MARÍLIA DA LUZ GARCIA AMARAL

EDUCAÇÃO E SAÚDE – A FISIOTERAPIA COMO ELEMENTO PREVENTIVO DA SAÚDE DO IDOSO

Orientador: José B. Duarte

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Educação

Lisboa

2013

MARÍLIA DA LUZ GARCIA AMARAL

EDUCAÇÃO E SAÚDE – A FISIOTERAPIA COMO ELEMENTO PREVENTIVO DA SAÚDE DO IDOSO

Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação, no Curso de Mestrado em Ciências da Educação, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof. Doutor José B. Duarte

Co-Orientador: Prof. Doutor Otávio Machado L. Mendonça

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Educação

Lisboa

2013

A Deus pela Sua infinita misericórdia.
A minha mãe por me amar incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que sem ele eu nada seria, nada teria e nada faria, mas que me ama e cuida de mim desde o ventre de minha mãe.

Os meus agradecimentos ao meu orientador, Prof. Doutor José B. Duarte, por sua confiança, atenção e, acima de tudo, a generosidade, por sua criteriosa orientação acadêmica e por me ensinar a ultrapassar limites e a concretizar a realização desta tese.

Ao diretor do CINTEP e meu Co-Orientador, Prof. Doutor Otávio Mendonça, que muito bem me acolheu, e por sua plena disponibilidade.

Aos gestores, em especial Maria Aparecida de Menezes (cida), ao corpo técnico, à equipe multidisciplinar de saúde e a outros aqui não citados, mas igualmente importantes, da Prefeitura Municipal de Ingá, que aqui contribuíram.

As integrantes do Grupo da Terceira Idade Alegria de Viver, pela total disponibilidade, sem a qual essa tese não existiria.

Por último (e não menos importante), aos meus amigos e à minha família, em especial minha mãe, Iara Garcia Boulaert e seu esposo, meu querido *papy,* Alain Boulaert, por terem acreditado em mim, apoiando-me moralmente, espiritualmente e financeiramente; à minha titia Jacira, pelo exemplo de luta e perseverança para a consecução dos objetivos.

AMARAL, Marília da Luz Garcia. **Educação e saúde – a fisioterapia como elemento preventivo a saúde do idoso**. Lisboa-Portugal, 2013, 132p. Dissertação de Mestrado - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias-ULHT.

RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo geral a análise das concepções de utentes das atividades fisioterapêuticas como uma ferramenta na prevenção à saúde do idoso. Especificamente, buscou-se observar a educação em saúde na fisioterapia como um elemento que ajuda a prevenir doenças, e a melhor qualidade de vida do idoso através de métodos educacionais. Quis-se, ainda, analisar a aplicabilidade da educação em saúde na qualidade de vida das pesquisadas, e avaliar as questões referentes à legislação vigente e que opera acerca da saúde dos indivíduos desta faixa etária. A mesma encontra-se dividida da seguinte maneira: na introdução, delimitou-se o problema e os objetivos. O referencial teórico dedicou-se a entender os conceitos acerca da saúde do idoso, do envelhecimento e da qualidade de vida. No capítulo sobre o enquadramento metodológico, se explanou sobre o tipo de estudo, o universo e amostra. Falou-se, ainda, sobre o instrumento utilizado nesta dissertação, bem como os pressupostos metodológicos que dirigiram a pesquisa hermenêutica. Em seguida, foram descritos os dados colhidos com a pesquisa direta, ou seja, a aplicação dos questionários preenchidos pelas pacientes, bem como a parte qualitativa com entrevistas, onde algumas puderam ter uma opinião mais completa sobre o tema ora abordado. Posteriormente, apresentam-se as considerações finais. Nestas, buscou-se promover a comunhão entre teoria e prática avaliativa.

Palavras-chave: Fisioterapia. Saúde do Idoso. Qualidade de vida.

AMARAL, Marília da Luz Garcia. **Education and health - physical therapy as preventative element to the health of the elderly**. Lisbon, Portugal, 2013, 132 p. Master's Dissertation - Lusophone University of Humanities and Technologies-ULHT.

ABSTRACT

This dissertation aimed to the analysis of the concepts of users of physiotherapy activities as a tool in the prevention of elderly health. Specifically, we sought to observe the health education in physiotherapy as an element that helps prevent diseases, and promotes better quality of life of the elderly through educational methods. Furthermore, analyzing the applicability of health education on quality of life of the elderly researched, and evaluating issues relating to legislation in which operates on the health of individuals in this age group. Such dissertation is divided as follows: in the introduction, issue and objectives were delimited. The theoretical was devoted to understanding the concepts about the health of the elderly, aging and quality of life. In the chapter on the methodological framework, it was expounded on the type of study, the universe and sample. It was also talked about the instrument used in this dissertation, as well as the methodological assumptions that have led the hermeneutic research. Next, it have been described the data collected with the direct search, i.e., the application of questionnaires completed by patients, as well as the qualitative interviews, where some were able to have a more complete view on the discussed subject. Subsequently, we presented the concluding remarks. In these, we sought to promote fellowship between theory and evaluation practice.

