andrade

MINHAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS A RESPEITO DA DANÇA SÊNIOR

O meu interesse pela Dança Sênior deu-se logo no início da minha experiência acadêmica, quando ingressei no Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Já tinha muito empenho pela Geriatria e Gerontologia e bem como pela Fisioterapia Preventiva e Respiratória, uma vez que realizei meus estágios acadêmicos na Casa Gerontológica Brigadeiro Eduardo Gomes (CGABEG) e no Cuidado Integrado à Pessoa Idosa (CIPI) na [Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)], todos no Rio de Janeiro. Ainda tive o meu primeiro contato com a Dança Sênior onde fiquei maravilhada com este recurso terapêutico direcionado à pessoa idosa. Em 2002, tive a felicidade de ingressar no Curso de Especialização em Geriatria e Gerontologia Interdisciplinar da Universidade Federal Fluminense (UFF) onde a Professora de Educação Física Kátia Pedreira Dias nos apresentou a Dança Sênior, aflorando novamente o meu encantamento por esta modalidade terapêutica. Neste mesmo ano, comecei a fazer os Cursos de Dança Sênior no Rio de Janeiro. Por, por motivos particulares, finalizei a minha Habilitação em Dança Sênior em Belo Horizonte- MG.

No Rio de Janeiro – RJ programei e fui dirigente de Dança Sênior no Grupo de DANÇA SÊNIOR do Núcleo de Geriatria do Hospital Central da Aeronáutica (NUG/HCA); do Centro Social e Esportivo dos Suboficiais e Sargento da Guarnição de Aeronáutica do Galeão-(COGAL); do DANÇANDO SEM DOR do Programa de Dor e Cuidado Paliativo e Programa de Atendimento Domiciliar Multiprofissional (PADI) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) / UFRJ.

Já em Minas Gerais, tive a felicidade de implantar e dirigir o grupo de Dança Sênior do Centro Social e Esportivo dos Suboficiais e Sargento da Guarnição de Aeronáutica de Belo Horizonte (SSSGABH) e de Lagoa Santa (SSSGALS) fui somente dirigente de Dança Sênior no Serviço Social do Comércio (SESC) – Belo Horizonte/MG; no Centro de Referência do Idoso – Belo Horizonte/MG, no Centro de Saúde Padre Maio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Belo Horizonte e Prefeitura Municipal de Pompeu e Braúnas em NASF e Programa Saúde da Família (PSF).

Em 2010, como Facilitadora de Oficina de Esporte e Lazer – Projovem em Pirassununga fui convidada para dar uma Oficina de Dança Sênior para os jovens e o grupo de idosos do Centro de Referência de Assistência Social

(CRAS) na Vila São Pedro do Município de Pirassununga/SP.

Pela minha experiência profissional enquanto Fisioterapeuta Gerontogerátrica; por ter Habilitação em Dança Sênior; e ter atuado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), vejo que a Dança Sênior é uma prática corporal viável de ser aplicada na Atenção Básica de qualquer município brasileiro. Contudo, por ter uma elevada clientela idosa usuária das USFs, o município de Pirassununga foi escolhido para a implantação da oferta da Dança Sênior, essa pode ser nova modalidade de prática corporal direcionada para pessoa idosa.

Atualmente, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a Dança Sênior junto ao Programa de Pós- Graduação e Gestão da Clínica (PPGGC) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) estou muito feliz com o aprendizado adquirido enquanto aluna de um Mestrado Profissional.

Simone Mattos do Nascimento

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO 17

O Fisioterapeuta na Atenção Básica com foco no cuidado da pessoa idosa:
A prática corporal 17

Delimitação do problema de pesquisa: envelhecimento à luz das políticas
públicas e Sistema Único de Saúde..... 23

OBJETIVO 25

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 26

Justificativa: (gestão do cuidado/aplicabilidade da prática em saúde)
práticas corporais ministradas nas USF, UBS e no NASF 27

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA 32

Materiais e métodos 32

Percurso metodológico..... 32

Delineamento experimental..... 32

Modificações no percurso metodológico 33

Oferta da Dança Sênior..... 34

Aplicação dos questionários..... 34

Questionários para os gestores, profissionais de saúde de níveis superiores
e ACS 34

Questionários para os usuários idosos 35

Avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica da Dança Sênior para
os idosos 37

Riscos e benefícios na pesquisa qualitativa deste estudo 38

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO 39

A abordagem da descrição das características da população que participou
da Dança Sênior..... 39

A dinâmica do trabalho de campo nas USFs em relação à oferta da Dança
Sênior: Funcionamento nas USF 48

A aplicação e reaplicação do questionário de oferta da Dança Sênior ... 54

Os caminhos favoráveis à implantação da Dança Sênior no Município de Pirassununga- São Paulo.....	59
---	----

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	69
ANEXOS	85

OFERTA E IMPLANTAÇÃO DA DANÇAS SÊNIOR NA ATENÇÃO BÁSICA

INTRODUÇÃO

O Fisioterapeuta na Atenção Básica com foco no cuidado da pessoa idosa: A prática corporal

A fisioterapia foi instituída no Brasil em 1969 como profissão de nível superior de bacharelado em Fisioterapia, através da publicação do Decreto-Lei nº 938, onde ganha autonomia profissional (BRASIL, 1969).

Em 1975 foram criados o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), com a incumbência de fiscalizar os exercícios dessas profissões (BRASIL, 1975). O Fisioterapeuta tem uma prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho (BRASIL, 1994).

A Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, em busca de uma melhor qualidade de vida para o indivíduo, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade de órgão, do sistema e da função (ALMEIDA, 2011; BARROS, 2003; COFFITO, 1987; BRASIL, 1969).

Para Carvalho e Caccia-Bava (2011) essa definição concretiza as aptidões e competências que o fisioterapeuta possui para ser inserido na atenção básica.

O Fisioterapeuta utilizou-se dos conhecimentos e recursos próprios, com os quais, baseando-se nas condições psico-físico-social, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar os procedimentos por meio de uma conduta que foi otimizada por uma relação terapêutica. Ademais, nas suas condutas usa-se as terapias físicas como as termoterápicas, crioterápicas, fototerápicas, eletroterápicas, sonidoterápicas e aeroterápicas, bem como, agentes cinésio-mecano-terápicos, e outros, decorrentes da evolução e produção científica nesta área (COFFITO, 1987).

A formação e a prática da fisioterapia foram direcionadas para um caráter essencialmente curativo, reabilitado, biologista com princípios

flexnerianos (centrado nas práticas de cunho curativo), direcionando este profissional a uma prática reabilitadora (AVEIRO *et al.*, 2011; ALMEIDA FILHO, 2010; BISPO JUNIOR, 2010).

Havia uma tendência no ensino superior de fisioterapia em valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade e a utilização de métodos e técnicas sofisticadas (REZENDE, 2007). Tal determinismo do caráter predominantemente clínico com o perfil voltado para o atendimento de níveis secundário (diagnóstico e tratamento) e terciário (Limitação dos danos e reabilitação) de atenção à saúde na prática do fisioterapeuta concentrou-se, por um longo período, os estudos para novos métodos de tratamento das doenças com o foco na assistência “curativa”, recuperativa e reabilitadora, sem se preocuparem com a promoção de saúde e a prevenção de doenças e de agravos do indivíduo e do coletivo, com um cuidado centrado em aspectos biológicos em detrimento de um olhar integral e humanista (ALMEIDA, 2011; BARROS, 2003).

Com o passar dos anos fez-se necessário a mudança na formação do profissional de fisioterapia com o acréscimo da assistência promocional e preventiva, para atender às diretrizes da implementação de um novo modelo de atuação, o qual valoriza a saúde coletiva, a saúde preventiva, ao SUS e às ciências sociais (BISPO JUNIOR, 2010).

Rezende (2007) considerou que a Fisioterapia acompanhou, através de sua regulamentação, as mudanças nos conceitos e paradigmas de saúde que impulsionaram a criação do SUS. Para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em fisioterapia o formando deve egressar no mercado profissional com o seguinte perfil:

O fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/ bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade (BRASIL, 2002, art. 3, p. 1).

Atualmente, enfrentamos novos desafios da sociedade brasileira, com profundas mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e na organização dos sistemas de saúde, surgindo a necessidade do redimensionamento do objeto de intervenção da Fisioterapia (BARROS, 2003).

Essa mudança de paradigma está inferida na especificidade da área como se apresentou a resolução nº 363/2009 do COFFITO que reconhece a fisioterapia em saúde coletiva como especialidade do profissional Fisioterapeuta, por meio de uma assistência profissional adequada e específica, a qual cumpre as exigências da saúde coletiva previstas no

sistema de saúde do país (ALMEIDA, 2011; COFFITO, 2009).

O fisioterapeuta pode atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis de assistência à saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas (ALMEIDA, 2011; BARROS, 2003; COFFITO, 1987).

Esse profissional de saúde gradativamente se integra na Equipe de Saúde da Família (ESF) expandindo o âmbito de ações ampliando seu espectro de atuação para a intervenção preventiva por meio da promoção de saúde, prevenção de doenças e de agravos e a funcionalidade para uma adequação à política de saúde preconizada pelo SUS (CARVALHO; CACCIA-BAVA, 2011; AVEIRO *et al.*, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Saúde da Família para reorientar a assistência no Brasil dentro dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO; CACCIA-BAVA, 2011; BRASIL, 1997). A portaria n.648/06 cria a Política Nacional de Atenção Básica, incorporando a Estratégia da Saúde da Família (ESF) com a intenção de oferecer uma assistência integral, humanizada e resolutiva, estruturada por meio das Unidades da Saúde da Família (USF) para atender de forma efetiva às propostas do SUS (CARVALHO; CACCIA-BAVA, 2011; BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (que compõe a Política Nacional de Atenção Básica), esta permite ao acesso do usuário a USF o mais próximo a sua residência. Em relação às medidas de ações podemos citar as seguintes: abrangência para 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, 2015a).

Em 2008, por meio da portaria n. 154/GM cria-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem a proposta de consolidar a integridade do cuidado em conjunto com a Equipe de Saúde da Família (ESF) e com toda a rede de serviço permitindo uma atuação ampliada das ações de responsabilidade das Estratégias da Saúde da Família (ESFs) e da Unidade de Saúde da Família (USF) (CARVALHO; CACCIA-BAVA, 2011; BRASIL, 2008).

O Fisioterapeuta ao participar da equipe do NASF, tem como atribuição dar suporte para as ações realizadas na USF e nas visitas domiciliares agendadas pela equipe da USF para as pessoas e os grupos vulneráveis, em especial para pessoa idosa (AVEIRO *et al.*, 2011; CARVALHO; CACCIA-BAVA, 2011; BRASIL, 2008).

Carvalho e Caccia-Bava (2011) afirmaram que a população usuária das USFs tem um conhecimento restrito do campo de atuação do fisioterapeuta. Esses usuários têm a compreensão voltada mais para o aspecto curativo e da reabilitação do que para os aspectos promocionais e preventivos de doenças e de agravos. Esses autores afirmaram, também, que se necessita de uma conscientização dos profissionais de saúde e da sociedade sobre a relevância do fisioterapeuta como agente de saúde.

O fisioterapeuta deve articular junto com gestores de saúde locais e a Equipe de Saúde da Família (ESF), como também, planejar e desenvolver estratégias para contemplar tanto as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; quanto às ações de reabilitação visto que existem umas amplas possibilidades de ações da prática fisioterapêutica na atenção básica (BISPO JÚNIOR, 2010), pois se trata de um agente de saúde, que lança mão de seus conhecimentos e de seus meios físicos como a cinesioterapia e os recursos eletroterápicos, os quais dentro de suas indicações pode ser tornar conduta em todos os ciclos da vida, em especial para pessoa idosa (AVEIRO *et al.*, 2011; CARVALHO; CACCIA-BAVA, 2011; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O Fisioterapeuta é um profissional da saúde que fundamenta sua prática nos princípios deontológicos, nos direitos e deveres os quais compete a sua formação e profissão, com uma constante capacitação ética, técnico-científica e política, tais posturas contribuiu decisivamente para a melhoria das condições de vida e bem como nas condições de saúde da população brasileira em todos os níveis de assistência à saúde (BARROS, 2003). Esse profissional, na atenção básica, tem potencialidades para trabalhar com a tecnologia principalmente humana, aliada a uma mesma criatividade de desenvolver ações eficientes e efetivas. Espera-se que um futuro bem próximo ele possa conquistar este espaço com dignidade e competência (BRASIL *et al.*, 2005). Para melhor desenvolver ações fisioterapêuticas de promoção e prevenção de saúde e tratamento é necessário facilitar o acesso a esse tipo de serviço, além de socializar a profissão para a população em geral (VIANA *et al.*, 2003).

Contudo, a inserção e a inclusão do fisioterapeuta na atenção básica é um processo em andamento em alguns municípios brasileiros, que necessita de apoio de gestores de saúde locais para o egresso desse profissional no serviço público municipal de saúde e que seja uma realidade nacional para se cumpra a equidade no cuidado em saúde e a assistência integral com ampla atuação do fisioterapeuta no SUS (AVEIRO *et al.*, 2011; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Das atividades que os fisioterapeutas atuam junto com as Equipe de Saúde da Família (ESFs), desenvolvidas USFs foram descritas as seguintes dentre outras, como segue: o reconhecimento da área descentralizada; a potencialidade da comunidade; os grupos de gestantes; os grupos de mães de crianças com infecção respiratória aguda (IRA); o grupo de prevenção

de incapacidades em hanseníase; o grupo de mães de crianças com problemas neurológicos; **o grupo de idoso (institucionalizados ou não institucionalizados)**; a atuação no climatério; a atuação na saúde da criança; o atendimento individual; a estimulação essencial em crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; a atuação nas creches; a reeducação postural global; a busca de novos casos de hanseníase; o acompanhamento de pacientes acometidos pela hanseníase (tratamento de sequelas); o resgate dos cuidadores dentro do ambiente familiar; as orientações de saúde em geral, não só relacionada à fisioterapia (AVEIRO *et al.*, 2011; BRASIL *et al.*, 2005; BARROS, 2003).

No estudo de Carvalho e Bava (2011) as atividades grupais realizadas na USF de Ribeirão Preto/SP foram as seguintes: grupo de gestantes, de atividade físicas, de reeducação alimentar, de saúde da mulher, de convivência, todos com boa adesão pela população (CARVALHO; CACCIA-BAVA, 2011).

No estudo de Viana *et al.* (2003) as atividades grupais realizadas no Centro de Saúde São Gabriel (CSSG) / Belo Horizonte – MG forma voltadas a indivíduos portadores de patologias crônicas da coluna (lombalgias, dorsalgias e cervicalgias), gestantes e idosos (VIANA *et al.*, 2003).

A maioria dos usuários dos serviços de fisioterapia participou de atividades em grupo (VIANA *et al.*, 2003). As atividades são realizadas, preferencialmente, por meio de formação de grupos, onde o profissional de saúde orienta o usuário da USF a aprender a cuidar de sua saúde. Deve ser destacado que os profissionais de saúde enfrentarão dificuldades para atuação na atenção básica e no desenvolvimento de atividades promocionais e preventivas (BISPO JÚNIOR, 2010).

Por outro lado, a ambiência da USF permite o contato com os demais profissionais de saúde, permitindo que o fisioterapeuta atue em equipe multiprofissional e com abordagem interdisciplinar, objetivando a integralidade da assistência, que permeia pela promoção de saúde (BISPO JÚNIOR, 2010). Diante desses aspectos, o fisioterapeuta teve que agregar novos valores à sua prática, atuando em intervenções domiciliares, em escolas, salões das UBS, igrejas, praças, entre outros (FREITAS, 2006).

A proposta da **Política Nacional de Promoção da Saúde** compreende que as práticas corporais são atividades promocionais e preventivas com expressões individuais e coletivas do movimento corporal por meio da **dança**, caminhada, *Lian Gong*, e outras modalidades que experimenta um modo de relacionar-se com o corpo com uma sensação de benefício à saúde fomentando uma mudança no estilo de vida viabilizada pelas USFs (BRASIL, 2006a).

Adicionalmente, o fisioterapeuta também é capaz de ministrar as práticas corporais / atividades físicas como: o alongamento, o fortalecimento muscular, o treino de equilíbrio, a caminhada, **a dança**, a reeducação

postural global, escola de coluna, as orientações de exercícios terapêuticos domiciliares, orientações domiciliares e comunitárias para viabilizar a mobilidade, o acesso e para evitar o risco de quedas (AVEIRO *et al.*, 2011; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Em consonância com a **Política Nacional de Promoção da Saúde** a resolução nº 80 do COFFITO nº. 80 mudou-se o objeto de estudo e trabalho, transcendendo os ‘distúrbios do movimento’ e passando a focar o ‘movimento humano’ em si, “em todas as suas formas de expressão e potencialidade”. Ao assumir o movimento como seu objeto, o fisioterapeuta abriu a possibilidade de adotar uma perspectiva relacional, pensando o sujeito não apenas por suas características biológicas, mas também o considerando na sua dimensão social. O objeto de atuação passa ser o movimento humano – a fisioterapia responde, com suas práticas, aos estudos epidemiológicos acerca dos fatores de risco para as doenças não transmissíveis, tendo em vista a importância do estímulo a modos de viver não sedentários tendo em vista que o risco de doenças cardiovasculares e os agravos em decorrência de hipertensão arterial e diabetes mellitus estão relacionados, dentre outros fatores, com o não envolvimento em quaisquer práticas corporais (RODRIGUES, 2008; BRASIL, 2006a; COFFITO, 1987).

