



UNIVERSIDADE FEDERAL SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

SIMONE MATTOS DO NASCIMENTO

**A OFERTA DA DANÇA SÊNIOR NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO
DE PIRASSUNUNGA/SP: “CAMINHOS” FAVORAVEIS À SUA
IMPLANTAÇÃO**

São Carlos

2016



UNIVERSIDADE FEDERAL SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

SIMONE MATTOS DO NASCIMENTO

A OFERTA DA DANÇA SÊNIOR NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PIRASSUNUNGA/SP: “CAMINHOS” FAVORÁVEIS À SUA IMPLANTAÇÃO

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação de Gestão da Clínica Área de concentração em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Cláudia Garcia de Oliveira Duarte

Co-orientação: Prof^o Dr^o Bernardino Geraldo Alves Souto

São Carlos

2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N244o Nascimento, Simone Mattos do
A oferta da dança sênior na atenção básica do município de Pirassununga/SP : "caminhos" favoráveis à sua implantação / Simone Mattos do Nascimento. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
102 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Idoso. 4. Terapia através da dança. 5. Fisioterapia. I. Título.



FOLHA DE APROVAÇÃO

SIMONE MATTOS DO NASCIMENTO

**“A OFERTA DA DANÇA SÊNIOR NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PIRASSUNUNGA/SP:
CAMINHOS FAVORÁVEIS À SUA IMPLANTAÇÃO”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 18/01/2016

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ricardo Luis Fernandes Guerra - UNIFESP

Prof. Dr. Giovanni Gurgel Aciole da Silva - UFSCar

Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia Garcia de Oliveira Duarte - UFSCar

DEDICATÓRIA

Dedico aos idosos que participaram e que acreditaram nas metas, essas no início eram um obstáculo e hoje se tornou uma etapa dos nossos planos.

AGRADECIMENTOS

O 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, 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 corpo 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 Dr.^a 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 co - orientador e amigo Prof^o Dr^o Bernardino Geraldo Alves Souto devo a minha gratidão pelo apoio e incentivo dispensado ao meu conhecimento intelectual enquanto aluno do Mestrado Profissional.

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

À minha Banca Examinadora e Suplente pela disponibilidade de estarem presente e contribuir com o conhecimento sobre o assunto num dos momentos mais importante 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 aprendi 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.

À Fabiana Marques de Souza, do Centro de Capacitação- Hospital Sofia Feldman pela formatação da minha Qualificação e Dissertação do Mestrado.

À Rejane Sobrino Pinheiro, Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil pela realização dos dados estatísticos da minha Dissertação do Mestrado.

EPIGRAFE

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

RESUMO

A oferta da dança sênior na atenção básica do Município de Pirassununga/SP: “caminhos favoráveis” à sua implantação

INTRODUÇÃO: A Dança Sênior pode ser umas das Ações de Atividade Física/ Práticas Corporais a ser integrada como um relevante projeto terapêutico dentro das diretrizes da atenção básica e executada em USF, UBS e NASF. **OBJETIVO:** A presente pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva tem por propósito identificar os fatores favoráveis à oferta da Dança Sênior na atenção básica no município de Pirassununga/SP, no que refere à sua implantação. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Participaram deste estudo os gestores de saúde, os profissionais de nível superior, os Agentes Comunitários de Saúde- ACSs e os idosos usuários da USF (n=14). Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa e de imagens. Em 30% das seis USFs selecionadas, onde foi possível a oferta da Dança Sênior, todos responderam o 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 e foram submetidos à avaliação geriátrica e gerontologia multidisciplinar da Dança Sênior. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Plataforma Brasil da Universidade Federal de São Carlos, parecer nº 895.345. No trato dos dados utilizou-se da análise de conteúdo. **RESULTADOS e DISCUSSÃO:** Foi possível realizar uma caracterização dos dados clínicos dos idosos participantes da Dança Sênior mediante a análise da avaliação geriátrica e gerontologia multidisciplinar da Dança Sênior. Nesta avaliação foi dada ênfase ao diagnóstico clínico e ao resultado da avaliação da qualidade de vida; as medidas antropométricas; a mobilidade por meio do equilíbrio e da marcha; e do levantar e ir dos idosos. Na abordagem dos questionários de oferta da Dança Sênior, a partir da percepção dos gestores de saúde, dos profissionais de saúde nível superior, dos ACSs e dos usuários idosos que participaram da dança emergiram 5 falas: a Fala 1: “O conhecimento sobre a Dança Sênior”; a Fala 2: “A melhora e a manutenção da saúde e da qualidade de vida do idoso”; a Fala 3: “O nível de satisfação em relação a Dança Sênior”; a Fala 4: “O acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica- AB” e a Fala 5: “Os caminhos favoráveis para a implantação da Dança Sênior nas USFs na visão dos gestores de saúde, dos profissionais de saúde de nível superior e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e idosos”. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os

caminhos que favoreceram a oferta da Dança Sênior nas USFs foram: a aderência e adesão dos participantes idosos a nova intervenção; a satisfação dos participantes em relação à Dança Sênior; manutenção da qualidade de vida dos idosos participantes; uma intervenção nova de baixo custo. Neste contexto, a Dança Sênior se apresentou como viável e com aplicabilidade na Atenção Básica, uma vez que tanto os gestores como profissionais de saúde se sentiram fortalecidos pelo apoio matricial realizado pela fisioterapeuta no oferecimento da modalidade.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Idoso. Terapia através da Dança. Fisioterapia.

ABSTRACT

The senior dance provision in primary care in the municipality of Pirassununga / SP "paths favor" of its implementation

INTRODUCTION: Senior Dance can be one of the Action Fitness / Body Practices to be integrated as a relevant therapeutic project within the guidelines of primary care and performed at USF, UBS and NASF. **OBJECTIVE:** This qualitative, exploratory and descriptive research has the purpose to identify factors conducive to offer Senior Dance in primary care in the city of Pirassununga/ SP, as regards its implementation. **MATERIALS AND METHODS:** The study included health managers, professionals from high level, the Community Agents of Health (CHA) and the elderly users of USF (n=14). All signed the Term of Free and Clear (IC) research and images. 30% of the six selected USFs, where the supply of Dance Senior possible, all answered the Senior Dance Offer questionnaire at baseline and after three months of activity. Additionally the elderly answered the SF-36 life-quality questionnaires at baseline and after three months of activity and were undergo multidisciplinary assessment geriatric and gerontology Dance Senior. The project was approved by the Ethics Committee of the Platform Brazil's Federal University of São Carlos, opinion No. 895,345. In the data tract was used content analysis. **RESULTS AND DISCUSSION:** It was possible to perform a characterization of the clinical data of elderly participants of the Senior Dance by analysis of geriatric assessment and multidisciplinary gerontology Dance Senior. This evaluation was given emphasis to the clinical diagnosis and the result of evaluating the quality of life; anthropometric measurements; mobility through balance and gait; and up and go to the elderly. In the approach to dance Senior offer questionnaires, from the perception of health managers, the top health professionals level of CHWs and elderly users who participated in the dance emerged five speeches: Speech 1: "Knowledge of the Dance Senior"; Speech 2: "The improvement and maintenance of health and the elderly quality of life"; Speech 3: "The level of satisfaction with the Senior Dance"; Speech 4: "Access to health services in AB Attention basically" and Speech 5: "The ways favorable to the implementation of the Senior Dance USFs in view of health managers, the top-level health professionals and Community Health Workers (CHWs) and elderly. "**CONCLUSION:** The ways that favored the offer of dance in Senior USFs were the grip and

adhesion of the elderly participants the new intervention; the satisfaction of the participants with regard to Senior Dance; maintenance quality of life of elderly participants; a new low-cost intervention. In this context, the Senior Dance presented as viable and applicability in primary care, since both managers and health professionals have felt strengthened by the support matrix conducted by physiotherapist in providing mode.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. elderly. Therapy through dance. Physiotherapy.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Caracterizações dos gestores, profissionais de saúde de níveis superiores e Agente Comunitário de Saúde. Pirassununga, 2015.....	27
QUADRO 2	Caracterizações dos usuários idosos que participaram de 12 aulas de Dança Sênior. Pirassununga, 2015.....	28
QUADRO 3	O Índice Massa Corporal (IMC).....	30
QUADRO 4	Relação Cintura Quadril	40
QUADRO 5	Descrição das igualdades e das diferenças das USFs que permitiram a implementação da Dança Sênior por 3 meses, Pirassununga 2015.....	50