Keywords: Physiotherapy. Health of the elderly. Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS

ADM – Amplitude de Movimento

ART. - Artigo

AVDs – Atividade de Vida Diária

AIVDs – Atividades Instrumentais de Vida Diária

CMS – Conselho Municipal de Saúde

DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EJA – Educação de Jovens e Adultos

EPS – Educação Popular de Saúde

SAGRES – Sistema e Gerenciamento e Recursos Públicos da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONGs – Organizações Não Governamentais

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNSI – Programa Nacional de Saúde do Idoso

PSF – Programa Saúde da Família

QV – Qualidade de Vida

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saùde da Família

WHO – World Health Organization

WHOQO L – World Health Organization Quality of Life

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO ----------13
1.1 IDENTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO TEMA ----------13
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO----------14
1.3 OBJETIVOS ----------15
1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO----------15

CAPÍTULO 2: SÁUDE CONCEITO E DELIMITAÇÕES ----------17
2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: BINÔMIO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL----------19
2.2 FISIOTERAPIA COMO PREVENÇÃO ----------23

CAPÍTULO 3: SAÚDE DO IDOSO – ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA---------- 28
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO (SUS) E O SUAS ESTRATÉGIAS EM SAÚDE ----------36
3.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) ----------39
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO ----------41
3.4 FISIOTERAPIA NA SAÚDE DO IDOSO ----------44

CAPÍTULO 4: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO ----------48
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA----------48
4.1.1 Tipologia da pesquisa ----------48
4.1.2 O campo empírico da pesquisa ----------50
4.1.3 Universo de abrangência e amostra da pesquisa realizada ----------52
4.1.4 Instrumentos ----------53
4.1.5 Tratamento dos dados ----------55

CAPÍTULO 5: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ----------58
PARTE1: QUESTIONÁRIO 1: AS PRIMEIRAS PERCEPÇÕES DO ESTUDO--------58
5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS SUJEITOS ----------56
5.2 CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE DE VIDA DOS SUJEITOS PESQUISADOS ---- ----------67

5.2.1 A percepção dos sujeitos da pesquisa sobre a saúde e a qualidade de vida e suas condições físicas de saúde ----------69

5.2.2 A percepção do sujeito da pesquisa sobre a influência da fisioterapia aos assuntos que se relacionam à saúde e à qualidade de vida ----------74

PARTE 2: QUESTIONÁRIO 2 – WHOQOL-BREF ----------78

PARTE 3: ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS COLHIDOS NA ENTREVISTA ---------- 101

CONSIDERAÇÕES FINAIS---------- 108

REFERÊNCIAS ---------- 112

APÊNDICES---------- I

APÊNDICE I: QUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO ----------I

APÊNDICE II: ENTREVISTA AO PACIENTE ---------- IV

APÊNDICE III: ENTREVISTA AO MÉDICO RESPONSÁVEL ---------- VII

ANEXOS ---------- VIII

ANEXO I -TERMO DE LIVRE E CONSENTIMENTO---------- VIII

ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE WHOQOL-BREF ---------- IX

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gênero ----------58
Gráfico 2: Distribuição dos participantes quanto a faixa etária (em anos)----------59
Gráfico 3: Distribuição quanto a procedência----------59
Gráfico 4: Distribuição dos idosos pesquisados segundo o estado conjugal ----------60
Gráfico 5: Arranjo familiar ----------61
Gráfico 6: Relação dos casados (as) que residem acompanhados de familiares ou sozinhos -61
Gráfico7: Relação dos viúvos (as) com quem residem ----------62
Gráfico 8: Relação dos Divorciados (as)/ desquitado(a)/separado(a) com quem residem-----62
Gráfico 9: Solteiros (as) que residem----------63
Gráfico 10: Grau de alfabetização do idoso ----------64
Gráfico 11: Distribuição do nível de alfabetização----------65
Gráfico 12: Responsável pela principal renda familiar ----------66
Gráfico 13: Distribuição das pessoas que não são os principais responsáveis pelo sustento familiar, mas que contribuem na renda familiar ----------66
Gráfico 14: Distribuição dos que necessitam de cuidados para o dia-a-dia----------67
Gráfico 15: Hábitos de vida- tabagismo ----------68
Gráfico 16: Hábitos de vida – bebida alcoólica ----------69
Gráfico 17: Auto observação sobre a saúde ----------70
Gráfico 18: Hospitalização no último ano ----------71
Gráfico 19: Histórico de quedas ----------72
Gráfico 20: Dados clínicos em relação à dor----------73
Gráfico 21: Local da dor ----------73
Gráfico 22: Intensidade da dor ----------74
Gráfico 23: Frequência das explicações da fisioterapia sobre assuntos relacionados à saúde ----------75
Gráfico 24: Comparação acerca da saúde antes e após o início de participação no grupo de fisioterapia ----------76
Gráfico 25: Opinião sobre o exercício fisioterapêutico como prevenção no aparecimento de outras doenças e/ou evolução de doenças já existentes----------77
Gráfico 26: Consideração acerca da fisioterapia----------78
Gráfico 27: Avaliação acerca da qualidade de vida ----------79
Gráfico 28: Satisfação com a saúde ----------80