Desta forma, no tocante a promoção de saúde o profissional de fisioterapia tem requisitos que o capacita a ministrar a prática corporal/ atividades físicas na Atenção Básica para os indivíduos e para os grupos na USF. O fisioterapeuta também tem aptidões e competência para dirigir a dança, que é um “movimento humano”, “uma coreoterapia” e “um exercício terapêutico”. Tratando-se de grupos de usuários idosos da USF o fisioterapeuta pode lançar mão da Dança Sênior, sentada e/ou em pé, que é uma dança específica para a pessoa idosa.

Para a pessoa idosa almejar o que está preconizada na Política Nacional do Idoso e na Política de Promoção de Saúde que é a promoção do envelhecimento saudável é necessário que os gestores de saúde juntamente com sua equipe de saúde e o fisioterapeuta que faz parte dessa equipe tenham como meta a manutenção da capacidade funcional do idoso; a assistência à saúde do idoso, capacitação de recursos humanos especializados para assistir o idoso e apoio a estudo e a pesquisa direcionado para essa clientela (AVEIRO *et al.*, 2011; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003; BRASIL, 2006a; 2006b).

A capacidade funcional é um importante domínio da qualidade de vida da pessoa idosa, que está relacionada com as atividades de vida diária e instrumentais. Nesta ótica é relevante que os gestores de saúde locais e a equipe de saúde planejem programas específicos de intervenção para eliminar os fatores de risco preveníveis relacionados com a incapacidade funcional e que por sua vez, também, elaborem ações para a melhora e a manutenção da qualidade de vida que necessita esta coesa com o envelhecimento (AVEIRO *et al.*, 2011).

Em destaque ao que foi abordado anteriormente, o fisioterapeuta tem as práticas corporais/ atividades físicas como medidas de intervenção preventiva que pode ser direcionada a pessoa idosa, com ênfase na fisioterapia geriátrica e gerontológica. Além disso, pode elaborar instrumentos de avaliação para investigar as influências dessas práticas corporais/ atividades físicas na qualidade de vida da pessoa idosa. Contudo, para que esse discurso se concretize é de fundamental importância que a pessoa idosa tenha uma efetiva adesão e uma efetiva manutenção as práticas corporais/ atividades físicas ofertadas pelas ESF/USF/ NASF.

Dessa forma, Pirassununga, Município do Estado de São Paulo, em 2013, teve como dados de referências territoriais uma área 727,12 Km² e populacional de 71. 221 habitantes. Sendo uma das melhores cidades brasileiras para se envelhecer, têm um índice de envelhecimento de 82,05 anos e uma população com 60 anos e mais de 15,36%. Neste Município, a expectativa de vida é superior a 78 anos (PIRASSUNUNGA, 2014). Tal situação desse município favoreceu ao desenvolvimento de ações de políticas públicas e práticas de fisioterapia, viabilizada por meio da Dança Sênior, direcionado ao cuidado integral da pessoa idosa, para que possam ter um envelhecimento ativo e saudável.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Pirassununga juntamente com Secretaria Municipal de Saúde (SMS) informou que possuíam de 15 USFs, todas localizadas na zona urbana do município, compostas de 18 médicos; 18 enfermeiros; 28 técnicos de enfermagem e 78 ACSs. Essas USFs assistiram 7.463 idosos (pessoas com 60 anos ou mais). Assim, o idoso assistido pela Atenção Básica do Município de Pirassununga foi objeto de preocupação e estudo. Diante de fato, destacamos que a Dança Sênior pode ser uma excelente proposta para essa clientela a usuária da Atenção Básica deste Município.

A dirigente de Dança Sênior optou por Pirassununga para desenvolver este estudo por ser também o seu local de residência, sendo um facilitador para a abordagem da Dança Sênior nas USFs. Adicionalmente a essa situação, essas unidades têm uma necessidade de criar ações por meio de recursos terapêuticos promocionais e preventivos para o idoso na busca da melhora da qualidade de vida dessa clientela.

Delimitação do problema de pesquisa: envelhecimento à luz das políticas públicas e Sistema Único de Saúde

Nas últimas décadas, observou-se um nítido envelhecimento populacional em todo o mundo, e especialmente no Brasil, houve uma diminuição da taxa de fecundidade paralelamente ao aumento da longevidade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o idoso é o indivíduo que apresenta idade igual ou acima de 60 anos (quando vivem em países em desenvolvimento, caso do Brasil) e 65 anos ou mais em países desenvolvidos

(REZENDE; GAEDE-CARRILLO; SEBASTIAO, 2012).

Amparado pela maior expectativa de vida, o número de brasileiros acima de 65 anos deve praticamente quadruplicar até 2060, confirmando a tendência de envelhecimento acelerado da população. A população com essa faixa etária deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060, dados a partir do Censo de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2013).

No período, a expectativa média de vida do brasileiro deve aumentar dos atuais 75 anos para 81 anos (IBGE, 2013). De acordo com o IBGE, as mulheres continuarão vivendo mais do que os homens. Em 2060, a expectativa de vida delas será de 84,4 anos, contra 78,5 anos dos homens. Hoje, elas vivem, em média, até os 78,5 anos, enquanto eles, até os 71,5 anos (IBGE, 2013).

O envelhecimento é também uma questão de gênero: cinquenta e cinco por cento da população idosa é formada por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idosa for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (IBGE, 2013).

Devido ao aumento expressivo da população idosa brasileira é de fundamental importância que os gestores de saúde façam por merecer a efetivação das políticas públicas direcionadas à qualidade de vida da pessoa idosa.

O SUS caracteriza o idoso no contexto da atenção básica, que é composta pelas UBS, que ainda atendem por demanda e na hegemonia da doença, e pelas de Saúde da Família, que dentro da Estratégia da Saúde da Família (ESF), foram criadas na lógica do cuidado ampliado e foco na promoção da saúde. Para tanto, as USFs têm como papel fundamental a oferta de serviço de cuidado domiciliar e ambulatorial, por exemplo, o HIPERDIA (Grupo de hipertensão e diabetes). Promove também projetos terapêuticos com aplicabilidade individual e coletiva na busca da melhora da saúde da pessoa idosa. Dentre os desafios do cuidado centrado na pessoa idosa, podemos relatar: a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa e a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a). Esse discurso trata-se da realidade da maioria dos Municípios nacionais que visam assistir o idoso no cuidado integrado em saúde para cumprir os princípios e diretrizes preconizadas pelas políticas públicas.

A Atenção Básica que lança mão do e-SUS Atenção Básica para ter o perfil da saúde da população, em especial da pessoa idosa, na busca de um cuidado qualificado. Essa ferramenta aperfeiçoou as informações da Atenção Básica em nível nacional é o SUS eletrônico (BRASIL, 2015a).

Em Pirassununga, a contemplação da implementação do e-SUS (Atenção Básica) nas 15 USFs foi aprazado para o dia 31 de dezembro de 2015 as informações deveram ser enviadas para o SISAB (BRASIL, 2015b).

Diante do contexto abordado anteriormente a Dança Sênior foi uma excelente estratégia para assistir a pessoa idosa na Atenção Básica- AB na perspectiva da promoção de saúde e prevenção de agravos, especialmente, na funcionalidade do idoso.

OBJETIVO

A presente pesquisa tem por propósito de identificar os fatores favoráveis após a oferta da Dança Sênior na atenção básica, Unidade Saúde da Família (USF), no município de Pirassununga/SP, no que refere a sua implantação.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Dentro deste contexto, a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)** tem a finalidade primordial de recuperar, “manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade” (BRASIL, 2006a, p. 3).

Nessa política, considera-se como idoso saudável aquele idoso que possui autonomia e independência não priorizando somente a presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006, p. 3). Além disso, busca-se a qualidade da atenção por meio de ações fundamentadas na promoção de saúde, isto é, por um envelhecimento saudável. Neste sentido, a política acima citada ampara-se e se articula com a Política Nacional de Promoção da Saúde bem como com as demais políticas e tecnologias desenvolvidas.

A **Política Nacional de Promoção da Saúde** busca promover a melhora da qualidade de vida e minimizar os agravos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes de saúde, como por exemplo, os modos de vida, as condições de trabalho, moradia, ambiente, educação, lazer, cultura entre outros (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010; NASCIMENTO, PINHEIRO, 2013).

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos

muros das Unidades de Saúde e do Sistema de Saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, e como elemento importante na promoção da saúde, as práticas corporais e atividades físicas devem ser propostas e oferecidas dentro deste contexto, na atenção básica, principalmente nas USF e nos NASF, com o apoio da Comunidade, buscando atender as seguintes propostas (BRASIL, 2006b, p. 33-34):

Ofertar práticas corporais e atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis;

Pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física;

Constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do “Pratique Saúde no SUS” (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção);

Incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais e atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança e outros).

Justificativa: (gestão do cuidado/aplicabilidade da prática em saúde) práticas corporais ministradas nas USF, UBS e no NASF

As práticas corporais são definidas pelo MS (BRASIL, 2008, p. 6) como sendo:

Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, e que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.

Já a Política Nacional de Promoção da Saúde compreende que as

Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindas do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. Diz ainda que:

São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as **danças**, o *Tai Chi Chuan*, o *Lien Chi*, o *Lian Gong*, o *Tuíná*, a *Shantala*, o *Do-in*, o *Shiatsu*, a *Yoga*, entre outras (BRASIL, 2008, p. 6).

A prática corporal é uma política pública da promoção de saúde e deve ser implantada como ações na rede básica de saúde e na comunidade; como ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros e como ações de monitoramento e avaliação. A respeito da prática corporal a regularidade de um comportamento e transformação do mesmo em hábito implica em múltiplas questões: motivação para a ação, percepção dos benefícios, adequação às necessidades pessoais, em especial a pessoa com deficiência e idosa e satisfação com a atividade executada são itens fundamentais para que isso possa acontecer e fomentar a adesão e a manutenção do indivíduo e/ou coletiva na prática corporal (MORETTI *et al.*, 2009; BRASIL, 2006).

Warschauer e D'Urso (2009) considerou que a intersetorialidade foi ponto importante e facilitador da implementação das práticas corporais junto ao Sistema Público de Saúde. Ademais, disseram que ações intersetoriais foram relevantes, em especial a articulação com os setores de saúde, de educação, do esporte, do transporte, do lazer e dentre outros setores afins. Os autores também afirmam que a parceria com o lazer permitiu a incorporação de conteúdo do lúdico, da arte e da música para favorecer à visão assistencial e de prevenção de doenças, o que contribuiu para repensar a interlocução, a formação dos grupos de caminhada e os conteúdos das práticas corporais de forma menos segmentada e com ênfase no indivíduo.

Para assegurar a implantação das atividades e ações do Programa Agita Brasil, vários seguimentos articularam com o MS, fomentando a intersetorialidade para operacionalizar o programa, como segue:

O Ministério da Saúde tem estabelecido parcerias com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), além de contar com o respaldo técnico-científico do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafisc), do Estado de São Paulo, para o desenvolvimento de ações

de educação e promoção da saúde. Ao lado dessas alianças estão a Organização Pan-americana da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Além disso, durante o processo de implementação das atividades do “Agita Brasil”, configuram-se, também, como potenciais parceiros, demais ministérios, prefeituras, outras secretarias estaduais; universidades, setores empresarial e industrial, entidades da sociedade civil organizada, clubes de serviço, dentre outros (Brasil, 2002, p. 255).

Nesta pesquisa, buscou compreender o processo de implantação da Dança Sênior nas práticas corporais da Política Nacional de Promoção de Saúde do Município de Pirassununga que necessita de condições estruturais e operacionais, mas esse processo apresentou-se como um desafio a ser enfrentado pelos gestores locais para incorporar essa nova prática corporal, a Dança Sênior, aos seus serviços público de saúde.

A Dança Sênior é uma dança própria para pessoas idosas (os já avançados na idade, os anciãos e longevos, e os mais novos) (INSTITUIÇÃO BETHESDA, 2015), a ambos os sexos, mas agradável para todas as idades. Não possui contraindicação. Considerada uma atividade física e lúdica, que trabalha na prevenção de doença e promove a saúde, dando atividade ao corpo e leveza à alma e ao espírito. Quando praticada em grupo, é antecedida por exercícios terapêuticos de geronto-ativação, podendo ser executada tanto sentada quanto em pé (MATOS, 2015).

Trata-se de um conjunto sistematizado de coreografias que respeitam o ritmo da música, que estimulem e motivem os movimentos espontâneos das pessoas idosas (CASSIANO, 2009). As danças têm como base o “folclore de diversos povos” e as coreografias são adaptadas às possibilidades e as necessidades da pessoa idosa, compostas por diversos ritmos como a polca, valsa, samba, bolero, marcha, xote, quadrilha, country e dance e outros (FERNANDEZ, 2015).

Ilse Tutt (*in memorian*) idealizou a dança Sênior na Alemanha em 1971, onde foi fundada a Federação Nacional da Dança Sênior, na Alemanha. Após quatro anos, o estilo foi trazido para o Brasil. Ela ministrou seu primeiro curso preparativo em São Leopoldo (SC), em 1982. A partir deste acontecimento, Regina Krause (Díacona) propagou a Dança Sênior, com o apoio da Instituição *Bethesda* e do Padre Hans Burger, o Diretor Geral da dessa Instituição, em Pirabeiraba (SC), onde foi formalizada a “Dança Sênior do Brasil”, a partir de 10 novembro 1993 (INSTITUIÇÃO BETHESDA, 2015). No Brasil, tudo começou com a alemã Christel Weber, arquiteta e multiplicadora da Dança.

A Dança Sênior está presente na Alemanha, seu país de origem, no

Brasil, na Suécia, na Bélgica, na Dinamarca, na Finlândia, na Suíça, na Áustria, na Itália e na Inglaterra. Já existe um Comitê de Dança Sênior Internacional que, a cada 3 anos, realiza um Encontro o Internacional Seniores Dance Congress (ISDC). O Brasil vem participando desses eventos desde 1998. Essa prática corporal tem ganhado espaço e adeptos no Brasil, pois se trata de uma estratégia que previne a inatividade, retarda a senilidade e promove qualidade de vida e inclusão para idosos (RAMOS, 2014).

Para esta modalidade a geronto-ativação equivale ao aquecimento, ao alongamento e o relaxamento da atividade física direcionada para a pessoa idosa; a Dança Sênior propriamente dita é similar ao exercício aeróbico sendo exercício de leve a moderada intensidade, duração de 45 minutos e frequência ocorre de acordo com a característica da instituição, sendo que o ideal é realizá-la três vezes na semana.

A novidade dessa prática terapêutica é a dança sentada, para aqueles que têm limitações físicas também podem se exercitar, os exercícios foram baseados na geronto-ativação, a exemplo de cadeirantes e pessoas com dependência motora, (MATOS, 2015; RAMOS, 2014).

Diversos estudos apontam esses benefícios, mas, no geral, o idoso tem mais vontade de viver, pois encontra algo prazeroso, em que é necessário estar atento aos movimentos. Usa-se o corpo com vigor, existe um reconhecimento dos seus pares e a música ritmada ativa áreas do cérebro que não são trabalhadas naturalmente (RAMOS, 2014).

Adicionado ao que foi falado, anteriormente, outros benefícios detectados foram os seguintes: a melhora a mobilidade articular, a força muscular, à coordenação, o equilíbrio, a postura, a memorização e a capacidade cognitiva e funcional; aumenta a flexibilidade e bem como a melhora na qualidade de vida do idoso; o sono é mais efetivo, além de promover o bem-estar físico e mental; a socialização e a comunicação e também permite uma maior consciência corporal e respiratória (RAMOS, 2014).

Embora não esteja incorporada no SUS, a Dança Sênior apresenta-se como uma boa estratégia, enquanto prática corporal, na atenção básica em saúde, não só pelas suas características da práxis, mas também por contemplar os idosos, considerados como grupo de risco pelo SUS. Ela pode ser umas das Ações de Atividade Física/ Práticas Corporais a ser incorporada como um relevante projeto terapêutico dentro das diretrizes da atenção básica e executada em USF, UBS e NASF.

Essa modalidade de Dança Sênior vem sendo ministrada em vários países, no Brasil, vários estados têm realizado a Dança, em Pirassununga ainda não existe um grupo de Dança Sênior, desta forma a cidade foi selecionada para a implantação da oferta da Dança.