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterizações dos gestores, profissionais de saúde de níveis superiores e dos Agentes Comunitários de Saúde. Pirassununga, 2015.....	44
TABELA 2	Caracterizações dos usuários idosos que participaram de 12 aulas de Dança Sênior. Pirassununga, 2015.....	45
TABELA 3	Caracterização dos gestores de saúde, profissionais de saúde de nível superior e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da USF- Centro I. Pirassununga, 2015	46
TABELA 4	Caracterização dos idosos que participaram das 12 aulas da Dança Sênior na USF- Centro I. Pirassununga, 2015.....	47
TABELA 5	Caracterização dos gestores de saúde, profissionais de saúde de nível superior e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da USF- Centro II. Pirassununga, 2015	48
TABELA 6	Caracterização dos idosos que participaram das 12 aulas da Dança Sênior na USF- Centro II. Pirassununga, 2015	49

TABELA 7	O diagnóstico clínico dos 13 idosos que participaram das 12 aulas da Dança Sênior. Pirassununga, 2015.....	53
TABELA 8	As medidas antropométricas dos 13 idosos que participaram das 12 aulas da Dança Sênior. Pirassununga, 2015.....	55
TABELA 9	A mobilidade dos 13 idosos que participaram das 12 aulas da Dança Sênior. Pirassununga, 2015.....	56
TABELA 10	A qualidade de vida dos 13 idosos antes e após as 12 aulas da Dança Sênior. Pirassununga, 2015.....	57

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	PrevDance – Pirassununga / USF- Centro I - Grupo Lua / Geronto – ativação - O Italiano Para Garrafas.....	33
FIGURA 2	PrevDance – Pirassununga / USF- Centro I - Grupo Lua / Geronto – ativação - O Italiano Para Garrafas.....	34
FIGURA 3	PrevDance – Pirassununga/ USF- Centro I - Grupo I Lua.....	
FIGURA 4	PrevDance – Pirassununga/ USF- Centro II - Grupo Girassol.....	34
FIGURA 5	Apresentação da Dança Sênior e dos dançarinos.....	35
FIGURA 6	Dança Sênior – Valsa Mexicana.....	35

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APA	Associação Pirassununguense de Aposentados
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CCI	Centro de Convivência dos Idosos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGABEG	Casa Gerontologica da Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes
CIPI	Cuidado Integrado à Pessoa Idosa
CSSGBH	Centro Social e Esportivo dos Suboficiais e Sargento da Guarnição de Aeronáutica de Belo Horizonte
CSSGAG	Centro Social e Esportivo dos Suboficiais e Sargento da Guarnição de Aeronáutica do Galeão
CSSGALS	Centro Social e Esportivo dos Suboficiais e Sargento da Guarnição de Aeronáutica Lagoa Santa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREFITO	Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CSPM	Centro de Saúde Padre Maia
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCA	Hospital Central da Aeronáutica
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de massa corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISDC	Internacional Seniores Dance Congress
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUG	Núcleo de Geriatria do Hospital Central da Aeronáutica
OMS	Organização Mundial da Saúde

PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PPGGC	Programa de Pós Graduação e Gestão da Clínica
PSF	Programa Saúde da Família
SESC	Serviço Social do Comércio
SME	Secretaria Municipal de Esporte
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNATi	Universidade Aberta à Terceira Idade e Núcleo do Idoso
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	001
1.1	O Fisioterapeuta na Atenção Básica com foco no cuidado da pessoa idosa: A prática corporal.....	013
1.2	Delimitação do problema de pesquisa: envelhecimento à luz das políticas públicas e Sistema Único de Saúde.....	020
2	OBJETIVO.....	022
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	023
3.1	Justificativa: (gestão do cuidado/aplicabilidade da prática em saúde) práticas corporais ministradas nas USF, UBS e no NASF.....	024
4	MATERIAIS E MÉTODOS	026
4.1.	<i>Percurso metodológico.....</i>	<i>026</i>
4.2.	<i>Delineamento experimental.....</i>	<i>030</i>
4.3	<i>Modificações no percurso metodológico.....</i>	<i>031</i>
4.4	<i>Oferta da Dança Sênior.....</i>	<i>032</i>
4.5	<i>Aplicação dos questionários.....</i>	<i>036</i>
4.5.1	Questionários para os gestores, profissionais de saúde de níveis superiores e ACS.....	037
4.5.2	Questionários para os usuários idosos.....	037
4.6	<i>Avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontologica da Dança Sênior para os idosos.....</i>	<i>038</i>
4.6.1	Medidas antropométricas.....	039
4.6.2	Motora.....	040

4.6.2.1	Escala de Equilíbrio de Berg.....	040
4.6.2.2	Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha – Índice de Tinetti.....	041
4.6.2.3	Levantar e ir – “Timed Up and Go”	041
4.6.3	Questionário de Qualidade de Vida SF-36.....	042
4.7	<i>Riscos e benefícios na pesquisa qualitativa deste estudo.....</i>	043
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	044
5.1	<i>A abordagem da descrição das características da população que participou da Dança Sênior.....</i>	044
5.2	<i>A dinâmica do trabalho de campo nas USFs em relação à oferta da Dança Sênior: Funcionamento nas USF.....</i>	050
5.3	<i>A avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica da Dança Senior.....</i>	053
5.3.1	Medidas antropométricas.....	055
5.3.2	Motora.....	056
5.3.3	Qualidade de vida.....	057
5.4	<i>Os pensamentos dos participantes da oferta da Dança Sênior.....</i>	060
5.4	<i>Os caminhos favoráveis à implantação da Dança Sênior no Município de Pirassununga- São Paulo.....</i>	065
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	067
	REFERÊNCIAS.....	069
	APÊNDICES.....	078
	ANEXOS.....	097

1 INTRODUÇÃO

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

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).

Por sua vez, 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 em 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).

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

No início a formação e a conduta desse profissional da saúde tinha um caráter fundamentado nas práticas flexinerianas (centrada nas intervenções curativas e reabilitadoras) e com a utilização de métodos e técnicas sofisticadas; sem ter a preocupação com a promoção de saúde e a prevenção de doenças e agravos do indivíduo e do coletivo (AVEIRO et al., 2011; ALMEIDA, 2011; ALMEIDA FILHO, 2010; BISPO JUNIOR, 2010; REZENDE, 2007; BARROS, 2003).

Com a criação pelo Ministério da Saúde (MS): - do Programa de Saúde da Família como forma de reorientar a assistência no Brasil dentro dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO; CACCIA-BAVA, 2011; BRASIL, 1997); - da Política Nacional de Atenção Básica (portaria n.648/06), que incorpora 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); - e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem a proposta de consolidar a integralidade do cuidado em conjunto com a Equipe de Saúde da Família (ESF) e com toda a rede de serviço (2008) (CARVALHO; CACCIA-BAVA, 2011; BRASIL, 2008), o fisioterapeuta é efetivamente incorporado na atenção básica.

Atualmente, a formação do fisioterapeuta permeia pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em fisioterapia que considerou necessário acrescentar à assistência promocional e preventiva, atendendo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que este valoriza também a atenção básica. (BISPO JUNIOR, 2010; Rezende, 2007).

Neste cenário da atenção básica, o fisioterapeuta deve articular junto com gestores de saúde locais e a Equipe de Saúde da Família (ESF), principalmente ações que contemplem a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; embora ainda seja muito valorizado em suas ações de reabilitação (BISPO JÚNIOR, 2010).

Além disso, a ambiência da USF tem permitido que o fisioterapeuta atue em equipe multiprofissional e com abordagem interdisciplinar (BISPO JÚNIOR, 2010), o que tem levado o profissional da área a agregar novos valores à sua prática, podendo atuar também em outros ambientes no território, para além da USF, como é o caso das intervenções domiciliares, em escolas, salões das UBS, igrejas, praças, entre outros (FREITAS, 2006).

O Fisioterapeuta ao participar da equipe do Núcleo de Apoio a Família (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).

Considerada como um grupo de risco, a população idosa constitui um dos grupos que devem ser priorizados no seu cuidado, segundo princípios do SUS. Nesse sentido, tem como objetivo de cumprir as diretrizes preconizadas na Política Nacional do Idoso e na Política de Promoção de Saúde, afim de que esta população possa ter um envelhecimento saudável é

necessário que os gestores de saúde juntamente com sua equipe de saúde, na qual hoje o fisioterapeuta se insere, 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).

O fisioterapeuta juntamente com o suporte da Equipe de Saúde da Família pode assim desenvolver atividades direcionadas à clientela geriátrica e gerontológica institucionalizada e não institucionalizada com as seguintes ações como segue: o reconhecimento da área descentralizada onde o idoso reside, a busca da potencialidade da comunidade, grupos específicos de patologias crônicas e orientações de saúde em geral, não só relacionada à fisioterapia (AVEIRO et al., 2011; BRASIL et al., 2005; BARROS, 2003), otimizar a formação de grupos de convivência e sala de espera (CARVALHO; CACCIA-BAVA, 2011; BISPO JÚNIOR, 2010; VIANA et al., 2003).