Gráfico 29: Em que medida a dor (física) impede a realização dos afazeres que se precisa --81
Gráfico 30: Avaliação acerca da necessidade de tratamento médico para levar a vida diariamente----------82
Gráfico 31: Aproveitamento de vida em uma visão pessoal ----------83
Gráfico32: Medida em que tem Sentido a vida ----------84
Gráfico 33: Nível de concentração ----------85
Gráfico 34: Quão seguro se sentem em sua vida diária----------85
Gráfico 35: Quão saudável é o ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)----------86
Gráfico 36: Energia suficiente para o seu dia-a-dia ----------87
Gráfico 37: Aceitação da aparência física ----------88
Gráfico 38: Dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades pessoais----------89
Gráfico 39: Disponibilidade de informações para o dia-a-dia ----------90
Gráfico 40: Nível de oportunidade de atividades de lazer ----------91
Gráfico 41: Capacidade de locomoção----------92
Gráfico 42: Satisfação com o sono ----------92
Gráfico 43: Satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia---------93
Gráfico 44: Satisfação com a capacidade para o trabalho ----------94
Gráfico 45: Satisfação pessoal ----------95
Gráfico 46: Satisfação com as relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas) ---95
Gráfico 47: Satisfação com a vida sexual----------96
Gráfico 48: Quão satisfeito estão com o apoio recebido dos amigos ----------97
Gráfico 49: Quão satisfeito estão com as condições de moradia ----------98
Gráfico 50: Quão satisfeito estão com o acesso aos serviços de saúde----------99
Gráfico 51: Quão satisfeito estão com o meio de transporte---------- 100
Gráfico 52: Com que frequência tinha sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão ---------- 100

INDICE DE TABELAS

Tabela 01: Análise qualitativa das entrevistas ás idosas no campo empírico ----------101
Tabela 02: Análise qualitativa da entrevista ao médico no campo empírico ----------104

LISTA DE FIGURAS

Figura1: Gráfico IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios----------29
Figura 2: Gráfico Censo Demográfico 1940-2000 ----------32
Figura 3: Modelo de qualidade de vida na velhice ----------34

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO TEMA

Educação e Saúde são áreas indissociáveis. É neste cenário desafiador que se estimula a comunicação entre os saberes e as suas práticas, de tal maneira que a junção destas áreas se firma em um processo que requer a visão de distintas ciências, abrangendo também a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana.

Segundo estudos de Teodoro (1997); Mendes (1999); Nakatani (2000), a educação em saúde, sendo praticada cotidianamente, pode influenciar na conscientização, interferindo diretamente na melhoria da saúde de um determinado público, aqui colocada como qualidade de vida.

Assim, a educação em saúde pode ser vista como fator de promoção e proteção à saúde e estratégia para a conquista dos direitos de cidadania. Sua inclusão no currículo responde a uma forte demanda social, num contexto em que a tradução da proposta constitucional requer o desenvolvimento da consciência sanitária da população e da integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais devam articular políticas e ações que culminem com na melhoria das condições de vida da população e na oferta de serviços essenciais aos seres humanos, para que o direito à saúde seja encarado como prioridade e, somente assim, possa atender aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS (MACHADO et. al., 2007).

A promoção da Saúde tenta resgatar um dos principais objetivos da Saúde Pública, ou da saúde coletiva, tendo como meta não apenas afastar a doença do indivíduo, mas tomar como seu objetivo fundamental a atuação sobre os determinantes das doenças.

A prevenção, especificamente na saúde, é considerada como ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença, ou seja, as ações preventivas são intervenções e/ou orientações tendo como propósito evitar o surgimento de doenças e reduzir o risco de enfermidades degenerativas ou outros agravos específicos, reduzir sua incidência e prevalência nas populações, e promover o controle da transmissão de doenças infecciosas. Os projetos de prevenção e de educação em

saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (LEAVELL & CLARCK, 1976).

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento. Analisando-se de forma proporcional tem-se que a faixa etária de 60 anos ou acima disto é a que mais cresce. É necessário entender que o trabalho dentro da saúde do idoso, especificamente, exige a reorientação dos serviços de saúde e quanto maior for o acesso aos bens e serviços da sociedade, maior será a qualidade de vida no processo de envelhecimento.

A Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudo é o movimento corporal. Utiliza-se de conhecimentos e recursos próprios com os quais se busca promover, tratar e recuperar a saúde do paciente, considerando as condições sociais psíquicas, físicas e mentais. Essa ciência tem hoje um papel marcante no aspecto social, pois atua em todos os níveis de atenção à saúde: promoção e prevenção, cura e reabilitação. Na área da educação em saúde, atua na esfera social, com orientações para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (biopsicossociais), apresentem, temporária ou definitivamente, dificuldades de inserção e participação na vida social (MORIM, 2000).

A fisioterapia aplicada à saúde do idoso está inserida desde a prevenção até a reabilitação. Dentro do contexto preventivo, o fisioterapeuta que atende a pessoa idosa, antes de mais nada, necessita ter uma visão prevencionista e, lançando mão de conhecimentos e recursos próprios, baseando-se das condições biopsicossociais, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo às suas limitações, bem como contribuir para uma vida mais saudável, promovendo uma melhor qualidade de vida.

Diante do exposto é possível definir a questão - problema desta pesquisa:

__ O profissional da fisioterapia é capaz de influenciar, através de atividades educativas, ações preventivas que estejam diretamente ligadas à saúde e qualidade de vida do idoso?

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

A saúde do idoso é um dos temas mais discutido e pesquisado atualmente pela saúde mundial, haja vista a sua importância, uma vez que a população mundial está, cada vez mais, atingindo níveis de envelhecimento prolongado.

É também essencial um trabalho de aplicabilidade das políticas públicas à saúde do idoso para que se obtenha uma melhor qualidade de vida, trabalho esse que a fisioterapia tenta

realizar junto com a equipe de outros profissionais de saúde, razão pela qual suscitou-nos a curiosidade de realizar uma investigação dentro desta temática, tendo como objeto de estudo a fisioterapia com prevenção à saúde do idoso.

A formação do Curso de Fisioterapia nos permitiu o ingresso no quadro de funcionários da saúde de um município, na qualidade de fisioterapeuta. Foi um momento de dificuldades, mas também de muito aprendizado e de aquisição de experiências, dadas as premissas de um trabalho antes nunca desenvolvido neste município.

1.3 OBJETIVOS

As supracitadas experiências somadas aos conhecimentos adquiridos no decorrer do Curso de Especialização com acesso ao Mestrado em Ciências da Educação, bem como o acompanhamento das novas políticas educacionais impostas à educação brasileira suscitaram o desejo de investigar sobre o seguinte problema formulado em termos de Pergunta de Partida, já formulada anteriormente:

- *O profissional da fisioterapia é capaz de influenciar, através de atividades educativas, ações preventivas que estejam diretamente ligada á saúde e qualidade de vida do idoso?*

O objetivo geral norteador da nossa pesquisa foi avaliar o trabalho fisioterapêutico como elemento preventivo à saúde do idoso em um município nordestino. Procuramos como objetivos específicos desta pesquisa:

- Analisar um referencial teórico sobre a educação em saúde na melhoria da qualidade de vida dos idosos;
- Observar a educação em saúde promovida pela fisioterapia, como elemento preventivo na saúde do idoso promovida por um município nordestino;
- Identificar o fisioterapeuta como ator de influencia no processo de prevenção, através da educação em saúde do idoso;
- Analisar a aplicabilidade da legislação vigente inerente a saúde do idoso.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A apresentação desta dissertação está distribuída em quatro capítulos divididos da seguinte forma:

Na parte introdutória foi possível delimitar o problema e os objetivos que nortearam a pesquisa.

Após foram elaborados os capítulos dois e três, nos quais foram delineados o referencial teórico acerca da saúde, conceitos e delimitações e, em seguida, a saúde do idoso, envelhecimento e qualidade de vida.

Em seguida, no quarto capítulo foram explicados o enquadramento metodológico, tipologia, universo, amostra e instrumento utilizados nesta, bem como os pressupostos metodológicos que dirigiram a pesquisa hermenêutica.

O quinto capítulo foi destinado à descrição dos dados dos questionários aplicados no campo de pesquisa e análise de entrevista a idosos e ao médico.

Seguem as considerações finais, e, referências bibliográficas utilizadas na pesquisa teórica, constituída de livros, artigos científicos, dissertações, teses, legislações e demais documentos consultados.

Em apêndice encontram-se as entrevistas aplicadas aos componentes da pesquisa e em anexo, encontram-se as fotos do trabalho realizado pela fisioterapia e, em apêndice, encontra-se os termos de consentimento.

CAPÍTULO 2

SAÚDE: CONCEITO E DELIMITAÇÕES

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o conceito de saúde pode ser definido como: "saúde é o estado completo de bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença". Para a OMS, a saúde será determinada por um conjunto de fatores como herança genética, desempenho pessoal, realidade social e as ações do poder público. Porém o ser humano não estará em um estado total de saúde nem totalmente doente, ele dependerá de suas potencialidades e seu estilo de vida. Interferir no processo saúde/doença não é algo que possa ser delegado, é necessário a participação da sociedade, do poder público e dos profissionais de saúde responsáveis principais dos resultados de suas próprias ações (BRASIL, 2009).