Deste modo, a prática corporal por meio da Dança Sênior pode ser uma estratégia de políticas públicas a ser implantada na atenção básica para

viabilização do aumento dos níveis de práticas corporais direcionada para pessoa idosa, pois atende os elementos essenciais disponibilizados para a promoção de saúde e a prevenção de agravos para pessoa idosa que faz parte de um grupo vulnerável na Atenção Básica.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

Materiais e métodos

Percurso metodológico

A abordagem metodológica utilizada para esta pesquisa foi qualitativa exploratória e descritiva, com análise de conteúdo do tipo temática (MINAYO, 2004, 2012), pois vem ao encontro de perceber as questões relacionadas com os sentimentos e experiências vivenciadas pelos seres humanos, bem como dos fenômenos observados na prática, com representações repletas de significados (MINAYO, 2012; SORATTO, 2014). Esses significados encontrados estão diretamente relacionados com o ambiente onde estão inseridos e participam os sujeitos (CECCON *et al.*, 2011; VIEGAS *et al.*, 2012; QUADROS, 2005).

Os dados foram analisados com fundamentação nos conceitos de práticas corporais e da Dança Sênior oriundos dos pressupostos de Cassiano (2009), assim como nas bases documentais sobre ESF no Brasil (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011; MINAYO, 2006; MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2005; BRASIL, 2006a). Foram criadas categorias de análise, para as respostas obtidas. Os conceitos – chave foram sobre os fatores que estiveram associados com a permissão dos gestores de saúde e a adesão com a manutenção dos idosos a Oferta da Dança Sênior na Atenção Básica.

Delineamento experimental

O presente estudo foi realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga, na Atenção Básica, foram convidados a participar deste estudo, os gestores de saúde, profissionais de saúde de níveis superiores e agentes comunitários de saúde (ACSs), os quais no momento do estudo fizeram parte da Equipe de Saúde da Família (ESF). Todos os participantes voluntariados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para pesquisa (APÊNDICE A) e para imagens (APÊNDICE C).

Simultaneamente, foram convidados a participar deste estudo os idosos de 60 anos e mais, que foram assistidos pela UBS do Município de Pirassununga, que tenham limitações de leves a moderadas e se

apresentaram independentes e autônomos no momento do estudo; e que puderam se deslocar de forma independente até a USF onde estava escrito. Foi elaborado o TCLE para a pesquisa (APÊNDICE B) e para a imagem (APÊNDICE D), sendo solicitada a anuência mediante assinatura do termo para aqueles que concordaram em participar. Foi autorizada ainda pela instituição onde foi realizada a pesquisa a dispensa do TCLE para análise de prontuários dos usuários idosos participantes do estudo. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil da Universidade Federal de São Carlos, sob o Parecer n. 895.345. Em respeito ao anonimato, os participantes gestores de saúde, profissionais de saúde de nível superior e ACSs foram identificados com os nomes de flores e os usuários idosos foram identificados com os nomes de santos (as).

A Pesquisadora contactou com a Prefeita Municipal de Saúde, a Secretária Municipal de Saúde e a Coordenadora do PSF de Pirassununga para informá-las sobre a implantação da oferta da Dança Sênior na Instituição.

Modificações no percurso metodológico

A presente pesquisa foi aprovada somente em 03 de dezembro de 2014 pelo CEP, onde foi informado à Coordenação de Programa da Saúde Família do Município de Pirassununga e ao CCI. Atualmente, o CCI está vinculado à Secretaria do direito da criança, adolescência e da terceira idade do Município de Pirassununga. Essas duas instituições informaram-me, somente no dia 04 de março de 2015, que, por motivos internos, não seria possível eu realizar a pesquisa no CCI, mas seria possível realizá-la nas próprias USF.

A Coordenadora do PSF forneceu 15 USF, dessas foram selecionadas seis USF que não tinham atividades ou se tinha eram apenas uma, tal escolha ocorreu para favorecer à adesão a prática corporal por meio da Dança Sênior para os usuários idosos. Diante deste contexto, as demais USFs não selecionadas tem oferta de atividades.

Os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras foram muito solícitas quando foram abordadas a respeito da proposta da pesquisa, porém algumas expuseram suas dificuldades em abordar os usuários idosos para a prática corporal. Outra limitação é o espaço físico (ar livre), a falta de aparelho de som e de cadeiras. Outra limitação foi a realização de busca ativa dos usuários idosos e a divulgação da Dança Sênior devido as USF estarem com a atenção direcionada ao controle de epidemia de Dengue que está presente na maioria dos municípios brasileiros, nesses primeiros meses de 2015. Por outro lado, têm USF que não possui estrutura física adequada para as realizações de atividades físicas/ práticas corporais, porém elas foram capazes de articular com a rede sociais parcerias com igrejas, clubes esportivos e quadras poliesportivas vinculadas com a Secretaria Municipal de Esporte (SME) do Município de Pirassununga. Tais Parcerias proporcionam

uma estrutura adequada para a realização de atividades físicas / práticas corporais por meio da Dança Sênior, visto que os idosos têm algumas questões de acessibilidades que lhes foram próprias, por exemplos, banheiros adaptados, rampas, corrimãos entre outros.

Para que os participantes voluntários participassem desta pesquisa foi realizado um comunicado a Enfermeira de cada USFs, para que convidassem os profissionais de saúde de níveis superiores e os ACSs para assinarem os TCLEs, respondessem o questionário de oferta da Dança Sênior e a participassem da oferta da Dança Sênior por três meses.

Participaram deste estudo os gestores de saúde, os profissionais de níveis superiores, os ACS e os idosos usuários das USFs. Todos assinaram o TCLE da pesquisa e de imagens. Todos responderam ao questionário de Oferta da Dança Sênior no início e após 3 meses da atividade. Adicionalmente os idosos responderam os questionários de qualidade de vida - SF-36 no início e após 3 meses da atividade. Os idosos foram submetidos a avaliação geriátrica e gerontologia multidisciplinar da Dança Sênior.

Oferta da Dança Sênior

A Dança Sênior foi ministrada pela dirigente de Dança Sênior uma vez por semana, com duração de 45 minutos, por 3 meses, na USF - Centro I (abril, maio e junho) e na USF – Centro II (maio, junho e julho) no ano de 2015, nas USF. Os dançarinos foram idosos, gestores de saúde e profissionais de saúde de níveis superiores que participaram de forma voluntariada como um grupo fechado, isto é, com o compromisso de iniciar e finalizar a atividade. Neste grupo, não poderão ocorrer à entrada de participante na atividade já iniciada. A oferta ocorreu da seguinte maneira: os primeiros 5 minutos de geronto-ativação; os 35 minutos da Dança Sênior (sentada e em pé) e últimos 5 minutos de Relaxamento (MATOS, 2015). O nome dado ao grupo de Dança Sênior foi PrevDance - Pirassununga e também foi elaborado um plano de aula. (APÊNDICE E). Após 3 meses da oferta da Dança Sênior foi realizada uma confraternização entre a equipe de saúde das USFs e os idosos participantes da dança com a entrega de um certificado de participação para todos (APÊNDICE F).

Aplicação dos questionários

Questionários para os gestores, profissionais de saúde de níveis superiores e ACS

No início da Pesquisa e após 3 meses de Dança Sênior foi aplicado e reaplicado o questionário de oferta da Dança Sênior nas USF direcionados para os gestores de saúde, os profissionais de saúde de nível superior e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da UBS do Município de Pirassununga, (APÊNDICE G), no período de maio a junho de 2015. Este teve por finalidade saber o interesse e o que motivaram esses profissionais

a permitirem a implementação da oferta da Dança Sênior na USF. Todos os participantes voluntariados assinaram o TCLE (APÊNDICE A e C).

Questionários para os usuários idosos

Realizou-se, no início da pesquisa e após 3 meses de Dança Sênior, uma aplicação e reaplicação do questionário sobre a qualidade de vida - SF-36 (ANEXO A) e um aplicação e reaplicação do questionário sobre a oferta da Dança Sênior na USF aos idosos participantes da Dança Sênior, (APÊNDICE H). Este tem por finalidade saber o que motivou a adesão e a manutenção nesta atividade, investigou a perspectiva da qualidade de vida dos idosos.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário, com um roteiro de questões semiestruturadas, com questões abertas e fechadas, foi analisada por conteúdo do tipo temática onde foram extraídas categorias que deveriam compreender os objetivos propostos pela pesquisadora. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados questionários que avaliou a qualidade de vida da pessoa idosa e que fomentaram as percepções relacionadas às temáticas: “oferta da Dança Sênior” e a “Saúde física após a Dança Sênior pela ótica dos gestores de saúde, dos profissionais de saúde de níveis superiores, dos ACSs e dos idosos”.

Em 30% das seis USF selecionadas, USF- Centro I e Centro II, onde foi possível oferta a Dança Sênior, foram aplicados no início e reaplicados após três meses de atividades os questionários de oferta da Dança Sênior para os gestores de saúde, os profissionais de saúde de níveis superiores, os ACSs e assinaram os TCLEs, pesquisa e imagens totalizou um número de 14 participantes (QUADRO 1).

Em relação ao público idoso foram realizados dois tipos de abordagem, como segue: Numa abordagem a pesquisadora utilizou-se da listagem dos ACSs com a relação dos idosos da microárea de qual foram responsáveis e executou-se uma busca ativa via telefone e noutra a abordagem foi realizada pela própria enfermeira da USF que fez a busca ativa, também, via telefone, onde todos os participantes da pesquisa assinaram os TCLE, responderam ao Questionário de Qualidade de vida - SF-36 para os idosos e o Questionário de oferta da Dança Sênior (todos); e participaram da Dança Sênior por 3 meses (QUADRO 2). Após uma análise do Questionário de Oferta da Dança Sênior foi possível elaborar a caracterização dos gestores, dos profissionais de saúde de níveis superiores e dos Agentes Comunitário de Saúde- ACSs que participaram da pesquisa, (ver quadro 1) e dos idosos que também participaram da pesquisa, (ver quadro 2).

QUADRO 1

Caracterização dos gestores de saúde, profissionais de saúde de nível superior e Agentes Comunitários de Saúde. Pirassununga, 2015

USFs	Codiname*	Idade (anos)	Sexo*	Cargo ocupado	Grau de instrução	Tempo na instituição (anos)	Tempo no cargo (anos)
Centro I	Acácia	40	F	Coordenadora de Atenção Básica	Pós-Graduação	14	4 anos
	Alfazema	27	F	Médica	3º grau completo	2 anos e 6 meses	2 anos e 6 meses
	Begônia	33	F	Enfermeira	3º grau completo	8 anos e 4 meses	8 anos e 4 meses
	Cravo	38	M	ACS	3º grau completo	7 anos	7 anos
	Camélia	27	F	ACS	2º grau Completo	6 anos e 7 meses	6 anos e 7 meses
	Crisântemo	43	F	ACS	2º grau Completo	7 meses	7 meses
	Dália	33	F	ACS	2º grau completo/ Técnico de Contabilidade	4 anos	4 anos
Centro II	Gardênia	33	F	Médica	Pós-Graduação	5 anos	5 anos
	Hortência	31	F	Enfermeira	Pós-Graduação	9 anos	9 anos
	Íris	32	F	ACS	3º grau incompleto	3 anos	3 anos
	Margarida	37	F	ACS	3º grau completo	10 meses	10 meses
	Dormideira	57	F	ACS	3º grau completo	7 anos	7 anos
	Rosa	38	F	ACS	2º grau completo	7 anos	7 anos
Centro II	Beladona	26	F	ACS	2º grau completo	3 anos	3 anos

Fonte: Dados da pesquisa

* Codiname foi estabelecido com nomes de flores / * Sexo F para feminino e M para masculino.

QUADRO 2

Caracterização dos usuários idosos que participaram de 12 aulas de Dança Sênior. Pirassununga, 2015

USF	Codinome*	Idade (Anos)	Sexo*	Participação na Dança Sênior
Centro I	Expedido	78	M	Desistência e Retornou
	Jorge	76	M	Ativo
	Beatriz	66	F	Ativo
	Agnes	67	F	Desistência
	Antônio	90	M	Ativo
	Bárbara	80	F	Ativo
Centro II	Matilde	64	F	Ativo
	Ana	64	F	Ativo/Desistência
	Clara	69	F	Desistência
	Heloísa	69	F	Ativo
	Letícia	84	F	Ativo
	Sebastião	71	M	Ativo
	Joana	67	F	Ativo
	Catarina	64	F	Desistência
	Aparecida	65	F	Desistência
	Inês	79	F	Desistência
	Valéria	65	F	Ativo
	Rita de Cássia	71	F	Ativo
	Mônica	71	F	Ativo
	Edna	60	F	Desistência
	Martina	69	F	Ativo

Fonte: A autora

*Codinome foi estabelecido com os nomes de santos (as)/ * Sexo F para feminino e M para masculino.

Avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica da Dança Sênior para os idosos

Ao longo da pesquisa viu-se a necessidade de realizar uma avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica da Dança Sênior para os idosos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG, s.d.; VICENTE; SANTOS, 2013), onde fosse possível identificar as variáveis clínicas, antropométricas e motoras dos usuários que aceitaram em participar da Dança Sênior. Na variável clínica o enfoque foi o diagnóstico clínico, na variável antropométrica o enfoque foi o peso, a estatura, o índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, relação cintura-quadril e a perimetria dos membros superiores e inferiores (MENEZES; MARUCC, 2005) e na variável motora o enfoque foi a mobilidade (equilíbrio e a marcha) (MORAES, 2008).

Para analisar essas variáveis fez-se oportuno a elaboração de uma ficha de avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica da Dança Sênior (APÊNDICE I) (UFMG, s.d.; VICENTE; SANTOS, 2013), tal avaliação

sempre resulta em uma intervenção, um aconselhamento ou uma internação para a pessoa idosa. Adicionalmente, fez-se necessária realizar um estudo no prontuário da USF e agendar uma avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontologia da Dança Sênior para os idosos participantes da Dança Sênior no momento da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram os gestores de saúde, profissionais de saúde de níveis superiores e ACS que concordaram em responder o Questionário de oferta da Dança Sênior, que atuam nas seis USF; bem como os usuários idosos com idade igual ou superior a 60 anos e que tenham limitações de leves a moderadas, sejam independentes e autônomos; e que possamos nos deslocar até a USF de sua localidade.

Os critérios de exclusão foram os gestores de saúde e profissionais de saúde não vinculado à rede pública da SMS de Pirassununga. Os idosos de 60 anos e mais que foram assistidos pelas USFs e que tiveram limitações graves e foram classificados com total dependência funcional.

Riscos e benefícios na pesquisa qualitativa deste estudo

O risco de “violência física de parceiros pela participação na pesquisa” tratou-se de pessoas que estariam fazendo algum exercício em parceria no grupo e, por desventura um deles pode escorregar, tropeçar e ao cair puxar o outro (o parceiro de Dança Sênior), podendo com isso ocorrer escoriações ou contusões durante o período do exercício da dança (dos exercícios físicos), conforme descrito acima não ocorreu. Considerando que foi minimizada a ocorrência do risco de queda, uma vez que o ambiente teve piso antiderrapante e luminosidade no local; e os dançarinos foram orientados a usar calçados confortáveis e antiderrapantes, não tivemos intercorrências previstas como riscos.

O risco relacionado ao desconforto que o sujeito poderia sentir em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, sentindo-se assim incômodo em falar, também não ocorreu, uma vez que a pesquisadora assegurou ao participante da pesquisa que suas informações colhidas, foram guardadas em sigilo e foram atribuídos nomes fictícios aos participantes do estudo para garantir o anonimato destes.

Notou-se também outro risco relacionado ao aspecto psicológico seria o forte relacionamento entre pesquisadores e participantes. Para a minimização desse risco, por parte da Pesquisadora foi adotado uma postura ética que priorizou a Dança Sênior como uma atividade relaxante que melhora a autoestima do participante, bem como lhe foi fornecido estímulo para a autonomia e independência.

Os benefícios para o sujeito de pesquisa, a Dança Sênior, traz uma oferta de uma nova intervenção na atenção básica do Município de Pirassununga. Esta Intervenção trouxe uma melhora na qualidade de vida da pessoa idosa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados considerando a caracterização dos sujeitos investigados, as **cinco categorias** identificadas na análise dos dados e a dinâmica do trabalho de campo nas USFs que permitiram a Oferta da Dança Sênior apresentadas a seguir.

A abordagem da descrição das características da população que participou da Dança Sênior

A caracterização dos 28 sujeitos participantes dos estudos, sendo 03 gestores de saúde, 11 profissionais de nível superior e Agente Comunitário de Saúde (ACSs) e 14 idosos do PSF do Município de Pirassununga-SP. O tempo de atuação no PSF/PACS variou entre 14 anos e 10 meses (ver quadro 1 e 2).

Foi possível descrever os dados clínicos dos idosos participantes da Dança Sênior mediante a análise da avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontologia da Dança Sênior, neste foi dado ênfase ao diagnóstico clínico e ao resultado da avaliação da qualidade de vida, (ver quadro 3); as medidas antropométricas, (ver o quadro 4); a mobilidade por meio do equilíbrio e da marcha; e do levantar e ir dos idosos (ver o quadro 5).

QUADRO 3

A descrição dos idosos que participaram de 12 aulas da Dança Sênior, com ênfase no diagnóstico clínico e na qualidade de vida dos idosos.