Adicionalmente, o fisioterapeuta também é capaz de ministrar as práticas corporais / atividades físicas como: o alongamento, o fortalecimento muscular, o treino de equilíbrio, as orientações de exercícios terapêuticos domiciliares, (AVEIRO et al., 2011; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). e assim como os demais profissionais de saúde que tenha uma formação adequada para as práticas corporais e atividades físicas podem incluir na sua intervenção a dança; a caminhada o *Liag Gong* entre outras modalidades e outros recursos terapêuticos de acordo com a disponibilidade da USF e parcerias afins.

Assim, a Dança Sênior e outras modalidades de dança podem ser uma prática corporal a ser utilizada na intervenção dos profissionais de saúde da Atenção Básica de Saúde para assistir a clientela idosa da USF.

Dessa forma, Pirassununga, Município do Estado de São Paulo, em 2013, teve como dados de referências territoriais uma área 727,12 Km², populacional de 71. 221 habitantes e com uma população de idosos de 60 anos e mais de 15,36%. Sendo uma das melhores cidades brasileiras para se envelhecer (PIRASSUNUNGA, 2014). A 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 estas 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

enfermagens e 78 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Essas USFs assistiram 7.463 idosos (pessoas com 60 anos ou mais). Assim, o idoso assistido pela a 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.

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).

A Ilse Tutt (*in memoriam*) idealizou a dança Sênior lá 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, a 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).

Considerando que a 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, a duração de 45 minutos e a frequência que ocorre de acordo com a característica da instituição, o ideal que seja realizada diariamente.

A novidade dessa prática terapêutica foi a dança sentada, para aqueles idosos que são portadores de 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).

Adicionado ao exposto, anteriormente, outros benefícios dectados 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 pode ser 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 tem 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.

Eu Simone Mattos do Nascimento, sou Fisioterapeuta com especialização em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF); em oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Multiprofissional em Neonatologia (Hospital Sofia Feldman e Universidade Estácio de Sá), estagio no Programa de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos pelo Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF)/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/ Coordenação das Atividades Educacionais;

Aperfeiçoamento Profissional- Reeducação Postural Global pelo Reequilíbrio Proprioceptivo e Muscular pelo Centro Científico e Cultural Brasileira de Fisioterapia; Dirigente de Dança Sênior e Geronto- Ativação com idosos em grupo pela Instituição Bethesda/ Ministério da Educação (MEC); Curso de *Liang Gong* em 18 terapias pela Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP/Secretaria Municipal da Saúde de Pirassununga/SP; Curso de Informática da Comunidade pela Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP/Secretaria Municipal da Saúde de Pirassununga/SP.

Desde meu ensino médio, já tinha como meta ser Fisioterapeuta, o sonho foi realizado em 2001 quando conclui a minha graduação, a qual iniciei na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e finalizei na UFRJ. Após, formada atuei na equipe de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Geral (motora, Geneco-Obstetricia, Oncologia, Geriatria traumatologia, RPG, Pilates e domiciliar outras) na Casa de Saúde Pinheiro Machado/ RJ, como ACS no Centro de Saúde Padre Maia na Pampulha/ Belo Horizonte; ainda como fisioterapeuta na equipe do Núcleo de Apoio à Família da Saúde (NASF) do Município de Pompeu e Braúnas e como Facilitadora de Esporte e Lazer pela Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP/Secretaria Municipal da Promoção Social de Pirassununga/SP.

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 Gerontologica 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 implementei e fui dirigente de Dança Sênior no Grupo de DANÇA SÊNIOR do Núcleo de Geriatria (NUG) do Hospital Central da Aeronáutica (HCA); do Centro Social e Esportivo dos Suboficiais e Sargento da Guarnição de Aeronáutica do Galeão (CSSGALS); 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 (CSSGABH) e de Lagoa Santa (CSSGALS) 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 (CSPM) 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.

No presente momento estou como Fisioterapeuta Voluntária na Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP/Secretaria Municipal da Saúde de Pirassununga/SP e na Associação Pirassununguense de Aposentados (APA) realizando a prática corporal a Dança Sênior.

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.

Realizei esta pesquisa porque acredito que a Dança Sênior possa ser uma realidade nacional na Atenção Básica/ SMS, visto que a mesma foi implementada em alguns estados do Brasil, porem não existe estudos científicos que retrate a necessidade da implantação da Dança Sênior como prática corporal e atividade física como uma medida de intervenção na promoção de saúde do idoso.

1.2 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).

2 OBJETIVO

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

3 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).

3.1 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 *Tui-ná*, 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 devem 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-se 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 públicos de saúde.

Deste modo, a 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.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Primeiramente, a pesquisadora realizou um levantamento bibliográfico pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados da MEDLINE, SciELO e PubMed, a partir das seguintes palavras-chave: Dança Sênior, práticas corporais e idosos o resultado foi 0. Diante desse fato a pesquisadora optou em utilizar periódicos científicos e livros da busca realizada pelo google.

4.1. Percurso metodológico

Este estudo apresentou uma abordagem de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, bem como uma abordagem de pesquisa quantitativa do tipo transversal e descritiva. A amostra constituiu-se de 35 sujeitos participantes do início da pesquisa e da oferta da Dança Sênior, sendo 03 gestores de saúde, 02 profissionais de nível superior, 09 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) (01 homem e 13 mulheres) todos membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e 21 idosos (04 homem e 17 mulheres) todos inscritos nas USFs do Município de Pirassununga/ SP. No que se refere a não participação nas 12 aulas/horas da Dança Sênior e somente nas pesquisas tivemos 02 gestores de saúde e 02 profissionais de nível superior. No que se refere participação dos idosos na Dança Sênior tivemos 13 participantes ativos, 07 desistência por motivos particulares e/ou de saúde e 01 parou e retornou por motivo de conflitos familiares, conforme quadros 1 e 2 abaixo.

QUADRO 1

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

USFs	Codnome *	Idade (anos)	Gênero*	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	2ª grau Completo	6 anos e 7 meses	6 anos e 7 meses
	Crisântemo	43	F	ACS	2ª 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
	Hortênci	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
	Beladona	26	F	ACS	2º grau completo	3 anos	3 anos

Fonte: Dados da pesquisa

* Codnome foi estabelecido com nomes de flores / * Gênero F para feminino e M para masculino.

QUADRO 2

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

Pirassununga, 2015

USF	Codnome*	Idade (Anos)	Gênero*	Participação na Dança Sênior
Centro I	Jorge	76	M	Ativo
	Beatriz	66	F	Ativa
	Antônio	90	M	Ativo
	Bárbara	80	F	Ativa
Centro II	Matilde	64	F	Ativa
	Heloísa	69	F	Ativa
	Letícia	84	F	Ativa
	Sebastião	71	M	Ativo
	Joana	67	F	Ativa
	Valéria	65	F	Ativa
	Rita de Cássia	71	F	Ativa
	Mônica	71	F	Ativa
Martina	69	F	Ativa	

Fonte: A autora

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

A abordagem metodológica utilizada para a pesquisa qualitativa exploratória e descritiva foi a 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).

Para Minayo (1997) o estudo tem um perfil exploratório quando o mesmo produz conhecimento acerca de um fenômeno ainda não estudado e sem a preocupação de fazer um estudo dele. O estudo foi considerado como “análise de conteúdo” considerando seu

caráter qualitativo, também por tratar de um determinado cenário. O método qualitativo foi utilizado para análise do questionário de Oferta da Dança Sênior.

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). As falas foram agrupadas por meio das percepções dos participantes do estudo, que foram similares. Os conceitos principais 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.

Todos os participantes desta pesquisa {gestores de saúde, profissionais de nível superior e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)} foram caracterizados pela idade (média e desvio padrão), tempo de na instituição (média e desvio padrão). Para o sexo, o cargo ocupado e grau de instrução se deram pela quantidade que foi executada pelo cálculo do escore em número ordinal e o cálculo da porcentagem com uma calculadora simples, onde foi feita uma aproximação dos resultados para atingir o valor de 100%.

A caracterização dos idosos aconteceu pela idade (média e desvio padrão), sexo e diagnóstico clínico se deram pela quantidade que foi executada pelo cálculo do escore em número ordinal e o cálculo da porcentagem com uma calculadora simples, onde aproximei os resultados para atingir o valor de 100%.

Os dados foram agrupados, ordenados, transferidos para um banco de dados (Excel) e, então, processados. Foi utilizada a análise estatística descritiva para a caracterização dos sujeitos; e para análise das variáveis relacionadas às medidas antropométricas (média e desvio padrão), à mobilidade por meio do equilíbrio, da marcha e do levantar e ir (média e desvio padrão) e ao questionário de qualidade de vida SF-36 (média e desvio padrão).