Originado na década de 1980, no Canadá, o conceito de vida saudável norteia projetos que estão se desenvolvendo em várias partes do mundo. Sua incorporação pela Organização das Nações Unidas considera que uma vida com saúde precisa ter:

- A *biologia humana*, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;

- O *meio ambiente*, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;

- O *estilo de vida*, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;

- A *organização da assistência à saúde*. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades (SCLIAR, 2007).

A Constituição Federal de 1988 afirma que:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1998: art.196).

No Brasil, na última década, vem se incorporando progressivamente à cultura e à legislação a concepção de que saúde é direito de todos e dever do Estado. Entretanto, as políticas públicas para o setor favorecem a cultura de que a saúde se concretiza mediante o acesso a serviços, particularmente ao tratamento médico. A implementação de modelos centrados em hospitais, em consultas médicas e no incentivo ao consumo abusivo de medicamentos vem resultando, historicamente, numa atenção à saúde baseada principalmente em ações curativas, desencadeadas apenas quando uma doença já está instalada e o indivíduo precisa de socorro. Um passo importante foi dado ao se promulgar a Constituição de 1988, que prevê a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos usuários por meio da participação popular nas Conferências e Conselhos de Saúde.

A saúde, estando como pilar na vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora das mudanças e evoluções em que a sociedade vem mostrando. Nos últimos anos foi dada uma maior importância para este tema, tornando-se cada vez mais necessário atentar para os problemas sanitários e reduzir a vulnerabilidade ao adoecer, tentando minimizar as chances de incapacidade, de sofrimento por um período longo e de morte prematura da população, garantindo acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A sociedade hoje já dispõe de altas tecnologias que podem melhorar e aumentar a qualidade de vida do indivíduo. Porém, inúmeras enfermidades às vezes não estão ao alcance das tecnologias, dependendo, também, do potencial genético do indivíduo para o inevitável risco de vida. Diante desta situação, os serviços de saúde desempenham um papel de suma importância, os quais tentaram garantir o melhor atendimento, intervindo na prevenção, na cura ou na reabilitação e na minimização do sofrimento de pessoas dessas pessoas portadoras de enfermidades ou de deficiências (BRASIL, 2009).

Portanto, promover saúde é uma estratégia que visa diminuir os mecanismos potencializadores desta vulnerabilidade, com a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

Na realidade, todas as experiências que tenham reflexos sobre as práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde serão, de fato, aprendizagens positivas, até porque não se trata de persuadir ou apenas de informar, mas de fornecer elementos que capacitem sujeitos para a ação com objetivo único de melhorar a saúde de toda população (BRASIL, 2006).

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: BINÔMIO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Educação em Saúde pode ser definida como um conjunto de estratégias (saberes e práticas) fundamentais, entendida de forma globalizada e não somente como um momento que antecede à doença, mas para sua prevenção e promoção da saúde.

Antes de qualquer discussão sobre promover a saúde através da educação em bem-estar, há de se convir que é necessário o entendimento do processo saúde-doença considerando-o como resultante de determinada vivência social e influências diversas, como fatores ligados à instrução, a exemplo de cultura, comportamentos, intelectualidade, escolaridade e, ainda, ligados ao ambiente, como saneamento, acesso ao transporte, moradia, água potável e, por fim, o aspecto econômico e seus próprios conhecimentos de vida saudável (BUSS, 2003).

Em uma breve retrospectiva histórica, a educação em saúde no Brasil teve seu primeiro momento de aparição por volta do século XIX, em virtude das epidemias de varíolas, pestes, febre amarela, tuberculose, entre outras, que apresentavam influência na economia de exportação, dando início às primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde. Tais práticas eram voltadas para as classes menos favorecidas, sendo impostas normas e medidas de saneamento. Neste fluxo, historicamente destaca-se um acontecimento sanitário liderado pelo saudoso Osvaldo Cruz, que iniciou um processo de vacinação compulsória e vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres, com a finalidade de controlar a disseminação de doenças. O modelo tradicional em saúde era considerado hegemonicamente, ou seja, colocando a doença e a intervenção curativa como centro do processo saúde-doença. A principal crítica a este modelo de educação está nos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde, não considerando os comportamentos orientados por crenças, valores, representantes de formas outras de saber (SMEKE & OLIVEIRA, 2001; CHIESA & VERÍSSIMO, 2003).

A partir da década de 1940, algumas transformações começam a ser verificadas no campo da educação em saúde, na medida que começam a dar importância ao envolvimento dos profissionais e usuários no processo educativo. No início da década de 1960, com a implantação da Medicina Comunitária, verifica-se a necessidade da participação da comunidade como solução de alguns problemas de saúde vivenciados por eles. Os determinantes sociais desses problemas, contudo, não eram levados em consideração. Durante o regime militar, o campo da educação em saúde permaneceu inexpressivo em virtude da limitação dos espaços institucionais para sua realização e verificou-se uma expansão dos serviços médicos privados e da medicina curativa, em detrimento dos serviços de atenção preventiva.