Pirassununga, 2015

USFs	Codínome	Idade (Anos)	Sexo	Diagnóstico Clínico	Escore de Qualidade de vida antes da Dança Sênior (Domínios)	Escore de Qualidade de vida após a Dança Sênior (Domínios)
Centro I	Expedito	78	M	Hipertensão essencial (primária) Consulta/Rotina Conflitos familiares Angústia e Ansiedade	Limitação por aspectos físicos, Dor, Aspectos Sociais e Limitações por aspectos emocionais foram 100. Capacidade funcional foi 95, Vitalidade foi 85, Estado geral de saúde foi 67 e Saúde mental é 64.	Limitação por aspectos físicos e emocionais, Aspectos sociais foram 100; Capacidade funcional e Vitalidade foram 95; Saúde mental foi 88; Dor foi 70 e Estado geral de saúde foi 67.
	Jorge	76	M	Hipertensão essencial (primária) AVC, paresia no MSD e disartria	Dor, Limitação por aspectos físicos e Saúde mental foram 100; Estado de geral de saúde é 97; Aspectos sociais foram 87,5; Vitalidade foi 80; Limitação por aspectos emocionais foi 67 e Capacidade funcional foi 65.	Limitação por aspectos físicos e emocionais, Vitalidade, Dor e Saúde mental foram 100; Aspectos sociais foram 87,5; Estado geral de saúde foi 72 e Capacidade funcional foi 55.
	Beatriz	66	F	Hígida	Saúde mental é 92; Capacidade funcional é 90; Vitalidade é 85; Estado geral de saúde é 77 e Dor é 62.	Capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, Aspectos sociais e Limitação por aspectos emocionais é 100. Para Saúde mental é 88, Vitalidade é 85, Estado geral de saúde é 82 e Dor é 62.

Centro I	Bárbara	67	F	Faltou a Avaliação da Dança Sênior	Capacidade funcional foi 95; Vitalidade foi 80; Saúde mental foi 76; Dor foi 72 e Estado geral de saúde foi 17.	Não foi reaplicado o Questionário de QV- SF- 36
	Antônio	90	M	Hipertensão essencial (primária) Dengue (Dengue Clássica) Micose superficial não especificada Consulta/Rotina	Capacidade funcional; Limitação por aspectos físicos; Vitalidade e limitação por aspectos emocionais foram 100.	Capacidade funcional, Limitação por aspectos físicos e emocionais, Dor e Aspectos sociais foram 100; Vitalidade foi 85; Estado geral de saúde foi 80 e Saúde mental foi 48.
	Bárbara	80	F	História de queda Pericardite aguda	Dor foi 64. Capacidade funcional e Aspectos sociais foram 50. Vitalidade foi 45; Saúde mental foi 40; Limitação por aspectos emocionais foi 33; Limitação por aspectos físicos foi 25 e Estado geral de saúde foi 15.	Vitalidade é 55, Estado Geral de Saúde é 52, Dor é 41, Capacidade funcional é 40, Saúde mental é 36, Limitação por aspectos emocionais é 33; Limitação por aspectos físicos e Aspectos Sociais é 25.
Centro II	Matilde	64	F	Hígida	Capacidade funcional; Limitação por aspectos físicos, emocionais, sociais e Dor foram 100. Vitalidade foi 90; Estado geral de saúde foi 72 e Saúde mental foi 68.	Capacidade funcional e Limitações por aspectos físicos, emocionais, sociais; Dor e Vitalidade foram 100; Saúde mental foi 80 e Estado geral de saúde foi 77.
	Ana	64	F	Artrite Reumatoide Lombalgia Diabetes de Mellitus	Saúde mental foi 72; Capacidade funcional foi 65; Estado geral de saúde foi 62; Vitalidade foi 55 e Dor foi 41.	Não foi reaplicado o Questionário de QV- SF- 36

Centro II	Clara	69	F	Faltou a Avaliação da Dança Sênior	Capacidade funcional foi 70; Dor foi 62; Estado geral de Saúde foi 32; Aspectos sociais foi 25; Saúde mental foi 16 e Vitalidade foi 15. Limitação por aspectos físicos e Limitação por aspectos emocionais foram 0.	Não foi reaplicado o Questionário de QV- SF- 36
	Heloísa	69	F	Diabete de Mellitus Hipertensão arterial Sistêmica	Estado geral de saúde foi 72. Saúde mental foi 48; Vitalidade foi 45; capacidade funcional foi 40; Aspectos sociais foram 38; Limitação para aspectos físicos foi 25 e Dor foi 22. Limitação por aspectos emocionais foi 0.	Limitação por aspectos emocionais é 100; limitação por aspectos físicos e Aspectos sociais foram 75, Dor foi 74; Capacidade funcional foi 70; Saúde mental foi 68; Vitalidade foi 55; Estado geral de saúde foi 47.
	Letícia	84	F	Hígida	Saúde Mental é 76; Aspectos sociais foram 75; Vitalidade foi 60; Estado geral de saúde foi 47. Limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais são 0	Limitação por aspectos físicos, emocionais e sociais são 100; Saúde mental é 92; Vitalidade é 85; Capacidade funcional é 70; Estado geral de saúde é 67 e Dor é 42.
	Sebastião	71	M	Diabete de Mellitus Conflitos familiares (SIC da ACS)	Estado geral de saúde é 105. A Limitação por aspectos físicos; Dor, Aspectos sociais; Limitação por aspectos emocionais foi 100. Capacidade funcional foi 95; Vitalidade foi 80 e Saúde mental foi 56.	Limitação por aspectos físicos, emocionais e sociais e Dor foram 100; Capacidade funcional foram 95; Saúde mental foram 92; Vitalidade foi 80 e Estado geral de saúde foi 70.

Centro II	Joana	67	F	Hérnia de Disco Hipertensão Arterial Sistêmica Labirintite Bursite em MS Cialgia	Capacidade funcional foi 85; Estado geral de saúde foi 77; Vitalidade foi 65 Aspectos sociais foram 38; Saúde mental foi 36; Limitação por aspectos emocionais foi 33; Dor foi 31 e Limitação por aspectos físicos foi 25.	Limitação por aspectos emocionais foi 100; A Capacidade funcional e Vitalidade foram 70; Saúde mental foi 64; O Estado geral de saúde e Aspectos sociais foram 62; Limitação por aspectos físicos foi 50 e Dor foi 41.
	Catarina	64	F	Faltou a Avaliação da Dança Sênior	Saúde mental é 84 Capacidade funcional e Vitalidade foram 55. Estado geral de saúde foi 52; Aspectos sociais foram 50; Limitação por aspectos físicos foi 25 e Limitação por aspectos emocionais foi 0.	Não foi reaplicado o Questionário de QV- SF- 36
	Aparecida	65	F	Faltou a Avaliação da Dança Sênior	Capacidade funcional foi 95; Estado geral de saúde foi 72; Vitalidade foi 60 e Saúde mental foi 52. Limitação por aspectos emocionais foi 33 e Limitação por aspectos físicos foi 25.	Não foi reaplicado o Questionário de QV- SF- 36
	Inês	79	F	Faltou a Avaliação da Dança Sênior	Capacidade funcional é 95; Dor foi 74; Estado geral de saúde foi 72; Vitalidade foi 60; Aspectos sócias foi 50; Limitação por aspectos emocionais foi 33 e saúde mental foi 28.	Não foi reaplicado o Questionário de QV- SF- 36

Centro II	Valéria	65	F	Hipertensão Arterial Sistêmica História de Infecção no Tacto Urinário Artrose nos joelhos	Limitação por aspectos emocionais foi 100. Aspectos sociais e Saúde mental foram 88; Estado geral de saúde foi 85; Vitalidade foi 75; Capacidade funcional foi 35; Limitação por aspectos físicos foi 25 e Dor foi 20.	Limitação por aspectos emocionais foi 100; Aspectos sociais foi 87; Saúde mental foi 76; Limitação por aspectos físicos e Vitalidade foram 75; Capacidade funcional foi 55, Estado geral de saúde foi 52 e Dor foi 31.
	Rita de Cássia	71	F	Hígida Depressão (médico fora da USF)	Vitalidade foi 95; Capacidade funcional foi 90; Saúde mental foi 76; Estado geral de saúde foi 35; Aspectos sociais foram 12,5 e Limitações por aspectos emocionais foi 10.	Capacidade funcional; Limitação por aspectos físicos, emocionais e sociais, Dor e Vitalidade foram 100; Saúde mental foi 96 e Estado geral de saúde foi 70.
	Mônica	71	F	Hígida Cervicobraquialgia (Médico fora da USF) Afastada por motivo de saúde em junho de 2015- Retorno em Agosto 2015 OBS: Cuidadora do irmão com transtorno mental	Aspectos sociais foram 100. Vitalidade é 90; Saúde mental foi 76; Limitação por aspectos físicos foi 75; Limitação por aspectos emocionais foi 67 e Dor foi 62 Capacidade funcional foi 45 e Estado geral de saúde foi 42.	Limitação por aspectos emocionais foi 100; Saúde mental foi 76; Estado geral de saúde foi 67; Vitalidade foi 65; Aspectos sociais foram 37; Capacidade funcional foi 35; Dor foi 10 e Limitação por aspectos físicos foi 0.
	Edna	60	F	Faltou a Avaliação da Dança Sênior	Dor foi 84; Saúde mental foi 76; Limitação por aspectos emocionais foi 67; Vitalidade foi 60; Aspectos sociais foram 50; Capacidade funcional foi 40 e Estado geral de saúde foi 30.	Não foi reaplicado o Questionário de QV- SF- 36

Centro II	Martina	69	F	Hígida	Capacidade funcional foi 70, Estado geral de saúde foi 62 e Dor foi 51, Limitações por aspectos físicos foi 25. Limitação por aspectos emocionais foi 0.	Saúde mental foi 80; Capacidade funcional e Vitalidade foram 65; Aspectos sociais foram 62; Estado geral de saúde foi 47; Dor foi 41 e Limitações por aspectos físicos e emocionais foram 0.
------------------	---------	----	---	--------	---	--

Fonte: Dados da pesquisa

*Codinome foi estabelecido com os nomes de santos (as)/ * Sexo F para feminino e M para masculino/ * Escores de Qualidade de vida- SF-36, em uma escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor estado.

QUADRO 4

A descrição dos usuários idosos que participaram de 12 aulas de Dança Sênior: Medidas Antropométricas dos idosos. Pirassununga, 2015

Codinome	Sexo	Índice de massa Corporal – Kg/m² (Resultado e Categoria)	Relação Cintura – Quadril (Resultado e Categoria)	Gordura Abdominal (cm)
Expedito	M	20,70 Peso Normal	0,80 Normal	77
Jorge	M	35,16 Obesidade Grau II (Severa)	0,96 Obesidade abdominal	116
Beatriz	F	20,09 Peso Normal	0,79 Normal	83
Antônio	M	22,96 Peso Normal	0,84 Normal	90
Bárbara	F	29,67 Sobrepeso	0,85 Normal	99
Matilde	F	24,56 Peso Normal	0,79 Normal	84
Ana	F	34,11 Sobrepeso	0,96 Obesidade Abdominal	88
Heloísa	F	32,71 Sobrepeso	0,88 Obesidade Abdominal	104,5
Letícia	F	27,24 Sobrepeso	0,85 Normal	99
Sebastião	M	22,41 Peso Normal	0,94 Normal	102
Joana	F	29,67 Sobrepeso	0,87 Normal	107
Valéria	F	29,81 Sobrepeso	0,94 Obesidade Abdominal	100
Rita de Cássia	F	28,15 Sobrepeso	1,00 Obesidade Abdominal	83

Mônica	F	27,92 Sobrepeso	0,81 Normal	100
Martina	F	28,51 Sobrepeso	0,83 Normal	95

Fonte: MENEZES; MARUCC (2005)

*Codinome foi estabelecido com os nomes de santos (as)/ * Sexo F para feminino e M para masculino.

QUADRO 5

Descrição dos usuários idosos que participaram de 12 aulas de Dança Sênior: Mobilidade por meio do equilíbrio, da marcha; e do levantar e ir dos idosos, Pirassununga, 2015.

Codinome	MOBILIDADE			
	Escalas			Levantar e ir em 3 metros (Timed up and go test) (Segundos)
	Berg (nº)	Tinetti (nº)		
	Equilíbrio	Equilíbrio	Marcha	
Expedito	56	16	12	13
Jorge	40	14	6	27
Beatriz	53	16	12	18
Antônio	49	16	9	16
Bárbara	47	15	9	20
Matilde	54	16	12	11
Ana	47	16	12	11
Heloísa	51	16	12	13
Letícia	54	16	12	20
Sebastião	56	16	12	10
Joana	50	16	12	12
Valéria	55	16	12	9
Rita de Cássia	54	16	12	12
Mônica	54	16	12	12
Martina	54	16	12	14

Fonte: VICENTE e SANTOS (2013); MORAES (2008); ZARDO (2008) e (SILVA, 2008)

*Codinome foi estabelecido com as iniciais do nome completo do usuário idoso/ * Sexo F para feminino M para masculino.

Na escala de Berg o valor de 56 a 54, cada ponto a menos é associado a um aumento de 3 a 4% abaixo no risco de quedas. 54 a 46 a alteração de um ponto é associada a um aumento de 6 a 8% de chances de queda. Abaixo de 36 pontos o risco de quedas é quase de 100%. (SILVA, 2008).

Para os usuários idosos também foram aplicados e reaplicados os questionários de oferta da Dança Sênior, questionário de qualidade de vida SF-36, todos assinaram os TCLE pesquisa e imagens e totalizou um número de 21 unidades. Dentre estes tivemos em relação a participação na Dança

Sênior 14 ativos, seis desistências e uma desistência com retorno (ver o quadro 2). Todos os idosos que se mantiveram ativos na Dança Sênior foram reaplicados os questionários de oferta da Dança Sênior, questionário de qualidade de vida SF-36 e submetidos a avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontologia da Dança Sênior.

Na USF Centro I em relação gestores de saúde, os profissionais de saúde de níveis superiores e os ACSs, que aderiram e se mantiveram na Dança Sênior, foram estudados um homem e cinco mulheres entre 27 e 38 anos de idade, (ver o quadro 1). Nesta a médica não aderiu a dança Sênior, mas a mesma foi capaz de responder os questionários de oferta da Dança Sênior e assinou os TCLEs pesquisa e imagens. Em relação aos idosos, que aderiram e se mantiveram na Dança Sênior, foram estudados três homens e duas mulheres entre 66 e 90 anos de idade (ver o quadro 2).

Na USF Centro II em relação gestores de saúde, os profissionais de saúde de níveis superiores e os ACS, que aderiram e se mantiveram na Dança Sênior, foram estudadas seis mulheres entre 27 e 38 anos de idade, (ver o quadro 1). Nesta, a médica e a enfermeira não aderiram a Dança Sênior, mas ambas foram capazes de responder os questionários de oferta da Dança Sênior e assinaram os TCLEs pesquisa e imagens. Em relação aos idosos, os que aderiram e se mantiveram na Dança Sênior, foram estudados um homem e oito mulheres entre 64 e 84 anos de idade, (ver o quadro 2). Vale apenas ressaltar que também, não houve a adesão da coordenadora do PSF a Dança Sênior, mas a mesma foi capaz de responder os questionários de oferta da Dança Sênior e assinou os TCLEs pesquisa e imagens.

Os 70 % das USFs restantes apenas os gestores, os profissionais de saúde de níveis superiores e os ACSs assinaram o TCLE pesquisa e responderam os Questionários de oferta da Dança Sênior totalizando um número de 18 unidades. Contudo, em relação as essas 70% das USFs não houve adesão dos idosos e não foi ofertada a Dança Sênior neste estudo. Assim, não foi possível realizar a reaplicação deste Questionário após três meses de Oferta da Dança Sênior na atenção Básica. Nestas USFs, a pesquisadora investigara quais os fatores associados que contribuíram para não oferta, a não implantação e não implementação dessa prática corporal como prática fisioterapêutica. Contudo, será necessária outra pesquisa de igual dedicação.

Notou-se que a busca ativa não foi capaz de viabilizar a adesão dos idosos sendo necessário reforçar mais no conceito de Dança Sênior e na divulgação dessa nova prática corporal junto à pessoa idosa. Segundo o relato dos profissionais de saúde de níveis superiores dos ACSs e vivência da pesquisadora foi árduo promover a adesão do idoso a prática corporal e a atividade física na USF. Sendo necessária a mudança de paradigma no processo saúde – doença para a pessoa idosa que busca mais o cuidado centrado na doença do que o cuidado centrado na promoção de saúde e na prevenção de agravos a saúde na Atenção Básica.

Sobre a investigação do impacto da Dança Sênior nos dados antropométricos, na mobilidade (equilíbrio, marcha; e levantar e ir) e na qualidade de vida será necessária outra pesquisa de igual dedicação.

A dinâmica do trabalho de campo nas USFs em relação a oferta da Dança Sênior: Funcionamento nas USFs

Na presente pesquisa foi possível experimentar e descrever o perfil das 2 USFs que mesmo sem a implantação da Dança Sênior na atenção básica no município de Pirassununga permitiram a implementação da Dança Sênior nas unidades por 3 meses. Ambas as unidades apresentaram aspectos de igualdade e de diferença entre elas (QUADRO 6; FIGURAS 1-6).