Para análise dos Questionários de Qualidade de Vida SF-36, considerando que o número de idosos (13) era reduzido, foi utilizado o Teste não Paramétrico de Wilcoxon e o teste t pareado.

Os testes foram efetuados no nível de 5% de significância. Os dados obtidos foram apresentados em tabelas (MARTINS e CESARINO, 2005).

Para Sanches e Minayo (1993 p. 247), a investigação quantitativa e a qualitativa se complementam, apesar de serem de natureza diferente. A primeira tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observadas, que devem ser utilizadas para estudo quantitativo, que por sua vez pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa. A segunda aprofunda a complexidade de fenômenos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados capazes de serem abrangidos intensamente.

4.2 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 tiveram 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 inscrito. 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 a Prefeita Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e a Coordenadora do PSF de Pirassununga para informá-las sobre a implantação da oferta da Dança Sênior na Instituição.

Após o encaminhamento, apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e da coordenação do PSF acima citados, iniciou-se a coleta de dados. Como instrumento utilizou-se Questionário de Oferta da Dança Sênior e a Avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica da Dança Sênior para os idosos.

4.3 Modificações no percurso metodológico

A presente pesquisa foi aprovada somente em 03 de dezembro de 2014 pelo CEP, sendo informada à Coordenação de Programa da Saúde Família do Município de Pirassununga e ao Centro de Convivência do Idoso (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 USFs. Tal mudança possibilitou a prática corporal por meio da Dança Sênior fosse realizada o mais próxima das residências dos idosos.

A Coordenadora do PSF forneceu 15 USF, dessas foram selecionadas seis USF que não tinham atividades ou se tinha era apenas uma, e tal escolha ocorreu para favorecer a adesão a prática corporal por meio da Dança Sênior para os usuários idosos.

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 era o espaço físico (ar livre), a falta de aparelho de som e de cadeiras. Notou-se uma dificuldade na realização da busca ativa dos usuários idosos e a divulgação da Dança Sênior devido as USF estarem com à atenção direcionada ao controle de epidemia de Dengue que esteve presente na maioria dos municípios brasileiros, nesses primeiros meses de 2015. Por outro lado, haviam USFs que não possuíam 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 a mesma convidassem os profissionais de saúde de níveis superiores e os ACSs para assinarem os Ternos de Consentimento Livre e Esclarecido (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 o questionário de Oferta da Dança Sênior no início e após 3 meses da atividade.

4. 4 A 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 puderam 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, os subgrupos oriundos das USFs foram batizados da seguinte forma USF- Centro I Grupo de Dança Sênior “LUA” (ver figuras 1, 2 e 3) e USF- Centro II Grupo de Dança Sênior “Girassol” (ver figuras 4), foi elaborado um Plano de aula (ver figura 5 e 6). No plano de aula constam as atividades e as danças que foram ministradas ao longo das 12 aulas/horas (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 os participantes da dança. (APÊNDICE F).



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

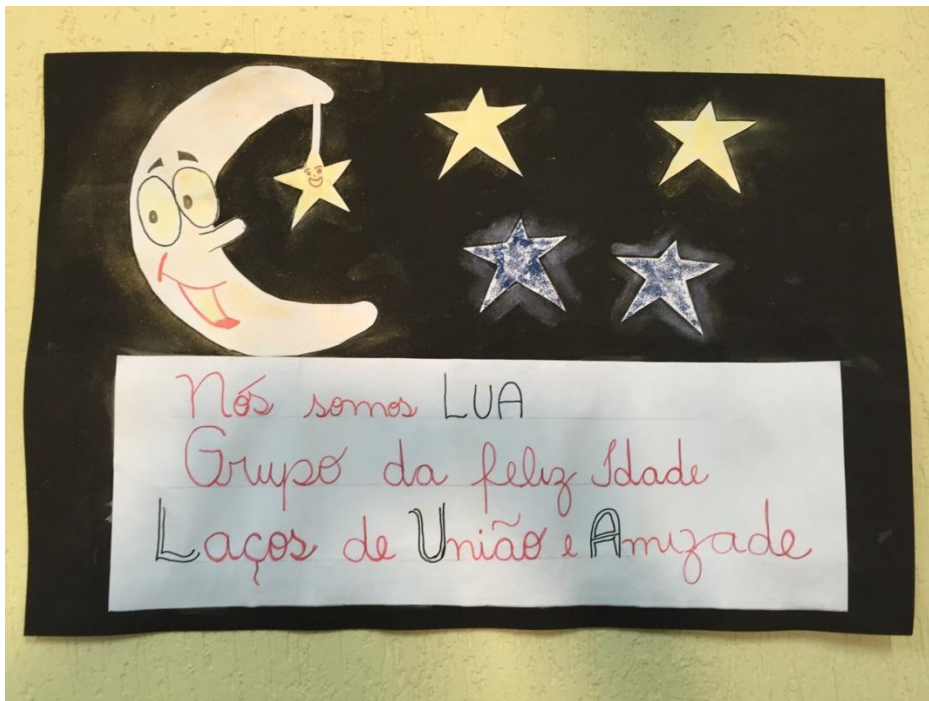


Figura 3: PrevDance – Pirassununga/ USF- Centro I
Grupo Lua
Fonte: Arquivos da autora



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

4.5 Aplicação dos questionários

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados questionários que avaliaram a qualidade de vida da pessoa idosa (SF-36) 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”.

Quanto ao procedimento, primeiramente foi aprazado com a Equipe de Saúde Família (da ESF) uma data para a pesquisadora explicar sobre a pesquisa, realizou a entrevista e todos os membros da equipe tiveram condições de autoadministrar à aplicação e reaplicação do Questionário de Oferta da Dança Sênior. Os idosos foram abordados durante a primeira aula de Dança Sênior, nas quais a pesquisadora esclareceu sobre a pesquisa, realizou a entrevista e verificou se o idoso tinha condições de auto administrar o Questionário de Oferta da Dança Sênior e o Questionário de Qualidade de vida SF-36 e reaplicou- os após 3 meses de Oferta da Dança Sênior. Nos idosos que tiveram condições de autoadministrar (N = 11) tiveram um tempo livre durante uma manhã pré-agendada com a Equipe de Saúde Família (da ESF) para respondê-lo sobre a supervisão da pesquisadora, da enfermeira e dos ACSs, e quando não

tiveram condições (N = 02), a pesquisadora, a enfermeira e os ACSs aplicaram e reaplicaram os questionários.

4.5.1 Questionários para os gestores, profissionais de saúde de níveis superiores e ACSs

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).

4.5.2 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 teve 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, que foram analisadas por conteúdo, do tipo temática, dos quais foram extraídas percepções.

Em 33,33% das seis USF selecionadas, USF- Centro I e Centro II, onde foi possível ofertar 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 todos assinaram os TCLEs, pesquisa e imagens totalizou um número de 14 participantes.

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 TCLEs (pesquisa e imagem),

responderam o Questionário de oferta da Dança Sênior (todos); e a maioria (23 dançarinos) participaram da Dança Sênior por um período de 3 meses.

4. 6 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), na qual fosse possível identificar as variáveis clínicas, antropométricas, motoras e dimensões da qualidade de vida dos usuários que aceitaram em participar da Dança Sênior.

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.

Todos os idosos foram submetidos à avaliação geriátrica e gerontologia multidisciplinar da Dança Sênior durante os 3 meses de Oferta da Dança Sênior. Adicionalmente, todos os idosos responderam o Questionário de qualidade de vida - SF-36 no início e após 3 meses da atividade.

Na variável clínica o enfoque foi o diagnóstico clínico; na variável medidas antropométrica o enfoque foi o peso, a estatura, o índice de massa corporal (IMC), a circunferência abdominal (CA), relação cintura-quadril (RCQ) (MENEZES; MARUCC, 2005) e na variável motora o enfoque foi à mobilidade (equilíbrio, a marcha e o levantar e ir) (MORAES, 2008) e no Questionário de Qualidade de vida SF-36 o enfoque foi à saúde física e a saúde mental (MARTINS e CESARINO, 2005), (ANEXO A e APÊNDICE I).

4.6.1 Medidas antropométricas

Na variável antropométrica, o índice de massa corporal (IMC (Kg/m^2)) é uma medida utilizada para medir a obesidade adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). É o padrão internacional para avaliar o grau de obesidade. O cálculo do IMC é feito dividindo o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado como a segue a forma: $\text{IMC} = P(\text{kg})/A^2(\text{metros})$ (<http://www.calculoimc.com.br/>) (ver quadro 3 abaixo) (MENEZES; MARUCC, 2005).