Vasconcelos (2001) admite que durante o período houve uma insatisfação da comunidade, dando ênfase para os movimentos sociais se manifestarem. Neste contexto, foram repensadas as propostas feitas por Paulo Freire buscando romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. Destacou-se nesse sentido, o movimento da Educação Popular que levou assistência às classes populares, integrados aos projetos mais amplos e constituindo elementos estruturantes e fundamentais para a saúde no Brasil.

O modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como modelo mais próximo da realidade que deseja o Ministério da Saúde (MS), tendo o diálogo como instrumento essencial (SMEKE & OLIVEIRA, 2001; CHIESA & VERÍSSIMO, 2003).

De acordo com Briceño - Léon (1996), em um modelo dialógico e participativo, todos, integrantes do processo (profissionais e usuários) atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados. O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes capacitando os indivíduos para promoverem e recuperarem a saúde.

Por esses motivos, o modelo dialógico tem possibilitado o fortalecimento e confiança nos serviços, bem como mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, sendo visto não como imposição de autoridades, mas como construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos do processo saúde-doença-cuidado.

A partir da década de 1970, dentre vários movimentos que aconteceram nesta época, citamos a Educação Popular de Saúde (EPS), movimento iniciado a partir da insatisfação de profissionais de saúde e de usuários de periferias e de regiões rurais dos municípios.

Logo, tal movimento favoreceu a aproximação das classes populares com os serviços de saúde, bem como o processo de compreensão do adoecimento e cura através da sabedoria popular, levando os profissionais de saúde a buscarem a reorientação de suas práticas com a finalidade de enfrentar de forma mais global os problemas de saúde identificados na realidade da região, rompendo, assim, com a verticalidade da relação profissional.

Nesta época, houve um movimento que mudou a concepção de educação em saúde. Tal processo foi resultado da participação de trabalhadores da saúde nas experiências de Educação popular, trazendo uma nova visão de cultura e relação com as classes populares que representou a ruptura da tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde. Foi a partir daí que se deu a organização do movimento de Educação Popular em Saúde.

Em função deste resultado, pode-se dizer que a EPS é mais que uma atividade a ser realizada pelos serviços de saúde, mas uma estratégia de orientar e valorizar as práticas de saúde (VASCONCELOS, 2001).

Há inúmeras diferenças entre a EPS e a proposta tradicional de educação em saúde. Na primeira perspectiva, a prática não é entendida como um simples ato de fazer as pessoas mudarem seus hábitos de vida considerados prejudiciais, mas atua na proposta de facilitar a busca da compreensão das raízes dos problemas de saúde da população inserida neste contexto buscando a solução para esses problemas. Sob esse ponto de vista, se reconhece a importância do saber popular e suas estratégias de sobrevivência somatizada com o diálogo, ocorrem constante troca entre o saber científico e o saber popular, onde ambos ensinam e aprendem (VASCONCELOS, 1997).

Na atuação básica da saúde, o profissional necessita compreender que suas ações isoladas não atingem a coletividade. Além disso, precisa atuar tendo como meta não apenas a cura ou reabilitação de doenças, mas deve pensar na promoção e manutenção da saúde , que, por sua vez, engloba um mundo de outros fatores como moradia, emprego, alimentação, lazer e alteração de relações de trabalho.

Há basicamente duas opções para o profissional atuar nos serviços públicos de saúde. A primeira opção é deixar-se levar por idéias de que os problemas de saúde são muito grandes, com poucos recursos disponíveis, não lhe cabendo a preocupação, de modo que só lhe resta a acomodação. Outro caminho é compreender que a extensão dos problemas que acometem a saúde das populações requer profissionais engajados e comprometidos com suas práticas, e que o encaminhamento desses problemas aponta para uniões com a população no

sentindo de lutar por melhorias de suas condições de vida e saúde. É nessa segunda opção que há um espaço fértil para a Educação Popular.

A educação em saúde não visa adequar as pessoas às normas de higiene e limpeza, mas participar ativamente e somar esforços para a organização dos serviços, a fim de abrir caminhos para a conquista da liberdade e de seus direito (VASCONCELOS, 1997).

Muitos profissionais de saúde utilizam apenas o saber científico desprezando a sabedoria popular não levando em consideração a dimensão socioeconômica cultural do sujeito, tornando o processo educativo mais lento e não tão eficaz, uma vez que a realidade concreta em ele faz parte não se torna importante (VASCONCELLOS, 2004; VALLA, 2000).