QUADRO 6

Descrições das igualdades e das diferenças USF que permitiram a implementação da Dança Sênior por 3 meses, Pirassununga 2015.

Unidade da Saúde da Família	
Igualdades	
Aula da Dança Sênior 1 vez por semana com duração de 1 hora	
Recurso de áudio (Som portátil com CD) emprestado	
Participação dos ACSs	
Formação do grupo pela identidade (Idade, reminiscência, aspectos de saúde e social)	
Cumprimento do cronograma	
Na avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica da Dança Sênior a USF ofereceu suporte estrutural e apoio técnico da enfermeira, técnico de enfermagem e dos ACSs	
Os dançarinos da Dança Sênior foram capazes de participar Confraternização do Dia das Mães organizada pela SMS, SME e Secretaria do direito da criança, do adolescente e da terceira idade.	
Capacitação sobre a Dança Sênior para os ACSs mediante o treino da Geronto-ativação e das danças sentadas e em pé.	
Diferenças	
Centro I	Centro II
Aula de <i>Lian Gong</i> 1 vez por semana com duração de 1 hora.	
Local para ministrar a Dança Sênior foi a garagem ao ar livre com espaço limitado e com cadeiras sem braços cedida da própria unidade, porém ficou muito próximo do campo de visão da equipe de saúde da família (ESF) da USF.	Local para ministrar a Dança Sênior foi o Salão da igreja com centenas cadeiras sem braços e espaço amplo e adequado para o idoso, porém ficou distante do campo de visão da equipe de saúde da família (ESF) da USF.
Participação da enfermeira nas aulas	
A participação da equipe da USF se deu pela observação da Dança Sênior e registro das imagens por meio de fotos e vídeos.	

Os idosos participativos foram autônomos e heterogêneos em relação ao sexo e as limitações por aspectos físicos, emocionais e sociais com o perfil geriátrico e gerontológico.	Os idosos participativos foram autônomos e mais homogêneos em relação ao sexo e as limitações por aspectos físicos, emocionais e sociais com o perfil mais gerontológico.
	Os dançarinos de Dança Sênior foram capazes realizar apresentações externas nas seguintes instituições (Centro de Convivência do idoso- CCI, Associação Pirassununguense de Aposentados-APA e Grupo de Convivência da Terceira Idade “Cidade Simpatia” de Pirassununga).
Pausa na Dança Sênior Motivos: Férias de funcionário, remanejamento de funcionário para outro setor, atuação na Saúde Escolar e a SMS ordenou que o NASF fizesse atividades na unidade.	

Fonte: A autora

Figura 1: PrevDance – Pirassununga / USF- Centro I



Grupo Lua / Geronto – ativação O Italiano Para Garrafas

Fonte: Arquivos da autora

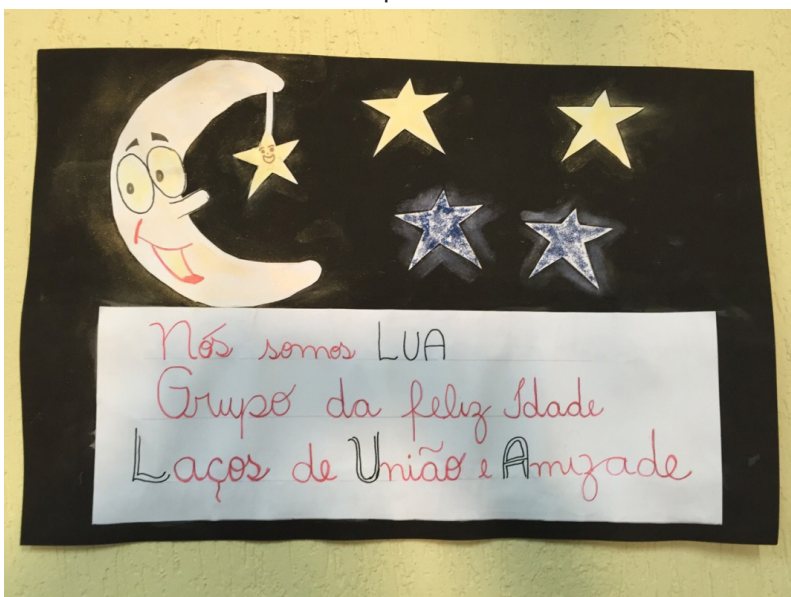
Figura 2: PrevDance – Pirassununga / USF- Centro I



Grupo Lua / Geronto – ativação O Italiano Para Garrafas

Fonte: Arquivos da autora

Figura 3: PrevDance – Pirassununga/ USF- Centro I
Grupo Lua



Fonte: Arquivos da autora

Figura 4: PrevDance – Pirassununga/ USF- Centro II
Grupo Girassol



Fonte: Arquivos da autora

Figura 5: Apresentação da Dança Sênior e dos dançarinos



Fonte: Arquivos da autora

Figura 6: Dança Sênior – Valsa Mexicana

Fonte: Arquivos da autora

Respeitando a singularidade, a particularidade e a especificidade das duas USF, em especial a ambiência e a intersetorialidade, ambas apresentaram pontos que permitiram aspectos positivos (força e oportunidade) e aspectos negativos (fraqueza e ameaça) do uso da tecnologia leve, como a intervenção viabilizada pela prática corporal na modalidade Dança Sênior. A seguir abordaremos as igualdades e as diferenças das duas USFs (QUADRO 4), como segue:

No tocante da igualdade, ambas criaram estratégia para a aquisição de recurso audiovisual. A participação, interação e colaboração das ACS nas aulas de dança Sênior foram unânimes a ação deste membro da equipe de saúde. Em relação ao cumprimento do cronograma as duas USFs foram capazes de assinarem os TCLEs da pesquisa e de imagens, responderem o Questionário de Oferta da Dança Sênior, Questionário de Qualidade de vida – SF-36. Somente os idosos fizeram a avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontologia da Dança Sênior. Também o encerramento das aulas com uma confraternização e entrega de certificado de participação da Dança Sênior ocorreram no prazo estabelecido pela pesquisadora.

Podemos notar que para responder os questionários e participar das aulas, os gestores, os profissionais de saúde de nível superior e os ACSs que as realizam em locais de trabalho, tivemos problemas difíceis de solucionar: situações externas frequentemente as interrompem (um telefonema “importante”, uma decisão “urgente”, a secretária, recados etc.), fazendo com que o profissional de saúde perca o “fio da meada” e se veja obrigado a retomar a narrativa de outro ponto ou, até mesmo, a desistir de vez daquela

atividade em questão.

No que se refere a avaliação geriátrica e gerontologia multidisciplinar da Dança Sênior, as USF ofereceram suporte estrutural e apoio técnico da médica, da enfermeira, da técnica da enfermagem, dos ACS e da recepcionista.

No tocante da diferença a equipe da USF - Centro I apresentou um completo desconhecimento sobre o que é Dança Sênior, por sua vez a equipe do USF – Centro II trouxe um conhecimento de mundo e um senso comum sobre que é a Dança Sênior.

Quanto à presença da enfermeira nas aulas da Dança Sênior na USF - Centro I a atuação desse profissional foi bem presente e importante, tendo até relato de uma idosa: [...] “Sinto-me segura com a presença da enfermeira na aula” [...] (Beatriz).

A estrutura no USF - Centro I foi uma residência adaptada, esta está aguardando a finalização da reforma do seu real endereço. Assim, uma garagem de uma residência ao ar livre, com espaço limitado e com cadeiras individuais e sem braços cedidas da própria USF foi o local onde a Dança Sênior foi ministrada, porém ficou muito próximo do campo de visão da equipe. Já na USF - Centro II o local reservado para ministrar a Dança Sênior foi um salão de uma igreja próxima da USF com instalações adequadas para o idoso, centenas de cadeiras individuais e sem braços; com espaço amplo, iluminado e com ventilação, porém ficou distante do campo de visão da equipe.

Na USF - Centro I foi possível resgatar a prática corporal do *Lian Gong*.

Em relação aos idosos da USF - Centro I eles foram autônomos, participativos heterogêneos em relação ao sexo e as limitações por aspectos físicos, emocionais e sociais com o perfil geriátrico e gerontológico, todos se deslocaram até a unidade a pé (deambulando/ caminhando). Por sua vez, os idosos da USF - Centro II foram autônomos, participativos e mais homogêneos em relação ao sexo (com a maioria da participação feminina, um homem e oito mulheres) e as limitações por aspectos físicos, emocionais e sociais, com o perfil mais gerontológico, a forma deles se deslocaram até a USF se deu a pé (deambulando / caminhando), dirigindo o próprio veículo e por carona de amigos e/ou familiares (viagem gratuita em qualquer veículo).

Os idosos da USF - Centro II foram capazes realizar apresentações externas das danças “Sete Pulos e Roda Alegre” nas seguintes instituições: o CCI, a Associação Pirassununguense de Aposentados (APA) e a Grupo de Convivência da Terceira Idade “Cidade Simpatia”, de Pirassununga.

Após 3 meses de oferta da Dança Sênior, as equipes das USF e os idosos sinalizaram o despreparo para dirigir a Dança Sênior, sendo necessário que os gestores viabilizem um curso Básico de Dança Sênior para a equipe de saúde e os idosos. Diante deste contexto, ficou acertado com as equipes de saúde e com os idosos que a pesquisadora permaneceria como voluntária

ministrando a Dança Sênior.

De antes de motivos singulares, a USF - Centro I precisou dar uma pausa nas aulas de Dança Sênior com retorno previsto para setembro de 2015. Dentre os motivos podemos citar as férias de funcionários, remanejamento de funcionários para outro setor, atuação da unidade na Saúde Escolar e a SMS ordenou que a equipe do NASF atuasse com atividades na unidade.

A aplicação e reaplicação do questionário de oferta da Dança Sênior

Da análise dos discursos da aplicação e reaplicação do Questionário de Oferta da Dança Sênior na Atenção Básica no Município de Pirassununga como preconizado por (MINAYO (2012); MINAYO; ASSIS; SOUZA, (2005) e MINAYO, (2004)), foi possível emergir **cinco categorias e três subcategorias**, sendo direcionada a percepção dos gestores de saúde, dos profissionais de saúde nível superior, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e dos idosos que participaram da Dança Sênior, como segue adiante: as **categorias**: “A presença do desconhecimento da prática corporal por meio Dança Sênior direcionada a clientela idosa por parte da maioria dos gestores de saúde, dos Profissionais de saúde de nível superior, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e dos usuários idosos”; “A melhora e a manutenção da saúde e da qualidade de vida da pessoa idosa que participou da Dança Sênior”; “O nível de satisfação relatado pelos participantes da Dança Sênior”; “O acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica- AB” e “Os caminhos favoráveis para a implantação da Dança Sênior nas USFs”; e as **subcategorias**: “Na visão dos gestores de saúde”; “Na visão dos profissionais de saúde de nível superior e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)” e “Na visão dos idosos assistidos nas USFs que aderiram a Oferta da Dança Sênior Da análise dos discursos da aplicação e reaplicação do Questionário” como segue adiante:

Categoria 1: “A presença do desconhecimento da prática corporal por meio Dança Sênior direcionada à clientela idosa por parte da maioria dos gestores, dos Profissionais de saúde de nível superior, dos Agente Comunitário de Saúde (ACSs) e dos usuários idosos”.

A prática corporal (MENDES, 2013), por meio da dança foi uma ação da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) preconizado pelo SUS, pode e deve ser viabilizada por meio da Dança Sênior (exercício terapêutico para pessoa idosa por meio de uma melodia específica). Essa dança já se fez presente como um dos recursos terapêuticos utilizado na promoção de saúde dos idosos. Essa dança, também, pôde ser realizada para um público-alvo específico e vulnerável, considerado um dos grupos de risco relevantes da atenção básica à saúde no SUS, que é a pessoa idosa.

A Dança Sênior foi uma intervenção desconhecida por todos os participantes do estudo.

[...] Não Sei [...]; [...] Espero conhecer a Dança Sênior primeiro para poder descrever sobre o assunto [...]. (Alfazema)

[...] Não conheço a Dança Sênior [...]; [...] Precisarei conhecer a dança para depois avaliá-la! [...]. (Begónia)

[...] Não sei o que é [...]. (Cravo).

[...] Não conheço a Dança Sênior, nunca ouvi falar [...]. (Camélia).

[...] Nunca ouvi falar, imagino que seja algo prazeroso para o idoso [...]. (Crisântemo).

[...] Não conheço a Dança Sênior [...]. (Santo Expedito).

[...] Para um melhor conhecimento [...]. (Clara).

[...] Vim para conhecer e movimentar o corpo [...]. (Santa Ana).

Mediante a informação ofertada sobre a Dança Sênior e o recebimento dos materiais informativos da Associação da Dança Sênior a maioria dos participantes do estudo passou a ter um senso comum a respeito dessa nova prática corporal.

[...] É uma modalidade de dança específica para a população idosa [...]. (Acácia).

[...] É uma atividade que engloba músicas e ritmos de vários países, própria para pessoas idosas, mas agradável para todas as idades. As danças têm como base o folclore de diversos povos e as coreografias são adaptadas, compostas por diversos ritmos como a polca, valsa, marcha, xote, quadrilha, country e dance. Há, também, dança com idosos, sentada, importante para quem tem alguma limitação física e exercícios baseados na geronto-ativação. Promover à saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa, por meio dos exercícios físicos e atividades sociais de integração [...]. (Íris).

[...] Orientação para a atividade sobre o pedido da dirigente de Dança Sênior [...]. (São Jorge).

[...] Estimula as pessoas idosas a se movimentarem, interagirem, desenvolverem melhor sua mobilidade, inclusive porque a dança pode ser feita sentada, para as pessoas com maiores dificuldades [...]. (Beladona).

A Dança sênior foi uma nova intervenção realizada pela fisioterapeuta, embora a mesma possa ser realizada por todos os profissionais de saúde, com a contribuição da Equipe de Saúde da Família (ESF), em especial a

Enfermeira e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) para operacionalizar as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos próprios do envelhecimento em prol da melhora e manutenção da saúde e qualidade de vida do idoso (ACIOLE e BATISTA, 2013).

Categoria 2: “A melhora e a manutenção da saúde e da qualidade de vida da pessoa idosa que participou da Dança Sênior”; (ver apêndice J).

A Dança Sênior como uma estratégia promocional e preventiva para um envelhecimento com uma vida plena, satisfatória, saudável e ativa, se apresentou- se por dados objetivos pelo Questionário de Qualidade de Vida (SF- 36) (ver quadro 3) e dados subjetivos pelo Questionário de Oferta da Dança Sênior no depoimento dos idosos. Simultaneamente, a Equipe de Saúde Família (ESF) também, presenciou e relatou em suas falas os benefícios que a prática corporal da Dança Sênior favoreceu aos idosos que se mantiveram ativos na dança, como segue:

[...] Para a melhora de minha saúde [...]. (Santo Antônio).

[...] Porque o exercício é necessário para a saúde [...]. (Santa Beatriz).

[...] Para melhorar na qualidade de vida dos idosos [...]. (Begônia).

[...] Fui convidada pela fisioterapeuta dirigente de Dança Sênior, e sempre tive curiosidade em aprender a dançar e movimentar o corpo, para ter qualidade de vida [...]. (Santas Martina e Letícia).

[...] A dança sênior trouxe uma qualidade de vida muito boa [...]. (Santa Joana).

Recorrendo- se a Carvalho (2009) a qual afirmou que a atividade física e saúde foi um “Mito”, contudo neste estudo constatou-se uma igualdade dos participantes da pesquisa em relação à prática corporal da Dança Sênior com a Melhoria da Condição de vida e saúde.

Categoria 3: “O nível de satisfação relatado pelos participantes da Dança Sênior”; (ver apêndice J).

[...] Ótima [...]; [...] Maravilhosa [...]; [...] Gostei muito [...]. (Santas Joana; Heloísa; Mônica e São Jorge).

[...] Após a dança Sênior. Percebi que é uma dança divertida e que favorece muito a saúde física e mental [...]. (Dália).

[...] Muito boa, os exercícios são prazerosos, dando vontade de fazer um longo período, e o que mais chamou

atenção foi à alegria que a dança proporcionou [...]. (Crisântemo).

[...] Excelente. Estimula nosso corpo e a mente harmoniza-se entre si, além de nos trazer alegria e disposição [...]. (Rosa).

[...] Excelente, muito apropriada para o idoso e pessoas com algum tipo de dificuldade motora [...]. (Beladona).

[...] Muita alegria e conheci mais colegas [...]. (Santo Expedito).

Os possíveis motivos favoráveis para a adesão e aderência na nova prática corporal: A Dança Sênior pôde estar simbolizada pelas seguintes condições: à aptidão física; a melhora da qualidade de vida e da saúde na pessoa idosa; a promoção da saúde, o bem-estar, a melhora da autoestima; o gosto pela atividade física; a socialização; a oportunidade de sair de casa e o apoio de parentes e/ou amigos (ZAMAI, 2012).