QUADRO 3
O Índice de Massa Corporal (IMC)

Resultado	Situação
Abaixo de 17	Muito abaixo do peso
Entre 17 e 18,49	Abaixo do peso
Entre 18,5 e 24,99	Peso Normal
Entre 25 e 29,99	Acima do peso
Entre 30 e 34,99	Obesidade I
Entre 35 e 39,99	Obesidade II (severa)
Acima de 40	Obesidade III (mórbida)

No que se diz a relação cintura-quadril (cm) (RCQ) ver a quadro 4 abaixo, com referência nesta pode-se conhecer a classificação quanto ao risco à saúde do idoso (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2016) (APÊNDICE I).

QUADRO 4
Relação Cintura – Quadril

Classificação de riscos para idosos

IDADE	BAIXO	MODERADO	ALTO	MUITO ALTO
60 A 69	< 0,91	0,91 A 0,98	0,99 A 1,03	>1,03

Classificação de riscos para idosas

IDADE	BAIXO	MODERADO	ALTO	MUITO ALTO
60 A 69	< 0,76	0,76 A 0,83	0,84 A 0,90	>0,90

Fonte: Modificada: assessment Applied body composition. Human Kinetics, p.82.1996. In: REVISTA VIVA SAÚDE, 2016.

No que se refere à Circunferência Abdominal (CA) o número ideal é Até 102 cm para gênero masculino e até 88 cm para gênero feminino (REVISTA VIVA SAÚDE, 2016).

4.6.2 A motora

A mobilidade foi avaliada por meio do equilíbrio, da marcha e do levantar e ir como segue (MORAES, 2008) (APÊNDICE I):

4.6.2.1 Escala de Equilíbrio de Berg

Na escala de Berg o valor de 56 a 54, cada ponto a menos está 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).

Este teste é constituído por uma escala de 14 tarefas comuns que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico tais como alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se. A realização das tarefas é avaliada através de observação e a pontuação varia de 0 – 4 totalizando um máximo de 56 pontos. Estes pontos devem ser subtraídos caso o tempo ou à distância não sejam atingidos, o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito apoia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador (SILVA, 2008) (APÊNDICE I).

4.6.2.2 Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha - Índice de Tinetti

A escala de Tinetti é uma escala de equilíbrio e mobilidade desenvolvida por Tinetti em 1986, nesta escala, a mobilidade é a habilidade de se locomover num ambiente, sendo uma função complicada e, composta de múltiplas manobras, as quais dependem de uma integração de múltiplas características: físicas, cognitivas e psicológicas (KAUFFMAN et al, 2001; FREITAS et al., 2002).

O Índice de Tinetti utilizado foi compreendido por duas escalas: de equilíbrio e de marcha. A primeira possui 09 itens: equilíbrio sentado, levantando, tentativas de levantar, assim que levanta, equilíbrio em pé, teste dos três tempos, olhos fechados, girando 360° e sentando. Já a segunda possui 07: início da marcha, comprimento e altura dos passos, simetria dos passos, continuidade dos passos, direção, tronco e distância dos tornozelos. A contagem para cada exercício varia de 0 a 1 ou de 0 a 2, com uma contagem mais baixa que indica uma habilidade física mais pobre. A pontuação total é a soma da pontuação do equilíbrio do corpo e a da marcha. A pontuação máxima é de 12 pontos para a marcha, de 16 para o equilíbrio do corpo e de 28 para a total Pontuação menor que 19 indica risco cinco vezes maior de quedas. Portanto, quanto menor a pontuação, maior o problema (KAUFFMAN et al, 2001; FREITAS et al., 2002) (APÊNDICE I).

4.6.2.3 Levantar e ir - “Timed Up and Go”

O teste “Timed Up and Go” elaborado em 1991 por Podsiadlo que consiste em levantar-se de uma cadeira padronizada (altura do assento 43 cm; altura do braço 61 cm; altura do encosto 43 cm; profundidade 42 cm; largura 40 cm), caminhar por 3 metros em linha reta, virar-se, retornar ao local de partida e sentar-se novamente. O individuo deve caminhar de forma confortável e segura, utilizando seus sapatos habituais, sem qualquer

assistência física. Para iniciar o teste foi dado o comando verbal “vai” e o cronômetro foi disparo ao primeiro movimento anterior do tronco e cessado quando o mesmo encostou-se à cadeira (PODSIADLO e RICHARDSON, 1991) (APÊNDICE I).

4.6.3 Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Questionário de Qualidade de Vida SF-36, traduzido e validado no Brasil. Esse questionário é largamente utilizado em todo o mundo demonstrando propriedades de reprodutibilidade, validade e suscetibilidade às alterações. O SF-36 é um instrumento multidimensional, composto por 36 itens, que avaliam a **saúde física** e a **saúde mental**. A saúde física apresenta os seguintes domínios: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de se cuidar, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde). A saúde mental consta dos seguintes domínios: vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar). Os resultados de cada componente variam de 0 a 100 (do pior para o melhor status de saúde) (MARTINS e CESARINO, 2005) (APÊNDICE I).

Os critérios de inclusão da amostra foram: os gestores de saúde, profissionais de saúde de níveis superiores e ACS que concordaram em responder o Questionário de oferta da Dança Sênior, 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 possam se que atuam deslocar até a USF de sua localidade.

Os critérios de não inclusão da amostra 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.

4.7 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 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 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 nova modalidade de prática corporal que pode ser uma nova intervenção na atenção básica do Município de Pirassununga para a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados considerando os temas da caracterização dos sujeitos investigados, da dinâmica do trabalho de campo nas USFs que permitiram a Oferta da Dança Sênior, da abordagem da avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica da Dança Sênior e dos pensamentos dos participantes da oferta da Dança Sênior, todos serão debatidos a seguir ao longo do texto.

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

Dentre os 14 participantes profissionais de saúde das USFs (Centro I e Centro II), resultado geral, a idade média foi $5,3 \pm 8,8$ anos, a maioria 13 (92,86%) foi do gênero feminino. A Equipe de Saúde da Família (ESF) estava completa no que se referem aos seus profissionais, todos apresentaram o grau de instrução igual ou superior ao ensino médio completo, que foi um critério de admissão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Atenção Básica (AB). A Frequência média foi de $9,6 \pm 2,7$ aulas nas 12 horas/aulas durante os 3 meses de Oferta da Dança Sênior, (ver quadro 1 e tabela 1).

Tabela- 1 - Caracterização dos gestores de saúde, dos profissionais de saúde de nível superior e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da USF Pirassununga, 2015

Perfil dos profissionais de saúde	Valores (média \pm desvio padrão) (%)
Amostra	14
Idade	$35,3 \pm 8,0$ anos
Tempo na instituição	$6,5 \pm 2,2$ anos
Gênero	Masculino = 1 (7,14%) Feminino = 13 (92,86%)
Cargo ocupado	Coordenadora da Atenção Básica=1 (7,14%) Médica= 2 (14,28%)

	Enfermeira =2 (14,28%) ACSs= 9 (64,30)
Grau de instrução (quantidade)	Pós – graduação = 3 (21,42%) 3º grau completo= 5 (35,71%) 3º grau incompleto= 1 (7,14%) 2º grau completo=5 (35,71%)
Frequência	9,6 ±2,7 aulas

Fonte: Dados da pesquisa

Para os usuários idosos também foram aplicados e reaplicados os questionários de oferta da Dança Sênior, todos assinaram os TCLEs pesquisa e imagem e totalizou um número de 13 unidades de instrumentos. Todos foram submetidos à avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontologia da Dança Sênior, (ver quadro 2).

Dentre o perfil dos 13 idosos dançarinos das USFs (Centro I e II), o resultado geral apresentou uma idade média de 72,5 ($\pm 7,8$) anos; a maioria 10 (76,93%) foi do gênero feminino e a frequência média de 9,6 ($\pm 2,6$) aulas nas 12 horas/ aulas durante os 3 meses de Oferta da Dança Sênior, (ver a quadro 2 e tabela 2). Essa frequência nos mostrou uma assiduidade e uma aderência dos idosos a essa nova intervenção (ver tabela 2).

Tabela- 2 - Caracterização dos idosos que participaram das 12 aulas da Dança Sênior na USF. Pirassununga, 2015

Perfil dos idosos dançarinos da USF	Valores (média ± desvio padrão) (%)
Amostra	13
Idade	Média 72,5 e Desvio Padrão 7,8 anos
Gênero	Masculino = 3 (23,07%) Feminino = 10 (76,93%)
Frequência	9,6 ±2,6 aulas

Fonte: Dados da pesquisa

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, a idade média dos participantes foi de $34,4 \pm 6,7$; a maioria 6 (85,72%) foi do gênero feminino e a frequência média $8,1 \pm 3,4$ nas 12 horas/ aulas durante os 3 meses de Oferta da Dança Sênior, (ver o quadro 1 e tabela 3). Nessa unidade a médica não aderiu à dança Sênior, mas a mesma foi capaz de responder os questionários de oferta da Dança Sênior e assinou os TCLEs pesquisa e imagens.