Buss (2003) afirma que a educação em saúde deve ser iniciada também dentro do setor familiar, escolar ou na comunidade. Esta afirmação encontra-se presente na I Conferência Internacional sobre promoção da saúde em 1986, que resultou na Carta de Ottawa e realizou um resgate acerca da dimensão da educação em saúde, um processo de capacitação através de aquisição de conhecimentos e promoveu a consciência sociopolítica.

Hoje, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, propõe que haja uma educação permanente no trabalho, uma forma de promoção do diálogo entre o usuário e a equipe de saúde, articulando prevenção e assistência para o atendimento ampliado às necessidades de saúde de sua realidade para a população em todos os serviços de saúde (SILVIA, OGATA & MACHADO, 2007).

Atualmente, a formação universitária ainda tem um modelo de trabalho na saúde predominantemente curativo e reabilitador, esquecendo que a prevenção é a melhor forma de proteção de doenças e promotora de saúde, dificultando a integralidade da atenção, em que as ações de saúde tanto propõem em suas diretrizes (BRASIL, 2003).

Segundo a OMS, a educação em saúde é objetivada em ajudar as pessoas, individualmente ou em grupo, a desenvolver seu desejo de saúde, ao conscientizar seus problemas de saúde pessoais, particulares, profissionais e sociais, a absorver o conhecimento indispensável, e, através do aconselhamento e encorajamento necessários, aprender a forma de aplicar este conhecimento e, com isso, ajudar as pessoas a conseguirem saúde através de sua própria ação e esforço (ALBIERO et. al., 2005).

A educação em saúde hoje está voltada para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos. Esta deve ser desenvolvida por todos os profissionais em seus contatos com indivíduos sadios ou doentes, conforme definição de suas atribuições básicas.

Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade às intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família.

As práticas educativas em saúde devem levar em consideração os saberem mútuos, ou seja, a construção compartilhada de saberes, potencializando, dessa forma, a interação entre profissional e usuário de saúde. Diante disto, as ações educativas assumem um novo caráter, mais próximo ao princípio proposto pelo Programa Saúde da Família (PSF), que é um atendimento de forma integral e humanizada visando transformar a realidade social e política do usuário, tornando o sujeito passivo em participante ativo. Assim, é fundamental que a educação em saúde não seja apenas uma transmissão de conhecimentos previamente adquiridos, e sim, uma forma de educar o sujeito em sua realidade e totalidade, buscando conhecimentos e um projeto de vida libertador para todos os participantes deste processo (PEDROSA, 2003).

Portanto, todas as experiências que tenham reflexos sobre as práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde serão, de fato, aprendizagens positivas, até porque não se trata de persuadir ou apenas de informar, mas de fornecer elementos que capacitem sujeitos para a ação.

2.2 FISIOTERAPIA COMO PREVENÇÃO

O Termo prevenir tem como significado “Impedir que se execute ou que aconteça” (FERREIRA, 2009).

Segundo Leavell & Clarck (1976), a prevenção é dada a uma ação antecipada, baseada em um conhecimento prévio a fim de evitar o surgimento da doença em sua incidência e prevalência com o objetivo de controle da transmissão de doenças infecciosas e de redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos.

Os conceitos relacionados com a prevenção de doenças não se distinguem claramente na prática do setor saúde. As práticas de prevenção de doenças fazem uso do conhecimento técnico e científico específico do campo da saúde. As intervenções podem ser feitas através de procedimentos médicos, bem como mudanças de estilo de vida, informações à comunidade, entre outros (FLORIN & BASHAM, 2000).

Ao longo das duas ou três ultimas décadas conseguiu-se demonstrar que a grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis como às não transmissíveis – são possivelmente previsíveis. Tais evidências são demonstradas através da mortalidade por doenças coronarianas, acidentes vasculares encefálicos, câncer de pulmão, boca e fígado provenientes do consumo de álcool e fumo, que poderiam ser evitadas tanto em termos sociais como econômicos (NICHOLLS, 1998).

Cuidados primários dizem respeito aos principais problemas de saúde da comunidade, por meio dos quais são proporcionados serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

De acordo com Leavell & Clarck (1976), a prevenção pode ser dividida em três partes:

- A prevenção primária é a realizada no período de pré-patogênese, ou seja, antes da doença se instalar. É neste nível que a promoção da saúde aparece definida como estratégias para uma saúde de boa qualidade. Um segundo nível da prevenção primária seria a proteção específica contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente, através de vacinas e outras formas de profilaxia;

- A prevenção secundária também apresenta-se em dois níveis: o primeiro, diagnóstico e tratamento precoce e o segundo, limitação da invalidez.;

- A prevenção terciária diz respeito a ações de reabilitação.

Mudanças de comportamento dependem do conhecimento dos fatores de risco, dos modos culturais de comportamento, do apoio de familiares e amigos e da orientação de profissionais de saúde (STACHENKO, 1998).

Portanto, o ponto principal do trabalho preventivo que é, no momento do encontro, do usuário com o profissional de saúde, se possa identificar o meio de realizar tais ações.