Categoria 4: “O acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica- AB”

[...] A oferta de serviço próximo ao público participante, ou seja, as atividades serem realizadas próximas à residência dos participantes [...]. (Acácia).

O processo de territorialização, preconizado na determinação das microáreas, o que aproxima a residência do idoso à USF, onde a prática foi ofertada (UNGLERT, 1990).

Ao realizar a Busca Ativa, via telefone, muitos dos idosos se queixaram da distância das USFs- Centro I e II de suas residências. Pelo que é preconizado pelo SUS os usuários das USFs foram adscritos por suas microáreas, porém essa realidade tem duas vertentes: de aproximar e de distanciar esse usuário da USF. Tal aproximação facilita a adesão e a aderência a qualquer prática corporal, visto que o idoso possa ir deambulando, caminhando (de forma independente e/ou com dispositivo auxiliar), sem grandes esforços até a USF. Para contornar a distância das USFs, neste estudo, muitos dos idosos utilizam-se de meio de transporte próprio, de carona de amigos e/ou familiares (viagem gratuita em qualquer veículo) e outros meios de transportes para ir às aulas de Dança Sênior. Para minimizar a problema de distância das USFs em relação os usuários idosos os gestores locais deveriam articular-se com as redes sociais públicas e privadas para fomentar a intersetorialidade direcionada a gestão do cuidado integrado a condição de vida e de saúde da pessoa idosa assistida pela atenção básica.

Os caminhos favoráveis à Oferta da Dança Sênior na Atenção Básica do Município de Pirassununga-SP apresentaram-se com relevância

na percepção dos participantes do estudo. Verifica-se essa opinião nos depoimentos apresentados adiante.

Categoria 5: “Os caminhos favoráveis para a implantação da Dança Sênior na USF” (ver apêndice J).

Dessa categorização foi possível emergir 3 subcategorias, que expressam os sentimentos que favoreceram a implementação da Dança Sênior na USF, mesmo que essa prática corporal não tenha sido implantada no SUS.

Subcategoria 5.1: “Na visão dos gestores de saúde”;

[...] Porque através dessa modalidade de atividade podemos ampliar a participação aos que não se adaptam a outras atividades físicas [...]. (Acácia).

Subcategoria 5.2: “Na visão dos profissionais de saúde de níveis superiores e dos ACSs”; (ver apêndice J).

[...] Talvez por ser uma novidade os idosos tenham interesse em participar [...]. (Cravo).

[...] Sim. Devida ser enquadrar completamente no lema Estratégia da Saúde da Família (ESF) que é promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo que a saúde é física, psicológica e mental [...]. (Cravo).

[...] É Ótima, as pessoas se relacionaram, praticaram uma atividade física, se interagiram [...]. (Dormideira).

[...] Acredito que será de ótima qualidade para a UBS, embora eu não tenha conhecimento da Dança Sênior, mas tudo que seja para melhoria da UBS é bem-vindo tanto para os funcionários quanto para os pacientes [...]. (Camélia).

[...] Por ser uma USF, há uma concentração de pessoas idosas no local [...]. (Crisântemo).

[...] Principalmente para a melhoria na qualidade de vida, mas também pela maioria (grande porcentagem) dos pacientes idosos pode ser um estímulo para esses pacientes, já que é uma atividade diferenciada, pois nunca foi desenvolvida na unidade [...]. (Gardénia).

Subcategoria 5.3: “Na visão dos idosos assistidos nas USFs que aderiram a Oferta da Dança Sênior”. (ver apêndice J).

[...] Ótima convivência e amizade [...]; [...] Nossa participação foi ótima, espero continuar, muito obrigada. (Antônio).

[...] Achei bom, pois movimentava o corpo todo [...]. (Santa Bárbara).

[...] Muito bom, como atividade física [...]. (Santa Beatriz).

[...] É uma dança nova, muito interessante que serve para todos os idosos praticarem [...]. (Santa Expedito).

[...] É uma prática ótima, pois a dança nos torna mais feliz e mais disposta [...]. (Santa Matilde).

Os caminhos favoráveis à implantação da Dança Sênior no Município de Pirassununga- São Paulo

- O baixo custo da prática da Dança Sênior nas USFs;

No tocante Custo – Benefício, a Dança Sênior foi eficiente e eficaz. Respeitando a particularidade de cada USF foi possível executar a atividade sem desembolsarmos qualquer recurso da SMS- Pirassununga. Contudo, sentiu-se a necessidade para uma implantação futura da Dança Sênior, que mesmo sendo uma terapia de baixo custo e tecnologia leve, seja necessário disponibilizar recursos financeiros para os gastos que a própria modalidade de dança requer, tais como aparelho de som, CDs e DVDs; adereços; xerox; impressão etc.

- O apoio matricial por meio da oferta da prática da Dança Sênior direcionado às USFs;

O apoio matricial, suporte técnico e Educação Permanente em Saúde (EPS) direcionada à pessoa idosa ofertado para Equipe de Saúde da Família (ESF), se fizeram presente por meio de uma fisioterapeuta gerontogerátrica com formação em Dança Sênior, a qual informou as Equipe de Saúde Família (ESFs) o que é a Dança Sênior e quais são seus benefícios para pessoa idosa. Adicionalmente, esse profissional informou, também, o quanto a Dança Sênior foi aplicável às USFs respeitando sempre a dinâmica da rotina e do cronograma.

- O impacto que a Dança Sênior promoveu na melhora e manutenção da condição de vida e saúde

A Dança Sênior como uma estratégia promocional e preventiva para um envelhecimento com uma vida plena, satisfatória, saudável e ativa, se apresentou por dados objetivos e subjetivos como segue: Dados objetivos: Questionário de Qualidade de Vida – SF- 36 e Dados subjetivos: Depoimento dos idosos.

- Os laços fortalecidos da USF/ESF com demais secretarias que assistem o idoso (NASF, CRAS, CCI, SME, SM do turismo e

cultura);

- A prevalência de mulheres profissionais que atuam na ESF do Município de Pirassununga-SP;
- A prevalência de idosas ativas nas participações das práticas corporais:

A participação das mulheres nas práticas corporais nacionais aumentou significativamente nas últimas décadas (GOELLNER, 2006). Em conformidade a esse fato, no estudo de Binatto; Borgatto e Farias (2010) verificaram que as idosas com idade igual ou superior a 60 anos, de um grupo de convivência, foram consideradas mais ativas em relação à prática de atividade física habitual (BINATTO, BORGATTO e FARIAS, 2010).

Esses mesmos autores concluíram que deve ser levado em conta à implantação de programas de atividades físicas direcionados aos idosos, principalmente para os idosos com idade mais avançada. Tais programas devem ter como meta a melhora das capacidades físicas do indivíduo e a conscientização da importância da prática das atividades físicas como fator de melhoria da qualidade de vida (BINATTO, BORGATTO e FARIAS, 2010).

- A aderência à Dança Sênior, a satisfação da equipe de Saúde da família (ESF) e dos idosos, e a Dança Sênior como facilitador para a sociabilização do idoso, essas situações favoráveis foram considerações que permitiram o fortalecimento de laços de relações entre a essa ESF e os idosos que se mantiveram ativos na Dança Sênior;

- Formação de grupos de convivência na gerontogeriatría (MENDES, 2013);

A sala de espera e /ou alta continuada na gerontogeriatría pode e deve ser uma ferramenta para a formação de grupos de convivência na gerontologia onde as noções de envelhecimento foram expressas: à busca de cuidados no contexto da atenção saúde; e à possibilidade de busca de qualidade de vida em outros contextos relacionais. Na medida em que, o ato de conversar possa ser também significado como busca ativa de saúde, em coerência às diretrizes do SUS, os participantes podem se co-construírem como ativos na produção da qualidade de vida, abrindo-se ainda a perspectiva de que esta ação, focada nas instituições especializadas, possa se potencializar em outros espaços de convivência (MOREIRA, 2003).

- Uma vez que foi viável a aplicabilidade da implementação da Dança Sênior na Atenção Básica do Município de Pirassununga/ SP onde foi possível a oferta da dança, o que falta para os gestores locais realizar a sua implantação, podemos citar alguns itens como segue:

- Fortalecer a intersetorialidade para articulação de rotinas e protocolos para a realização da Dança Sênior com as redes públicas sociais;
- Fortalecer a Integralidade na assistência da pessoa idosa;
- Adquirir Recursos Financeiros e Recursos Humanos, para operacionalização de uma futura implantação da Dança Sênior no Município de Pirassununga/SP.
- Os gestores locais nacionais, diante do acelerado envelhecimento populacional, devem pautar sua prática assistencial, especialmente na promoção de saúde, na apreensão ampliada das necessidades de saúde da pessoa idosa (SILVA *et al.*, 2009).
- Divulgação sobre a Dança Sênior pelos meios viáveis: redes sociais, jornal/informativos, carro de som da cidade (muitos idosos são analfabetos e não tem e não sabem usar a internet) e outros;
- Promover Festivais e Encontros de Dança Sênior como já é realizado em todas as regionais do conselho Nacional de Dança Sênior;
- Acionar os conselhos gestores de parcerias;
- Capacitação específica em gerontogeriatria e formação em Dança Sênior para os gestores locais de saúde, os profissionais de saúde de nível superior e os ACSs (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os gestores de saúde, profissionais de saúde de nível superior, Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e idosos que aderiram à Oferta da Dança Sênior, foi unânime o nível de satisfação e a busca da nova intervenção para a melhora e /ou manutenção na condição de saúde e qualidade de vida da pessoa idosa.

A prescrição de práticas corporais/ atividade físicas feita pelos profissionais de saúde de níveis superior potencializa a adesão e aderência a todas as modalidades, especialmente, quando essa prescrição foi realizada pelo médico (geriatra, gerontológico, clínico geral, cardiologista, ortopedista e traumatologia, endocrinologista e outras clínicas) da pessoa idosa como uma forma de tratamento não medicamentoso e preventivo.

A oferta da Dança Sênior foi uma intervenção nova de baixo custo, mesmo que o estudo não tenha apresentado evidências econômicas, pois se trata de uma política pública de saúde para a melhoria das condições de vida; da qualidade de vida e da sociabilização. Tais itens foram favoráveis na contribuição da adesão e aderência dos idosos na prática corporal da Dança Sênior.

Em suma, para viabilizar a implantação da Dança Sênior, faz-se necessário que os gestores locais articulem recursos financeiros da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a contratação de um profissional de Dança Sênior e a formação de dirigentes de Dança Sênior direcionado para os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras e aos ACSs, bem como lançar mão das parcerias locais (públicas e/ou privadas) e da articulação da intersetorialidade para viabilizar a estrutura física e os recursos audiovisuais para a realização da Dança Sênior. Adicionalmente realizar uma divulgação e informação junto aos idosos para efetivar a adesão e a aderência nesta nova intervenção.

Diante dos resultados apresentados anteriormente, sugere - se fortemente que os gestores locais do Município de Pirassununga-SP articulem medidas para viabilizarem uma futura implantação da Dança Sênior neste município.

A presente pesquisa possibilitou à pesquisadora ter uma visão prática da gestão em saúde junto às organizações públicas, com foco na implantação

da Dança Sênior, podendo analisar a complexidade de cada setor na busca de viabilizar a adesão e aderência do idoso à prática corporal. Neste sentido, faz-se necessário criar uma estratégia para dar um novo significado de saúde (promoção e prevenção) ao idoso que procura a assistência de saúde nas organizações públicas e/ou intersetores.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.G.; BATISTA, L.H. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.37, n.96, p.10-19, 2013. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/4423759-Promocao-da-saude-e-prevencao-de-incapacidades-funcionais-dos-idosos-na-estrategia-de-saude-da-familia-a-contribuicao-da-fisioterapia.html>>. Acesso em 29 nov.2015.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010. 154

ALMEIDA, A. B. **A graduação em fisioterapia no contexto da formação de profissionais para o sistema de saúde no Brasil**: um olhar sobre o curso da Universidade Federal de São Carlos. 2011. 203f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

AVEIRO, M. C. *et al.* Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 1467-1478, 2011.

BARROS, F. B. M. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. **Revista FisiBrasil**, Brasil, n. 59, p. 20-31, 2003. Disponível em: <http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/13151/9263/artigo_autonomia_profisisonal_ao_longo_da_historia.pdf>. Acesso em 22 jun. 2015.

BINOTTO, M.A.; BORGATTO, A. F.; FARIAS, S. F. Nível de atividade física: questionário internacional de atividades físicas e tempo de prática em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.425-434, 2010.

BISPO JUNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 1627-1636, jun. 2010.

BRASIL, A. C. O. *et al.* O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 3-6. 2005.

BRASIL. E- SUS **Atenção Básica**. 2015a. Disponível em:< <http://dab.saude.gov.br/>

portaldab/esus.php>. Acesso em 12 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006a. Seção 1, p. 142.

BRASIL. Ministério da saúde. Projeto Promoção da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa nacional de promoção da atividade física “agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 254-256, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de promoção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção à saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 6.316, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 dez. 1975.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.856, de 1º de março de 1994. Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 mar. 1994.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 out. 1969.

BRASIL. Presidente da República. Portaria nº - 1.113, de 31 de julho de 2015. Altera o § 3º do art. 3º da Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 ago. 2015b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/port_n1113_2015.pdf>. Acesso em 12 nov.2015.

CARVALHO, S. T. R. F.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G. Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. v. 24, n. 4, p. 655-664, 2011.

CARVALHO, Y. M. **O “Mito” da atividade física e saúde**. 4ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2009. 177.

CASSIANO, J. G. Dança Sênior: um recurso na intervenção terapêutico-ocupacional junto a idosos hígidos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.6, n. 2, p. 204-212, 2009.

CECCON, R. F. Educação em saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n.1, p. 56-62, mar. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 80, de 09 de maio de 1987. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 maio 1987, nº 093, Seção I, Pág. 7609.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 363, de 20 de maio de 2009. Reconhece a fisioterapia em saúde coletiva como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 de junho de 2009.

FERNANDEZ, M. O. **Dança Sênior, a dança específica para a terceira idade!** Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=GCvTfYz14rU&feature=share>>. Acesso em 02 mar. 2015.

FREITAS, M. S. **A Atenção básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil**: as diretrizes curriculares ressignificando a prática profissional. 2006. 138f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GOELLNER, S. V. Mulher e esporte no Brasil: entre incentivos e interdições elas fazem história. **Pensar a Prática**, s1, v.8, n.1, p.85-100, nov.2006. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fe/article/view/106/2275>>. Acesso em: 22 nov.2015.

INSTITUIÇÃO BETHESDA. **Dança sênior**. Disponível em: <<http://www.portalbethesda.org.br/?q=node/5>>. Acesso em 31 jul.2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Número de idosos no Brasil vai quadruplicar até 2013, diz IBGE. **BBC Brasil**, 29 ago. 2013. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/08/130829_demografia_ibge_populacao_brasil_lgb>. Acesso em 14 fev. 2014.

MALINVERNI. M. Mexa-se - No Centro I. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yMay495t0cs>>. Acesso em 14 nov. 2014.

MATOS, N. M. A importância da dança sênior sentada. **Informativo Dança Sênior**, Ano XXII, n. 1, p.18, jan. 2015.

MENDES, V. M. **As Práticas Corporais e a Clínica Ampliada: a Educação Física na atenção básica**. 2013. 178 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: < file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/Dissertacao_Original_Valeria_Monteiro.pdf.>. Acesso em 29 nov. 2015.

MENEZES, T. N; MARUCC, M. F. N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.165-175, 2005.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 61; 79; 101-104.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MORAES, E. N. **Avaliação multidimensional do idoso: instrumentos de rastreio**. Belo Horizonte: Folium, 2008.

MOREIRA, J. R.; CESAR, S.; JAPUR, M. Grupo de sala de espera: sentidos do envelhecimento humano. **Paidéia**, Ribeirão Preto/SP, v.13, n.25, p. 85-96, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2003000200008>. Acesso em 22 nov.2015.

MORETTI, A. C. *et al.* Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde corporal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 346-354, abr./jun. 2009.

NASCIMENTO, S. M.; PINHEIRO, R. S. Participação no programa de atividade física de idosos residentes em uma Casa Gerontologia no Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 46-52, jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface, Comunicação e Saúde**, Botucatu, v.15, n.37, p.539-550, abr/jun. 2011.

PIRASSUNUNGA. Prefeitura Municipal. **Prefeitura Municipal da Pirassununga**. Disponível em: <http://pirassununga.municipios.sp.gov.br/portal/site/municipios/menut em.5e018b33880e19e3b46a1c76e2308ca0/?vgnextoid=6e0a645ed0f24210VgnVCM1000004c03c80aRCRD>. Acesso em: 19 mar. 2014.

POLARO, S. H. I; GONCALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem- USF**, v. 47, n. 1, p. 160-167, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100020XXXXX/>. Acesso em 28 nov. 2015.

QUADROS, A. **Competência do ser enfermeiro**: visão do mercado de trabalho e do aluno formando no município de Novo Hamburgo/RS. 2005. 53f. Monografia, (Graduação em Enfermagem) – Instituto de Ciências da Saúde, Centro Universitário FEEVALE, Novo Hamburgo, 2005.