Tabela 3 - Caracterização dos gestores de saúde, profissionais de saúde de nível superior e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da USF- Centro I Pirassununga, 2015

Perfil dos profissionais de saúde	Valores (média \pm desvio padrão) (%)
Amostra	7
Idade	$34,4 \pm 6,7$ anos
Tempo na instituição	$6,8 \pm 4,1$ anos
Gênero	Masculino = 1 (14,28%) Feminino = 6 (85,72%)
Cargo ocupado	Coordenadora da Atenção Básica=1 (14,28%) Médica= 1 (14,28%) Enfermeira =1 (14,28%) ACSs= 4 (57,16%)
Grau de instrução	Pós- graduação= 1 (14,28%) 3º grau completo= 3 (42,86) 2º grau completo=3 (42,86)
Frequência	$8,1 \pm 3,4$ aulas

Fonte: Dados da pesquisa

Na USF Centro I em relação aos idosos, que aderiram e se mantiveram na Dança Sênior, foram estudados idosos com a idade média de $78 \pm 9,9$ anos, 2 (50%) do gênero masculino e 2 (50%) do gênero feminino e a frequência média $7,5 \pm 2,3$ nas 12 horas/ aulas durante os 3 meses de Oferta da Dança Sênior, (ver o quadro 2 e tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização dos idosos que participaram das 12 aulas da Dança Sênior na USF- Centro I. Pirassununga, 2015

Perfil dos idosos dançarinos	Valores (média \pm desvio padrão) (%)
Amostra	4
Idade	$78,0 \pm 9,9$ anos
Gênero	Masculino = 2 (50%) Feminino = 2 (50%)
Frequências	$7,5 \pm 2,3$ aulas

Fonte: Dados da pesquisa

Na USF Centro II em relação gestores de saúde, os profissionais de saúde de níveis superiores e os ACSs, que aderiram e se mantiveram na Dança Sênior, a idade média dos participantes foi de $36,2 \pm 9,9$; todos os 7 (100%) foram do gênero feminino e a frequência média $9,8 \pm 1,4$ nas 12 horas/ aulas durante os 3 meses de Oferta da Dança Sênior, (ver o quadro 1 e tabela 5). Nessa unidade nem a médica e nem a enfermeira não aderiram à Dança Sênior, mas ambas foram capazes de responder os questionários de oferta da Dança Sênior e assinaram os TCLEs pesquisa e imagens. 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.

Tabela 5 - Caracterização dos gestores de saúde, profissionais de saúde de nível superior e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da USF- Centro II Pirassununga, 2015

Perfil dos profissionais de saúde	Valores (média ± desvio padrão) (%)
Amostra	Número de 7
Idade	Média 36,2 e Desvio Padrão 9,9 anos
Tempo na instituição	Média 6,2 e Desvio Padrão 2,7 anos
Gênero	Masculino = 0 Feminino = 7 (100%)
Cargo ocupado	Médica= 1 (14,28%) Enfermeira =1 (14,28%) ACSs= 5 (71,44%)
Grau de instrução	Pós – graduação = 2 (28,57%) 3º grau completo= 2 (28,57%) 3º grau incompleto= 1 (14,29%) 2º grau completo=2 (28,57%)
Frequência	9,8 ±1,4 aulas

Fonte: Dados da pesquisa

Na USF Centro II em relação aos idosos, que aderiram e se mantiveram na Dança Sênior, foram estudados idosos com a idade média de $70,1 \pm 5,8$ anos, a maioria 8 (88,89%) foi do gênero feminino e a frequência média $11,2 \pm 1,2$ nas 12 horas/ aulas durante os 3 meses de Oferta da Dança Sênior (ver o quadro 2 e tabela 6).

Tabela 6 Pirassununga, 2015- Caracterização dos idosos que participaram das 12 aulas da Dança Sênior na USF- Centro II.

Perfil dos idosos dançarinos	Valores (média ± desvio padrão) (%)
Amostra	9
Idade	70,1 ± 5,8 anos
Gênero	Masculino = 1 (11,11%) Feminino = 8 (88,89%)
Frequência	11,2 ± 1,2 aulas

Fonte: Dados da pesquisa

As USFs restantes (66,67 %) 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 de instrumentos. Contudo, em relação às 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. Nessas USFs, a pesquisadora investigara quais os fatores associados que contribuíram para não oferta, a não implementação dessa prática corporal. Contudo, será necessária outra pesquisa de igual dedicação.

Notou 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 bem como a vivencia 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.

5. 2 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 5; FIGURAS 1-6).

QUADRO 5

Descrições das igualdades e das diferenças das USFs 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 Gerontotivação 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.	Não houve atividade de <i>Lian Gong</i> .
Local para ministrar a Dança Sênior foi a garagem ao ar livre com espaço limitado e com cadeiras sem braços cedida da própria unidade, porem 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, porem ficou distante do campo de visão da equipe de saúde da família (ESF) da USF.
Participação da enfermeira nas aulas	Não houve a 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.	Não foi possível a participação da equipe da USF.
Os idosos participativos foram autônomos e heterogêneos em relação ao	Os idosos participativos foram autônomos e mais homogêneos em

sexo e as limitações por aspectos físicos, emocionais e sociais com o perfil geriátrico e gerontológico.	relação ao sexo e as limitações por aspectos físicos, emocionais e sociais com o perfil mais gerontológico.
Os dançarinos não realizaram apresentações extras.	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).
<p>Pausa na Dança Sênior</p> <p>Motivos: Férias de funcionário, remanejamento de funcionário para outro setor, atuação na Saúde Escolar e a SMS ordenou que o NASF fizessem atividades na unidade.</p>	Manteve a Dança Sênior

Fonte: A 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 5):

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 enceramento 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, porem 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, porem ficou distante do campo de visão da equipe.

Na USF- Centro I foi possível resgatar a pratica 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.

5.3 A avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica da Dança Sênior

Foi possível descrever os dados clínicos dos idosos participantes da Dança Sênior mediante a análise da avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica da Dança Sênior, nesse foi dado ênfase ao diagnóstico clínico, (ver tabela 7) e ao resultado das medidas antropométricas, (ver a tabela 8); da mobilidade por meio do equilíbrio e da marcha; do levantar e ir dos idosos (ver o tabela 9) e da qualidade de vida, (ver tabela 10).

Tabela 7 – O diagnóstico clínico dos 13 idosos que participaram das 12 aulas da Dança Sênior. Pirassununga, 2015

Situação clínica	Quantidade (nº)
Saudável	
Hígida	4
Doenças Cardíacas	
Hipertensão essencial (primária)	7
Pericardite aguda	1
Doenças neurológicas	
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	1

Doença reumatológicas e trauma-ortopédica	
Artrite reumatoide	1
Lombalgia	1
Hérnia de disco	1
Artrose nos joelhos	1
Historia de queda	1
Bursite em membro superior direito	1
Ciatalgia	1
Cervicobraquialgia	1
Doenças metabólicas	
Diabete de Mellitus	3
Doenças psicológicas	
Depressão	1
Outras doenças e situações	
Historia de infecção tracto urinário	1
Dengue Clássica	1
Micose superficial não especificada	1
Conflitos familiares	1

Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere aos diagnósticos clínico dos 13 idosos voluntários, 4 idosos foram saudáveis e sem patologia, apenas fizeram uso da USF para consulta de rotina. Por outro lado, tivemos idosos apresentaram morbidade e co-morbidades. Essas comorbidades potencializam os fatores de risco para diversas doenças que estiveram presentes na clientela geriátrica e gerontológica.

Nesse estudo, a maioria da situação clínica foi representada pelas doenças cardíacas (8) e doenças reumatológicas e trauma-ortopédica (8). Tais dados foi também presente em muitos estudos direcionados a pessoa idosa (CHAIMOWICZ, 1997; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1993).

Tabela 8 – As medidas antropométricas dos 13 idosos que participaram das 12 aulas da Dança Sênior. Pirassununga, 2015

Componentes variáveis	Masculino			Feminino		
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
Índice de Massa Corporal (IMC) – Kg/m ²	3	26,8	7,1	10	28,6	2,2
Relação cintura-quadril (cm)	3	0,9	0,0	10	0,8	0,0
Circunferência abdominal (cm)	3	102,6	13,1	10	95,4	8,9

Fonte: Dados da pesquisa

5.3.1 Medidas antropométricas

A antropometria é uma avaliação útil para guiar vários diagnóstico como o clínico, o funcional e o nutricional dos idosos. É um método simples e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, podendo ser usada como triagem inicial, tanto para diagnóstico quanto para o monitoramento de doenças. (BRASIL, 2016; LIPSCHITZ,1994).

Neste estudo observamos que o **IMC** teve uma pequena diferença entre os gêneros sendo que ambos ficaram acima do peso (valor entre 25 a 29,99) para o gênero masculino ($26,8 \pm 7,1$) e para gênero o feminino ($28,6 \pm 2,2$) (ver tabela 8).

No que se trata da **Relação Cintura- Quadril (RCQ)** o risco foi moderado para ambos os gênero, masculino ($0,9 \pm 0,0$) e feminino ($0,8 \pm 0,0$) (ver tabela 8). Por outro lado,

na **CA** o valor foi próximo da normalidade para o gênero masculino ($102,6 \pm 13,1$) e acima da normalidade para o gênero feminino ($95,4 \pm 8,9$) (ver tabela 8) (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2016).

Para a **Circunferência Abdominal (CA)**, estudos científicos relacionaram as futuras doenças e o risco à saúde com a quantidade de gordura depositada em determinadas partes do corpo do ser humano, como na região abdominal (ver tabela 8) (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2016; REVISTA VIVA SAÚDE, 2016).

5.3.2 Motora

Tabelas 9 – A mobilidade dos 13 idosos que participaram das 12 aulas da Dança Sênior. Pirassununga, 2015

MOBILIDADE											
Escalas									Levantar e ir (segundos)		
Berg			Tinetti								
Equilíbrio			Equilíbrio			Marcha					
N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão
13	51,6	4,3	13	15,7	0,5	13	11,0	1,8	13	14,9	5,1

Fonte: Dados da pesquisa

Neste estudo, a Escala de Berg foi utilizada para avaliar o equilíbrio do idoso tendo um valor médio de ($51,6 \pm 4,3$) com uma variação de 3 pontos do que fora preconizado e apresentando de 24 a 32% de chance de queda. A Escala de Tinetti os valores médios foram próximos da normalidade equilíbrio ($15,7 \pm 0,5$) e marcha ($11,0 \pm 1,8$). O levantar e ir o tempo médio gasto em segundos foi de ($14,9 \pm 5,1$) para percorrer 3 metros.

A Escala de Tinetti, a avaliação da mobilidade pode ser utilizada clinicamente para identificar: os componentes da mobilidade da pessoa que provavelmente afeta as atividades da vida diária; as possíveis justificativas para dificuldades em manobras particulares (a observação direta da função orienta a procura para a compreensão das anormalidades); outros problemas, que a pessoa é susceptível (por exemplo: **quedas**) e as intervenções que auxiliam

na reabilitação e na prevenção e que podem melhorar a mobilidade (KAUFFMAN et al, 2001; FREITAS et al., 2002).

5.3.3 Qualidade de vida

Tabela 10 – A qualidade de vida dos 13 idosos antes e após as 12 aulas da Dança Sênior. Pirassununga, 2015

Dimensões	N	Antes da Dança Sênior					Após da Dança Sênior				
		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	IC	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	IC
Capacidade funcional	13	70,3	24,1	35	100	55,76 - 85,00	73,4	23,5	35	100	59,21 - 87,70
Aspectos físicos	13	61,5	40,3	0	100	42,29 - 97,00	71,1	39,3	0	100	63,55 - 101,44
Dor	13	63,4	29,3	20	100	45,74 - 81,18	65,4	32,0	31	100	46,11 - 84,80
Estado geral de saúde	13	63,5	25,2	35	100	48,26 - 78,81	65,0	12,1	47	82	57,68 - 72,31
Vitalidade	13	75,7	17,6	45	100	65,09 - 86,44	78,4	15,9	55	100	68,79 - 88,12
Aspectos sociais	13	72,1	28,9	12	100	54,67 - 89,63	79,6	25,8	25	100	63,97 - 95,26

Aspectos emocionais	13	54,6	43,2	0	100	46,1 6 – 95,8 3	86,0	31,8	0	100	76,64 – 106,9 5
Saúde mental	13	69,2	19,5	36	100	57,4 1 – 81,0 4	76,6	18,8	36	100	65,24 – 87,98

Fonte: Dados da pesquisa

Para as dimensões da qualidade de vida SF- 36 (saúde física e saúde mental) - $p < 0,05$, teste t de Student e teste Wilcoxon; IC 95% (intervalo de confiança de 95%).

Dentre os 13 idosos notou-se que no início da nova intervenção de prática corporal, a Dança Sênior, todos os idosos tiveram um escore superior a média de 50 em todas as dimensões qualidade de vida ($54,6 \pm 43,2$). Após a Oferta da Dança Sênior constatou-se que a maioria das dimensões estiveram um aumento na média, apenas a capacidade funcional teve um aumento discreto na média de ($70,3 \pm 24,1$) para ($73,4 \pm 23,5$).

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; ela sofre alterações que acompanham o envelhecimento, a qual tende a diminuir. 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).

Por ter sido uma amostra com poucos pacientes idosos e a nesta foi possível avaliar a qualidade de vida – SF-36 dos idosos antes e depois da Dança Sênior pode-se usar o **teste t pareado** (que foi um teste paramétrico, baseado em parâmetros como media e desvio padrão) sendo possível encontramos significância para algumas dimensões do SF-36.

Foram observadas pequenas diferenças (tabela 10), mas não foi estatisticamente significativa para as dimensões capacidade funcional; limitações por aspectos físicos,

emocional e social; e vitalidade. Observou-se uma pequena diferença estatística significativa para a dimensão dor ($p=0,02$) e o estado geral de saúde ($p=0,01$).

Para mesma amostra reduzida com a mesma intervenção, antes e depois da Dança Sênior usou-se o **teste não paramétrico** (*wilcoxon*) (que se baseia nas posições das diferenças ordenadas, neste trabalho com os rankings e medianas) onde a análise estatística não houve significância nas diferenças a um nível $\alpha=0,05$.

5.4 Os pensamentos dos participantes da 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 **5 Falas**, 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: a **Fala 1**: “O conhecimento sobre a Dança Sênior”; a **Fala 2**: “A melhora e a manutenção da saúde e da qualidade de vida do idoso”; a **Fala 3**: “O nível de satisfação em relação a Dança Sênior”; a **Fala 4**: “O acesso aos serviços de saúde na Atenção Básica- AB” e a **Fala 5**: “Os caminhos favoráveis para a implantação da Dança Sênior nas USFs na visão dos gestores de saúde, dos profissionais de saúde de nível superior e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e idosos” como segue adiante:

Fala 1: “O conhecimento sobre a Dança Sênior”

O 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 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e dos usuários idosos foi unânime no início do estudo.

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

[...] Não conheço a Dnça Sênior [...]; [...] Precisarei conhecer a dança para depois avalia-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).

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.

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 tem 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).

Fala 2: “A melhora e a manutenção da saúde e da qualidade de vida do idoso” (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).
- [...] 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).
- [...] Porque o exercício é necessário para a saúde [...]. (Santa Beatriz).
- [...] Para melhorar na qualidade de vida dos idosos [...]. (Begônia).

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.

Fala 3: “O nível de satisfação em relação a 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).

Fala 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 preconizou uma determinação das microáreas para aproximar 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 (deforma independente e/ou com dispositivo auxiliar), sem grandes esforços até a USF. Para contornar a distância das USFs, neste estudo, muitos dos idosos utilizaram 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 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 a seguir.

Fala 5: “Os caminhos favoráveis para a implantação da Dança Sênior nas USFs na visão dos gestores de saúde, dos profissionais de saúde de nível superior e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e idosos”; (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.

Fala 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).

Fala 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).

Fala 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 movimenta 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 pratica ótima, pois a dança nos torna mais feliz e mais disposta [...]. (Santa Matilde).

Notou-se uma unanimidade na percepção da satisfação a respeito da Dança Sênior, bem como na sua manutenção da condição de saúde e qualidade de vida. Tal sentimento esteve presente na fala dos profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família (ESF) quanto dos idosos dançarinos participantes da pesquisa.

5.4 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 financeiro da SMS- Pirassununga. Contudo, faz-se necessário uma implantação futura da Dança Sênior, que mesmo sendo uma intervenção de baixo custo e de tecnologia leve é importante que disponibilize recursos financeiros para contratar um profissional para dirigir a Dança Sênior nas USFs e para custear as despesas da própria modalidade de dança.

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

O apoio matricial por meio do suporte técnico e da Educação Permanente em Saúde (EPS) com o tema relacionado à pessoa idosa foi 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 da unidade.

- O impacto que a Dança Sênior promoveu na manutenção da condição de vida e saúde
- 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 que aderiram e se mantiveram na Dança Sênior:

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, deve 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 gerontogeriatría 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).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho ficou evidente que uns dos caminhos que favoreceram a oferta da Dança Sênior nas USFs foi a aderência e adesão dos participantes idosos a nova intervenção, mesmo que no início do processo os gestores, profissionais da saúde e idosos desconhecem essa atividade. A satisfação dos participantes em relação à Dança Sênior foi unânime neste estudo. Tal sentimento refletiu nossos resultados que mostram que a nova intervenção permitiu a manutenção da condição de saúde e da qualidade de vida da pessoa idosa. Com isso podemos “Colher os frutos” da prática constatados no questionário de qualidade de vida e na avaliação multidisciplinar geriátrica e gerontológica.