RAMOS, G. **Tudo sobre a dança sênior**. 2014. Disponível em: <http://www.universoajatoba.com.br/bem-estar/saude/tudo-sobre-danca-senior>. Acesso em: 02 mar. 2015.

REZENDE, C. P; GAEDE-CARRILLO, M. R. G.; SEBASTIAO, E. C. O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2223-2235, 2012.

REZENDE, M de. **Avaliação da inserção do fisioterapeuta na saúde da família de Macaé/RJ**: a contribuição deste profissional para a acessibilidade da população idosa às ações de saúde da equipe: um estudo de caso. 2007. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

RODRIGUES, R. M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Revista Perspectivas online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, 2008. Disponível em: http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/viewFile/335/246.

SILVA, T. L. *et al.* Conhecimento específico de enfermeiros de um hospital universitário acerca do cuidado ao idoso. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.1, p. 99-106, jan/mar, 2009.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, jun. 2003.

SORATTO, J. A maneira criativa e sensível de pesquisar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 89-96, 2014.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Núcleo de Geriatria e Gerontologia. Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso. Centro Mais Vida Macrorregião Centro I. **Protocolo de avaliação multidimensional do idoso**. Belo Horizonte, s. d. Disponível em: www.hc.ufmg.br/geriatria/img/galeria_fotos/Protocolo.pdf. Acesso em: 20 mar. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**: TCLE. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, 2014. Disponível em: www.cep.ufam.edu.br/index.php/tde. Acesso em: 20 mar. 2014.

VIANA, S. O. *et al.* Fisioterapia na atenção primária: uma experiência de integração entre ensino, serviço de saúde e assistência à comunidade. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 7, n. 2, p. 159-165, 2003.

VICENTE, F. R; SANTOS, M. A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um Município de Santa Catarina. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n. 2, p. 370-378, abr./jun. 2013.

VIEGAS, S. M. F. Alimentação, uma das chaves para a saúde: análise de conteúdo de reportagens da revista veja. **Revista de Enfermagem Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 2, n. 1, p.78-92, jan./abr. 2012.

WARSCHAUER, M.; D'URSO, L. Ambiência e formação de grupo em programas de caminhada. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 104-107, 2009.

ZAMAI, C. A. Identificação e análise dos motivos de adesão e manutenção da prática de atividades físicas regulares em academias de Campinas e Sorocaba. **EFDeportes.com - Revista Digital**, Buenos Aires, v. 17, n. 169, jun. 2012. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd169/motivos-de-adesao-de-atividades-fisicas.htm>. Acesso em: 08 ago. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – pesquisa para os gestores de saúde, os profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
(DEPARTAMENTO MEDICINA)
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa (abordara a investigação dos fatores associados que favorecem a implantação e a oferta da Dança Sênior na Unidade Básicas de Saúde – UBS no município de Pirassununga na visão dos gestores e na perspectiva da qualidade de vida dos idosos), sob a responsabilidade da pesquisadora Simone Mattos do Nascimento, a qual pretende investigar os fatores associados à implantação e oferta da Dança Sênior na Unidade Básica de Saúde – UBS no município de Pirassununga, na visão dos gestores de saúde, bem como identificar se a Dança Sênior é capaz de facilitar e favorecer a adesão à prática de práticas corporais e da promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida dos idosos. Sendo orientada pela Prof^a Dra. Ana Cláudia Garcia de Oliveira Duarte, do Departamento de Educação Física e Motricidade Humana da UFSCar.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de (responder no início e após 3 meses de Dança Sênior um questionário sobre a oferta de Dança Sênior na Unidade Básica de Saúde -UBS no município de Pirassununga).

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são que o risco de “violência física de parceiros pela participação na pesquisa” trata-se de pessoas que estão fazendo algum exercício em parceria no grupo e, por desventura um deles pode escorregar, tropeçar e ao cair puxar o outro (o parceiro de Dança Sênior), podendo com isso ocorrer escoriações ou contusões durante o período do exercício da dança (dos exercícios físicos). Caso esse risco venha acontecer será dado à devida assistência médicas e os cuidados adequados para cada tipo de risco físico. Para a minimização da ocorrência desse risco o ambiente terá piso antiderrapante e luminosidade no local; além disso, os dançarinos serão orientados a usar calçados confortáveis e antiderrapantes.

Outro risco é o relacionado ao desconforto que o sujeito poderá sentir em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, sentindo-se assim incômodo em falar. Para a minimização desse risco, ocorrerá por parte da pesquisadora assegurar ao participante da pesquisa que suas informações serão colhidas, porém guardadas em sigilo e serão atribuídos nomes fictícios aos participantes do estudo para garantir o anonimato dos mesmos.

Notou-se também outro risco relacionado ao aspecto psicológico seria o forte relacionamento entre pesquisadores e participantes. Para a minimização desse risco, por parte da pesquisadora será adotado uma postura ética que priorizará a Dança Sênior como uma atividade relaxante que melhora a autoestima do participante, bem como lhe fornecendo estímulo para a autonomia e independência.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para (os benefícios para o

sujeito de pesquisa, a Dança Sênior, traz uma oferta de uma nova intervenção na atenção básica do município de Pirassununga. Esta Intervenção pode vir a trazer melhora na qualidade de vida da pessoa idosa).

Se depois de consentir em sua participação o Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço (Rua Ricério Lodi, n. 971, Vila São Pedro, Cep:13632-169, pelo (19) 3562-6541/983198359, simonemtn@uol.com.br, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil Alameda Santos, n. 1.827-11º Andar- conjunto 112. São Paulo- SP, Cep: 01419-002, telefone (11) 3882-0129, corporativo@plabrasil.com.br, Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos Rodovia Washington Luis, Km 235- São Carlos-SP, Cep: 13565-905, telefone (16) 3351-8028 proppg@ufscar.br

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura do participante
Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar



Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para os usuários idosos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
(DEPARTAMENTO MEDICINA)
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa (abordara a investigação dos fatores associados que favorecem a implantação e a oferta da Dança Sênior na Unidade Básicas de Saúde (UBS) no município de Pirassununga na visão dos gestores e na perspectiva da qualidade de vida dos idosos), sob a responsabilidade da pesquisadora Simone Mattos do Nascimento, a qual pretende investigar os fatores associados à implantação e oferta da Dança Sênior na Unidade Básica de Saúde – UBS no município de Pirassununga, na visão dos gestores de saúde, bem como identificar se a Dança Sênior é capaz de facilitar e favorecer a adesão à prática de práticas corporais e da promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida dos idosos. Sendo orientada pela Prof^a Dra. Ana Cláudia Garcia de Oliveira Duarte, do Departamento de Educação Física e Motricidade Humana da UFSCar.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de (responder no início e após 3 meses de Dança Sênior um questionário sobre qualidade de vida–SF-36 e um questionário sobre a oferta de Dança Sênior na Unidade Básica de Saúde -UBS no município de Pirassununga).

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são que quando me refiro ao risco de “violência física de parceiros pela participação na pesquisa” quero dizer de pessoas que estão fazendo algum exercício em parceria no grupo e, por desventura um deles pode escorregar, tropeçar e ao cair puxar o outro (o parceiro de Dança Sênior), podendo com isso ocorrer escoriações ou contusões durante o período do exercício da dança (dos exercícios físicos). Caso esse risco venha acontecer será dado à devida assistência médicas e os cuidados adequados para cada tipo de risco físico. Para a minimização da ocorrência desse risco o ambiente terá piso antiderrapante e luminosidade no local; além disso, os dançarinos serão orientados a usar calçados confortáveis e antiderrapantes.

Outro risco é o relacionado ao desconforto que o sujeito poderá sentir em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, sentindo-se assim incômodo em falar. Para a minimização desse risco, ocorrerá por parte da pesquisadora assegurar ao participante da pesquisa que suas informações serão colhidas, porém guardadas em sigilo e serão atribuídos nomes fictícios aos participantes do estudo para garantir o anonimato dos mesmos.

Notou-se também outro risco relacionado ao aspecto psicológico seria o forte relacionamento entre pesquisadores e participantes. Para a minimização desse risco, por parte da pesquisadora será adotado uma postura ética que priorizará a Dança Sênior como uma atividade relaxante que melhora a autoestima do participante, bem como lhe fornecendo estímulo para a autonomia e independência.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para (os benefícios para o sujeito de pesquisa, a Dança Sênior, traz uma oferta de uma nova intervenção na atenção básica do município de Pirassununga. Esta Intervenção pode vir a trazer melhora na qualidade de vida da pessoa idosa).

Se depois de consentir em sua participação o Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço (Rua Ricério Lodi, n. 971, Vila São Pedro, Cep:13632-169, pelo (19) 3562-6541/983198359, simonemtn@uol.com.br, anaclau@ufscar.br, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil Alameda Santos, n. 1.827-11º Andar- conjunto 112. São Paulo- SP, Cep: 01419-002, telefone (11) 3882-0129, corporativo@plabrazil.com.br. Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos Rodovia Washington Luis, Km 235- São Carlos-SP, Cep: 13565-905, telefone (16) 3351-8028 propg@ufscar.br

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____,
fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data: ____/ ____/ ____

Assinatura do participante
Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar



Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido– TCLE – imagens para os gestores de saúde, os profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
(DEPARTAMENTO MEDICINA)

Para os gestores de saúde, os profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS

Eu, _____,
RG n. _____, residente à Av./Rua _____
_____, n. _____, complemento _____,
Bairro _____, na cidade de _____,
por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que a Dra. Simone Mattos do Nascimento, Crefito: 42081-F. _____ tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens de mim, sobre minha Participação na Dança Sênior na Atenção Básica do Município de Pirassununga – SP. Consinto que estas imagens sejam utilizadas para finalidade didática e científica, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos, etc... e também publicadas em livros, artigos, dissertações, teses, portais de internet, revistas científicas e similares, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que pode fazer com que eu seja reconhecido.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que a Dra. Simone Mattos do Nascimento, Crefito: 42081-F. e a equipe de profissionais de saúde da Atenção Básica do Município de Pirassununga- SP não terá qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem nas referidas publicações.

_____, Data: ____/____/____

Assinatura do participante de Dança Sênior

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido– TCLE - imagens para os usuários idosos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
(DEPARTAMENTO MEDICINA)

Para os usuários idosos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS

Eu, _____,
RG n. _____, residente à Av./Rua _____,
_____ n. _____, complemento _____,
Bairro _____, na cidade de _____, por
meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que a Dra. Simone Mattos do Nascimento Crefito: 42081-F. _____ tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens de mim, sobre minha Avaliação Multidisciplinar Geriátrica e Gerontológica e Participação na Dança Sênior na Atenção Básica do Município de Pirassununga – SP. Consinto que estas imagens sejam utilizadas para finalidade didática e científica, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos, etc... e também publicadas em livros, artigos, dissertações, teses, portais de internet, revistas científicas e similares, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que pode fazer com que eu seja reconhecido.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que a Dra. Simone Mattos do Nascimento Crefito: 42081-F. e a equipe de profissionais de saúde da Atenção Básica do Município de Pirassununga- SP que me atende e atenderá durante todo o tratamento não terá qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem nas referidas publicações.

Local, _____ de _____ de 2015.

_____ Data: ____/ ____/ ____

Assinatura do participante de Dança Sênior

Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar





DANÇA SÊNIOR na Atenção Básica

USF-CENTRO I e Centro II

Dança Sênior e Geronto-Ativação,

Apresentação da Dirigente de Dança Sênior aos Dançarinos	USF		
Apresentação da Dança Sênior Apresentação dos Dançarinos aos Dirigentes			
Atividades	Curso	Duração (Minutos)	Faixa do CDs e PENDRIVES
Geronto- Ativação: • O Italiano para garrafas • Boas-Vindas • Valsa Mexicana	Curso Básico		
Um Twist Sentado	Curso Avançado		
Dança da Tesoura	Curso Avançado		
Sinhá Dançando	Curso Progressivo		
Roda Alegre	Curso Básico		
Valsa Sentada	Curso Básico		
Reservas			
Toque de Carinho	Curso Progressivo B		
Encantos do Rio	Curso Progressivo B		
Polca dos Ciganos	Curso Básico		
Favoritas			
Praga das Moscas	Curso Progressivo B		
CasaTschok	Curso Básico		
Triolet	Curso Básico		
Sete Pulos	Curso Básico		
Orientações e tarefas sobre coreoterapia domiciliar	Recados das UFSS e Orientações		
Despedida e Encerramento	MEXA-SE (Profª Idosa Martha de Oliveira Malinverni – Centro II)		

APÊNDICE G - Questionário de oferta da Dança Sênior na USFs, UBSs e NASF para os Gestores de Saúde, Profissionais de saúde de níveis superiores e Agentes Comunitários de Saúde - ACS

Identificação:

Nome: _____

Codinome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Idade: _____

Sexo: () M () F

Grau de Instrução: _____

Tempo na Instituição: _____

Tempo no cargo ocupado: _____

USFs, UBSs e NASF: _____

Início: Data ____/____/____

1. Quais os fatores que favorecem a implantação e a oferta da Dança Sênior na Atenção Básica de Saúde- ABS?

Retorno de 3 meses: ____/____/____

1. A Dança Sênior pode ser vista como uma estratégia de práticas corporais na atenção Básica de Saúde.
() Sim () Não. Por quê?
2. Por que os gestores de saúde permitiram a prática de Dança Sênior na sua Unidade de Saúde da Família -USF?
3. Como você avalia qualidade de vida dos idosos que participaram da Dança Sênior em sua USF:
() Ótima () Boa () Regular () Péssima. Por quê?

Profissional Responsável

APÊNDICE H - Questionário de oferta da Dança Sênior na USFs, UBSs e NASF para os Usuários idosos

Identificação:

Nome: _____

Codiname: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Idade: _____

Sexo: () M () F

USFs, UBSs e NASF: _____

Início: Data: ____/____/____

1. Por que você escolheu fazer a Dança Sênior?

Retorno de 3 meses: ____/____/____

2. Como foi a sua participação na Dança Sênior no “Postinho de Saúde” que você é atendido?
3. Por que você permaneceu na Dança Sênior durante esses 3 meses?
4. Descreva o Dança Sênior trouxe para a sua vida e sua saúde.
5. Descrever como está a sua qualidade de vida hoje.

Profissional Responsável

APENDICE I - Ficha de avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica

Data da Avaliação ____/____/____

Nome: _____

Idade: _____

Data de Nascimento ____/____/____ Profissão: _____

Diagnóstico clínico:**Sinais Vitais:** PA: ____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ mpm T: ____ °C:

Dor: _____

Old Cart – (American Geriatrics Society):

O Início	Pede para o paciente descrever quando a dor começou	
L Localização	Onde dói?	
D Duração	Quanto tempo a dor vem acontecendo?	
C Características	A inscrição do paciente sobre a dor. Escala de dor de 0-10.	
A Fatores agravantes	O que piora a dor ou provoca a dor?	
R Atenuantes	O que o paciente tem feito para aliviar a dor?	
T Tratamento receitado	O que posso fazer para aliviar a dor?	

Exame Físico:**Medidas Antropométricas:**

Peso: _____ Kg Estatura: _____ m

IMC (Índice de Massa Corpórea): _____

Circunferência da Cintura: _____ cm

Circunferência Abdominal: _____ cm

Circunferência do Quadril: _____ cm

Índice de relação cintura quadril (RCQ): ____ . ____ Resultado: _____

PERIMETRIA:

MEMBRO SUPERIOR			
	MSD	MSE	DIFERENÇA
BRAÇO RELAXADO			
BRAÇO CONTRAÍDO			
ANTEBRAÇO			
PUNHO			
MEMBRO INFERIOR			
	MID	MIE	DIFERENÇA
COXA (PORÇÃO PROXIMAL)			
COXA (PORÇÃO MEDIAL)			
COXA (PORÇÃO DISTAL)			
PERNA			
TORNOZELO			

MOBILIDADE:**MARCHA** _____ (_____)

1. Sozinho 2. Ajuda ocasional 3. Ajuda frequente 4. Muleta ou bengala 5. andador
6. Cadeira de rodas 7. Imobilidade completa (acamado)

Subir escada (5 degraus) _____

() S. Sim, () N. Não () 9. NA

Levantar e andar 3 metros quantitativo e qualitativo (Timed up and go test)

“O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira de braço, sem apoio de braços, caminhar 3 metros com passos seguros e confortáveis, girar 180 graus e retornar, sentando na cadeira”

Duração: () < 10 seg. () 10 a 20 seg. () 20 a 30 seg. () ≥ 30 seg.

ALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DA MARCHA E EQUILÍBRIO (GET UP AND GO + TIMED UP AND GO TEST)

EQUILÍBRIO	Equilíbrio sentado	Firme, constante e estável	
	Levantamento da cadeira	Capaz de levantar-se em um único movimento Sem usar os braços	
	Equilíbrio imediato ao levantar-se (3 a 5seg)	Estável sem segurar em algum auxílio para A marcha ou outro objeto de suporte	
	Rotação	Não segura ou cambaleia: não necessita segurar em qualquer objeto; os passos são contínuos	
	Sentando-se	Movimento suave, seguro	
LOCOMOÇÃO	Início da marcha	Inicia a caminhada imediatamente, sem nenhuma hesitação; o início da marcha é único e suave	
	Altura do passo	Oscila o pé completamente, mas não mais do que de 2,5 ou 5 cm	
	Comprimento do passo	O pé em oscilação ultrapassa o pé em apoio	
	Desvio de curso ou trajeto	Os pés seguem próximo à linha reta, enquanto o paciente avança	
	Estabilidade do tronco	O tronco não oscila, joelhos e tronco não estão fletidos; braços não são abduzidos num esforço para manter a estabilidade	
	Distância dos tornozelos	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	
	Duração (segundos)		
Avaliação complementar do equilíbrio	Equilíbrio de pé: estável, capaz de ficar de pé com os pés bem juntos (base estreita), sem segurar em objetos de suporte Idem Berg 7		
	Equilíbrio com os olhos fechados (com os pés o mais próximo possível): estável, sem segurar algum objeto, com os pés unidos Idem Berg 6		
	Nudge test: paciente de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra com pressão uniforme 3x sobre o esterno (impulsão) Idem Tinetti 6		
	Equilíbrio unipodálico: capaz de manter-se estável sobre uma perna por 5 segundos sem apoiar-se Idem Berg 14		

PADRÃO DA MARCHA	Marcha Parética	
	Marcha Parkinsoniana	
	Marcha Ebriosa	
	Apraxia da Marcha (marcha magnética; lobo frontal)	
	Marcha da mielopatia cervical	
	Marcha vestibular	
	Marcha cautelosa	
	Marcha antálgica	
	Outras:	

Fontes: UFMG (2015); VICENTE; SANTOS (2013); MORAES (2008); ZARDO (2008)

Escala de equilíbrio de Berg:

Tarefas	Pontuação (0-4)
1. Sentado para em pé	
2. Em pé sem apoio/ 2 minutos	
3. Sentado sem apoio	
4. Em pé para sentado	
5. Transferências	
6. Em pé com os olhos fechados/10 segundos	
7. Em pé com os pés juntos	
8 Reclinar à frente com os braços estendidos	
9. Apanhar objeto do Chão	
10 Virando-se para olhar para trás/E e D	
11. Girando 360 graus/ 4 segundos/E e D	
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco 8 passos/ 20 segundos	
13. Em pé com um pé em frente ao outro/ 30 segundos	
14. Em pé apoiado em um dos pés/ 10 segundos	
Total:	

Teste de Tinetti

Escala de Avaliação do Equilíbrio- Índice de Tinetti

1. Equilíbrio sentado	Escorrega	0 ()
	Equilibrado	1 ()
2. Levantando	Incapaz	0 ()
	Usa os braços	1 ()
	Sem os braços	2 ()
3. Tentativas de levantar	Incapaz	0 ()
	Mais de uma tentativa	1 ()
	Única tentativa	2 ()
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado	0 ()
	Estável, mas usa suporte	1 ()
	Estável sem suporte	2 ()

5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado	0 ()
	Suporte ou base de sustentação >12 cm	1 ()
	Sem suporte e base estreita	2 ()
6. Teste dos três tempos *	Começar a cair	0 ()
	Agarra ou balança (Braços)	1 ()
	Equilibrado	2 ()
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável	0 ()
	Equilibrado	1 ()
8. Girando 360° Idem Berg 11	Passos descontínuos	0 ()
	Passos contínuos	1 ()
	Instável (desequilíbrios)	0 ()
	Estável (equilibrado)	1 ()
9. Sentado	Inseguro (erra a distância cai na cadeira)	0 ()
	Usa os braços ou movimentação abrupta	1 ()
	Seguro, movimentação suave	2 ()
Escore de equilíbrio	_____/16	

* Examinador empurra levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pés juntos.

Escala de Avaliação da Marcha - Índice de Tinetti

10. Início da Marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar	0 ()
	Sem hesitação	1 ()
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito	
	- não ultrapassa o pé esquerdo	0 ()
	- ultrapassa o pé esquerdo	1 ()
	- não sai completamente do chão	0 ()
	- sai completamente do chão	1 ()
	b) Pé Esquerdo	
	- não ultrapassa o pé direito	0 ()
	- ultrapassa o pé direito	1 ()
	- não sai completamente do chão	0 ()
	- sai completamente do chão	1 ()
12. Simetria dos passos	Passos diferentes	0 ()
	Passos semelhantes	1 ()
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos	0 ()
	Passos contínuos	1 ()
14. Direção	Desvio nítido	0 ()
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	1 ()
	Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	2 ()
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio	0 ()
	Flexão do joelho ou dorso ou abertura dos braços	1 ()
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	2 ()
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados	0 ()
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1 ()
Escore de Marcha	_____/12	

Escore total: ____/28

QUALIDADE DE VIDA:

Questionário de Qualidade de Vida- (SF- 36), (material em folha anexa)

Profissional Responsável:

APÊNDICE J – Resultados: “as categorias e as subcategorias” a partir das opiniões dos participantes do estudo que foram consideradas relevantes

Categoria 2 : “A melhora e a manutenção da saúde e da qualidade de vida da pessoa idosa que participou da Dança Sênior”;

[...] Eu faço a dança para melhorar meu corpo [...]. (Santa Bárbara).

[...] Gosto da Dança Sênior, pois faz bem para a saúde [...]. (Santa Aparecida).

[...] Eu gosto participar da Dança Sênior porque me ajuda na parte física e mental [...]. (São Sebastião).

[...] Para melhorar a saúde, o entrosamento com outras pessoas [...]. (Santa Heloísa).

[...] Fez muito bem para minha saúde [...]. (Santa Valéria).

[...] Uma dança proveitosa tanto para saúde física como para mental [...]. (Dália).

[...] A minha qualidade de vida melhorou muito graças à dança sênior [...]. (Santa Rita de Cássia).

[...] Melhoria na qualidade de vida, atividade para fazermos novos amigos. A professora é uma excelente profissional, e atendeu a todos com muita paciência e amor [...]. (Santa Matilde).

[...] excelente exercido físico e mental [...]. (Begónia).

[...] Como sendo uma prática única que auxilia no aspecto físico, mental e social dos praticantes e gostaria que realmente continuasse [...]. (Cravo)

[...] É uma atividade que nos fazem interagir uns com os outros, e nos proporciona bem-estar físico e emocional [...]. (Camélia).

[] Favorecem o equilíbrio, a memória e a coordenação motora [...]. (Dália).

[...] É uma prática que envolve movimento com o corpo e a mente [...]. (Margarida).

[...] Com a dança pude melhorar a lateralidade, momentos de alegria enfim...pude ficar mais solta etc.[...] (Santa Heloísa).

Categoria 3: “O nível de satisfação relatado pelos participantes da Dança Sênior”;

[...] Porque gostei muito bom para a saúde [...]. (Santa Beatriz).
 [...] Gostei muito por ser bom para meu corpo [...]. (Santo Antônio).
 [...] A dança me deixou muito mais alegre, disposta para novas etapas [...]
 (Santa Mônica).

Categoria 5: “Os caminhos favoráveis para a implantação da Dança Sênior na USF”

Subcategoria 5.2: “Na visão dos profissionais de saúde de níveis superiores e dos ACSs”;

[...] Estímulo ao paciente, por ser uma atividade diferenciada, que não é rotina dentro do quadro de atividade desenvolvida na USF [...] [...] A porcentagem de paciente é idosa [...] [...] melhora na qualidade de vida [...] (Hortência).

[...] Os benefícios dos movimentos com a prática constante, passam pela motricidade muscular, mobilidade articular, coordenação motora, memorização e capacidade cognitiva, além de maior consciência corporal e respiratória [...]. (Íris).

[...] A sociabilização, a consequente aceitação das diferenças no relacionamento interpessoal, o impacto holístico de integração do eu ao todo universal e o senso de pertencimento a um grupo, também contribuem para uma melhor qualidade de vida [...]. (Íris)

[...] A interação social e a melhora da capacidade motora, da coordenação, do aspecto psicológico, a autoestima, e do aspecto físico [...]. (Margarida).

[...] É bom para a vida dos idosos, pois melhora a coordenação e a interação social [...]. (Dormideira).

[...] Qualidade de vida. Estimulação muscular e articular. Coordenação motora e mental. Relacionamento interpessoal. Melhora da autoestima [...]. (Rosa).

[...] Melhora a força muscular. Aumenta a flexibilidade. Melhora a coordenação. Melhora a postura. Aumenta a qualidade de vida do idoso. O sono é mais efetivo. Bem-estar físico e mental [...] (Beladona).

[...] Para diversificar as atividades junto ao idoso. Já fazíamos caminhada, alongamento, *Lian Gong*, a dança foi uma nova opção [...]. (Beladona).

[...] Boa. Cada idoso na sua possibilidade conseguiu realizar os movimentos e houve uma melhora nas suas condições nestes 3 meses [...]. (Cravo)

[...] ótima. Muitos deles, no decorrer dos 3 meses, apresentaram melhoras condições físicas, mentais e sociais. Fazendo assim amizades e se sentindo úteis e capazes [...]. (Camélia).

[...] Boa. Porque dentro do limite de cada um, todos conseguiram realizar a Dança Sênior [...]. (Crisântemo).

Subcategoria 5.3: “Na visão dos idosos assistidos nas USFs que aderiram a Oferta da Dança Sênior”;

[...] Para mim foi bom gostei muito [...] (Rita de Cássia).

[...] É uma atividade ótima [...] (Valéria).

[...] Eficiente. Boa. Agradável [...] (Letícia).

[...] Boa mais aprendendo [...]; [...] A dança é um exercício físico e mental e isso traz benefício ao corpo [...]. (Sebastião).

[...] Fiquei mais solta, achei que nunca ia conseguir fazer [...]. (Santo Expedito).

[...] Interferiu em meus movimentos, melhorou a coordenação, participei feliz [...]. (Santa Letícia).

[...] A modalidade proporcionou melhor postura corporal [...]. (Santa Martina).

[...] No início estranhei, hoje está tão bom, me sinto bem [...]. (Santa Beatriz).

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de Qualidade de Vida- (SF- 36)

1 - Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 - Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3

b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6 - Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 - Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8 - Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 - Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 - O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem 12, 17, 19, 28, 31, 35, 62, 63
ACS 12, 19, 29, 30-32, 34, 38, 43, 44, 48, 49, 54, 57, 58, 72, 80
Adesão 7, 17, 19, 24, 28, 29, 31, 43, 53, 57, 58, 64, 65, 67
Alemanha 25
Alongamento 17, 26, 80
Aquecimento 26, 85
Aspectos sociais 36-41
Assistência 10, 14-18, 20, 24, 57, 58, 60, 64, 65, 67
Atenção Básica 4, 7, 11-13, 16-20, 26, 32, 34, 44, 50, 53, 56, 59, 60, 61, 66, 67, 69-72
Atividade 16-19, 23-26, 29-31, 34, 43, 45, 49, 50-57, 59, 60, 62, 64, 65, 67, 71, 79-84, 89
Autoestima 34, 53, 65, 67, 80
Autonomia 13, 22, 34, 59, 65, 67
Avaliação 12, 19, 24, 33, 35, 37, 38-40, 43, 44, 48, 49, 62-64, 70, 74, 76, 77, 78, 85

B

Benefício 12, 17, 24, 26, 34, 52, 55, 65, 67, 80, 81
Brasil 4, 11, 13, 14-20, 22, 24-26, 28, 29, 58-61, 63, 64, 66, 68, 85

C

Capacidade funcional 18, 36-41
Comunidade 16, 23, 24, 60, 64
Consciência corporal 26, 80
Coreografia 25, 51
Cuidado 10, 12-17, 19, 20, 22, 23, 40, 43, 53, 56, 63, 65, 67, 82, 89

D

Dança sênior 4, 10-12, 19, 21, 25, 26, 28-31, 33-40, 43-45, 47-58, 61, 65, 67, 69, 70-73, 79-81, 89
Diabete 18, 20, 37, 38
Diagnóstico 33, 35, 36, 74, 85
Divulgação 29, 43, 57, 58
Dor 8, 10, 17, 32, 36-41, 74, 78, 83, 89

E

Envelhecimento 12, 18-20, 22, 52, 55-57, 60, 62, 64
Equilíbrio 17, 26, 35, 42, 76-79
ESF 28, 53, 56, 76, 81, 82, 89
Exercício 13, 17, 18, 23-26, 34, 51, 52, 61, 65, 67, 81
Experiências 10, 28

F

Fatores de risco 18
Fisioterapia 10, 13, 14, 17-19, 58-61, 63, 64, 89
Flexibilidade 26, 80

G

Geriátrico 45, 49
Geronto-ativação 25, 26, 30, 44, 51, 71
Gerontológico 45, 49, 57, 62
Grupo 10, 15-18, 23-27, 30, 34, 44-47, 49, 50, 56, 62, 64, 65, 67, 80, 83

H

Hipertensão 18, 20, 36-40

I

Implantação 4, 11-13, 21, 24-26, 29, 43, 44, 50, 54-58, 65, 67, 72, 80

Independência 22, 34, 65, 67

Intervenção 14, 15, 18, 19, 34, 48, 50, 51, 57, 58, 60, 66, 67

L

Levantar 35, 42, 44, 75-77, 81, 82

Limitação 29, 36-41, 51

M

Marcha 25, 33, 35, 42, 44, 51, 75, 76-78

Mobilidade 26, 33, 35, 42, 44, 51, 75, 80

Monitoramento 24

Movimento 13, 17, 18, 22, 24-26, 60, 76, 79, 80, 81

Multidisciplinar 12, 30, 33-35, 43, 44, 48, 49, 70, 74

O

Oferta 4, 11-13, 19-21, 23, 26, 28-31, 34, 35, 42-44, 48-57, 65-67, 72, 73, 81

P

Participantes 28-31, 34, 35, 50-54, 56, 65, 67, 79, 80

Pessoa idosa 15, 16, 18-22, 27, 31, 43, 50, 52, 53, 55, 57, 79

Pirassununga 4, 7, 10-12, 19-21, 25, 26, 28-30, 32-36, 41, 42, 44-47, 49, 50, 53, 55-58, 62, 65-67, 69, 70, 89

PNSPI 21

Política Nacional de Promoção da Saúde 17, 18, 22, 24

Políticas Públicas 4, 12, 19, 20, 26, 62

População 15-17, 19, 20, 23, 35, 51, 61, 63

Postura 16, 17, 26, 34, 65, 67, 80, 81

Práticas corporais 12, 17, 18, 23-

28, 56, 61, 65, 67, 72

PrevDance 30, 45-47, 89

Prevenção 15, 16, 21, 24, 25, 27, 43, 52, 54, 58

Promoção de saúde 14, 17, 18, 21, 24, 25, 27, 43, 50

Q

Qualidade de vida 13, 18-20, 22, 23, 26, 30, 31, 34, 36, 42-44, 48, 50-53, 55-57, 65-67, 72, 73, 79, 80

Questionário 12, 30, 31, 34, 37-40, 42, 43, 48, 50, 52, 55, 59, 65, 67, 72, 73, 79, 81

R

Ritmo 25, 51

Rede Básica de Saúde 23, 24

S

São Paulo 4, 12, 55

Satisfação 7, 24, 50, 52, 56, 57, 80

Saúde 4, 7, 10-12, 14-32, 34-41, 43-45, 48-65, 67, 69, 70, 72, 73, 79-84, 89

Saúde mental 36-41

Seres humanos 28

Socialização 26, 53

SUS 14-16, 20, 22, 23, 26, 50, 53, 54, 56, 59, 78

T

Tratamento 14-16, 57, 70, 74

U

UBS 12, 17, 20, 23, 26, 28, 30, 54, 65, 67, 72, 73

USF 7, 11-21, 23, 26, 29-36, 40, 43-50, 53-55, 62, 71-73, 80, 81

V

Vulnerável 27, 50

SOBRE A AUTORA

Simone Mattos do Nascimento

Simone Mattos do Nascimento possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (2001), Especialização em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal Fluminense - UFF (2003), Especialização em Oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA (2007), Especialização em Neonatologia pelo Hospital Sofia Feldman e Universidade Estácio de Sá (2010) e Mestrado em Programa de Pós-graduação e Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar (2016), atuando principalmente nos seguintes temas: atividade física, idoso, dor crônica e cuidados paliativos, dança sênior, dor e assoalho pélvico; incontinência de esforço. Sou aluna regular na Pós-graduação (Doutorado) em Gerontologia pela UNICAMP. Sou Coordenadora do PrevDance – Pirassununga, sendo dirigente de Dança Sênior na Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga - SP e Associação Pirassununguense de Pirassununga - APA.



Oferta e implantação da dança sênior na atenção básica

www.bookerfield.com



contato@bookerfield.com



[@bookerfield](https://www.instagram.com/bookerfield)



[Bookerfield Editora](https://www.linkedin.com/company/bookerfield)



Oferta e implantação da dança sênior na atenção básica

www.bookerfield.com



contato@bookerfield.com



[@bookerfield](https://www.instagram.com/bookerfield)



Bookerfield Editora



ISBN 978-658992910-9



9

786589

929109