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. Contudo, precisamos ressaltar a necessidade de ter um profissional contratado pela Secretaria Municipal de saúde que seja capacitado para ministrar as práticas corporais e a atividade física dentre essas a Dança Sênior.

Neste contexto, a Dança Sênior se apresentou como viável e com aplicabilidade na Atenção Básica, uma vez que tanto os gestores como profissionais de saúde se sentiram fortalecidos pelo apoio matricial realizado pela fisioterapeuta no oferecimento da modalidade.

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 FísioBrasil**, Brasil, n. 59, p. 20-31, 2003. Disponível em: < http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/13151/9263/artigo_autonomia_profissional_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, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviço de saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_basicas_sisvan.pdf>. Acesso em 12 abr. 2016.

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, G. A. Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. **Revista Digital** – Buenos Aires- Año12- n.114, 2007. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 26 mar. 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.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.2, p. 184-200,1997.

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, E.V.; MIRANDA, R.D.; NERY, M.R. Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In: FREITA, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002.p. 609-617.

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

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *População idosa em Minas Gerais e políticas de atendimento*. Belo Horizonte, 1993, v. 1: Perfil da população idosa e políticas de atendimento na Região Metropolitana de Belo Horizonte [versão preliminar].

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/fef/article/view/106/2275>>. Acesso em: 22 nov.2015.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Circunferência Abdominal e Relação Cintura- Quadril. Disponível em: <<http://www.einstein.br/Hospital/cardiologia/calculadoras-de-risco-cardiaco/risco-cardiaco-por-obesidade-abdominal/Paginas/relacao-cintura-quadril.aspx>>. Acesso em: 06 abr. 2016.

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.

KAUFFMAN, T.L. et al. *Manual de Reabilitação Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*, v.21, n.1, p. 55-67, 1994.

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

MARTINS, M. R. I; CESARINO, C.B. QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v.13, n.5, p.670-676, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2134/2225>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

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/menuitem.5e018b33880e19e3b46a1c76e2308ca0/?vgnnextoid=6e0a645ed0f24210VgnVCM1000004c03c80aRCRD>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

PODSIADLO D.; RICHARDSON, S. The Timed “Up and Go”. A test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. **Journal of American Geriatrics Society**, v.39, n.2, 1991.

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.universojatoba.com.br/bem-estar/saude/tudo-sobre-danca-senior>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

REVISTA VIVA SAÚDE, 2016. Disponível em: <<http://revistavivasaude.uol.com.br/clinica-geral/saiba-qual-e-a-circunferencia-abdominal-ideal/971>>. Acesso em 11 abr.2016.

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>. Acesso em 14 abr. 2016.

SILVA, A. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.14, n.2, p. 88-93. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>. Acesso em: 26 mar.2015.

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.

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 investigará 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 Dr^a 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 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 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 Dr^a 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@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 prog@ufscar.br

Consentimento Pós-Infirmação

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 o Dr^a 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 o Dr^a 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 da Pesquisadora 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 o Dr^a Simone Mattos do Nascimento Crefito: 42081-F. _____ tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens de mim, sobre minha Avaliação Multidisciplinar Geriátrica e Gerontologica 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 o Dr^a 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



Assinatura

_____ do Pesquisador Responsável

APÊNDICE E - Plano de aula da Dança Sênior

Plano de aula da Dança Sênior 2015 para Unidade de Saúde da Família- USF

Nome do grupo de Dança Sênior: PrevDance – Pirassununga



DANÇA SÊNIOR na Atenção Básica

USF-CENTRO I e Centro II

Dança Sênior e Geronto-Ativação,

Atividades		Curso	Duração (Minutos)	Faixa do CDs e PENDRIVES
Apresentação da Dirigente de Dança Sênior aos Dançarinos		USF		
Apresentação da Dança Sênior Apresentação dos Dançarinos aos Dirigentes				
Geronto- Ativação:		Curso Básico		
<ul style="list-style-type: none"> • O Italiano para garrafas • Boas Vindas • Valsa Mexicana 				
Um Twisty 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 F - Certificados de participação da Dança Sênior na Atenção Básica do Município de Pirassununga/SP



Pirassununga, 25-06-2015 na Unidade de Saúde Família

USF- Centro I

CERTIFICADO

Certificamos que

Participou da Dança Sênior na Atenção Básica do Município de Pirassununga, completando 12 (horas/aulas).



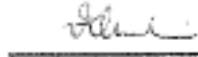
Cristina Aparecida Batista

Prefeita Municipal de Pirassununga



Royce Maria Victorelli Pires Vargas

Secretária Municipal de Saúde



Profª Drª Valéria Vernaschi Lima

Presidente do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.



**Pirassununga, 14-07-2015 na Unidade de Saúde Família
USF- Centro II
CERTIFICADO**

Certificamos que

**Participou da Dança Sênior na Atenção Básica
do Município de Pirassununga, completando 12
(horas/aulas).**



Cristina Aparecida Batista

Prefeita Municipal de Pirassununga



Royce Maria Victorelli Pires Vargas

Secretária Municipal da Saúde



Profª Drª Valéria Vernaschi Lima

Presidente do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica. UFCar

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: _____

Codnome: _____

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 tenção 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: _____

Codnome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Idade: _____

Sexo: () M () F

USFs, UBSs e NASF: _____

Início: Data: _____/_____/_____

1 Porque 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 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/ 30segundos	
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 Equilibrado	0 () 1...(....)
2- Levantando	Incapaz Usa os braços Sem os braços	0...(....) 1...(....) 2...(....)
3- Tentativas de levantar	Incapaz Mais de uma tentativa Única tentativa	0...() 1 () 2 ()
4- Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado Estável, mas usa suporte Estável sem suporte	0...() 1 () 2...(....)
5- Equilíbrio em pé	Desequilibrado Suporte ou base de sustentação >12 cm Sem suporte e base estreita	0...() 1 () 2...(....)
6- Teste dos três tempos *	Começar a cair Agarra ou balança (Braços) Equilibrado	0...() 1 () 2...(....)
7- Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável Equilibrado	0 () 1 ()
8- Girando 360° Idem Berg 11	Passos descontínuos Passos contínuos Instável (desequilíbrios) Estável (equilibrado)	0...() 1 () 0...() 1...(....)
9- Sentado	Inseguro (erra a distância cai na cadeira) Usa os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0...() 1 () 2...(....)
Score 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 Sem hesitação	0 () 1 ()
11- Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito - não ultrapassa o pé esquerdo - ultrapassa o pé esquerdo - não sai completamente do chão - sai completamente do chão b) Pé Esquerdo - não ultrapassa o pé direito - ultrapassa o pé direito - não sai completamente do chão - sai completamente do chão	0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 ()
12- Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 () 1 ()
13- Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos Passos contínuos	0 () 1 ()
14- Direção	Desvio nítido Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	0...() 1 () 2...(....)
15- Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão do joelho ou dorso ou abertura dos braços Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	0...() 1 () 2...(....)
16- Distância dos tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0...() 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 falas” a partir das opiniões dos participantes do estudo que foram consideradas relevantes

Fala 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).
- [...] Melhoraria 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 pratica única que auxilia no aspecto físico, mental e social dos praticantes e gostaria que realmente continua-se [...]. (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 pratica 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).

Fala 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).

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

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

- [...] Estimulo 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 uteis e capazes [...]. (Camélia).

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

Fala 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 anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	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	1	2	3	4	5	6

tem se sentido esgotado?						
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

ANEXO B – Parecer de aprovação do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Investigar os 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

Pesquisador: Simone Mattos do Nascimento

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34299214.5.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 895.345

Data da Relatoria: 10/11/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto interessante que visa mostrar que Dança Sênior pode ser uma boa estratégia de prática corporal se implantada no SUS, uma vez que contempla idosos, grupo de risco na população, e pode ser executada em USFs, UBSs e NASF. Tem por objetivo Investigar fatores associados à implantação desta em uma UBS, em Pirassununga/SP, na visão dos gestores de saúde, e na adesão às práticas corporais e promoção da saúde, na perspectiva dos idosos

Objetivo da Pesquisa:

bem definidos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram acatadas as considerações feitas anteriormente e agora estão bem definidos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa que visa associar a Dança Sênior com a melhora da qualidade de vida do idoso assistido nos serviços de Atenção Básica de Saúde

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 895.345

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Recomendações:

aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nada a declarar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 02 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br