Esses profissionais de saúde são fonte legítima de informações não somente sobre as doenças mais na explanação dos fatores. A melhoria da prestação de serviços preventivos exige estratégias múltiplas centradas em todos os participantes do processo a afim de um só objeto que é a saúde de todos.

A fisioterapia como parte importante da chamada "área de saúde" sofreu muitas oscilações no decorrer da história, mas suas primeiras definições foram dadas por volta da década de cinquenta. Nesse período, a incidência de poliomielite atingia índices alarmantes, como consequência, a quantidade de indivíduos portadores de sequelas motora e que

necessitava de uma reabilitação para a sociedade" era muito grande (REBELATTO & BOTOMÉ, 1999).

O Fisioterapeuta hoje é o profissional de Saúde, com formação acadêmica superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais, a prescrição das condutas fisioterapêuticas, sua ordenação e indução no paciente, bem como, o acompanhamento da evolução do quadro funcional e a sua alta do serviço (CREFITO 3, 2009).

Na Saúde Coletiva, a fisioterapia tem como atribuição principal a educação, prevenção e assistência fisioterapêutica da comunidade no âmbito da atenção primária em saúde. Em relação às atribuições específicas na saúde coletiva, incluem-se: Programas institucionais, ações básicas de saúde, fisioterapia do trabalho e vigilância sanitária (CREFITO 3, 2009; DELIBERATO, 2002).

O fisioterapeuta que atua na saúde do idoso deve, antes de mais nada, possuir uma visão prevencionista, pois muitos problemas de saúde que afetam potencialmente os idosos podem ser evitados através de um trabalho preventivo. É necessário o conhecimento das alterações biológicas e psicológicas, bem como alguns fenômenos de caráter social, para que se possa estruturar e desenvolver programas adequados para esta população. Dentre todos os grupos etários, os idosos são aqueles que apresentam o maior risco de morbidade e de mortalidade+. Ao atingir a faixa etária de 60 anos, a expectativa de vida média é de 14,5 anos para os homens e 18,6 para as mulheres, e medidas preventivas podem fazer com que ocorra melhora da qualidade de vida, podendo atingir 80 anos de idade ou mais em condições satisfatória (DELIBERATO, 2002).

Na saúde preventiva, o fisioterapeuta atua de forma educativa realizando palestra, diálogos informativos, participação em campanhas e incentivando aos bons hábitos de saúde (como sono, alimentação, lazer, higiene), bem como promovendo atividades físicas de cunho preventivo às futuras complicações de saúde. Neste nível de prevenção, o fisioterapeuta se manifesta na assistência precoce inviabilizando, na maioria das vezes, agravos que possam causar internações hospitalares ou quedas nas condições gerais de vida (como infecção respiratória, crises hipertensivas, piora do grau de dor, entre outras) bem como perda da qualidade de vida (ALBIERO et. al, 2005).

Bispo Junior (2010) reafirma que algumas limitações da capacidade funcional apresentam maiores probabilidades de surgimento nessa população específica, como, por exemplo, doenças relacionadas aos aparelhos cardiocirculatório e musculoesquelético.

Doenças de aspectos cerebrovasculares também participam dessas limitações, uma vez que, quase sempre deixam sequelas que levam à limitações da locomoção humana ou incapacidade física, além de apresentarem altos índices de óbitos. Devido a isso e outros aspectos, a saúde da população idosa merece, de fato, uma atenção especial, em virtude da longevidade trazer consigo limitações na funcionalidade do aparelho locomotor, restringindo a deambulação e marcha dos idosos. Essa situação torna-se digna de ser monitorada, visto que a restrição à mobilização dos idosos ou o confinamento no leito apresentam-se como fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de outras doenças.

Nesta fase primária de prevenção, são necessárias medidas para impedir o aparecimento de condições mórbidas; na prevenção secundária, o importante é se preocupar em impedir ou retardar a progressão de um problema já existente e, somando-se a esses dois tipos, acrescenta-se a prevenção terciária, que procura reduzir o desconforto, a incapacidade e a dependência. O mapeamento bem sucedido de tais medidas pode não diminuir necessariamente a mortalidade, assim como a prevenção nem sempre contribui para diminuir os gastos públicos, porém se a meta é prevenir ou minimizar as doenças e incapacidades que ocorrem com o envelhecimento, quanto mais precocemente forem iniciadas, mais rapidamente se chegará ao desejado (CARVALHO FILHO & PAPALÉO NETTO, 2006).

Uma das grandes preocupações especificamente na saúde do idoso está relacionada às tendências de queda.

As quedas podem ser definidas como momentos de desequilíbrios por uma insuficiência súbita do controle postural, que envolve problemas biológicos, psicológicos ou sociais, estando entre as grandes síndromes geriátricas e sendo causadora principal dos acidentes em idoso. Essas quedas levam a graves consequências, como fraturas, principalmente, as de quadril, perda da confiança para caminhar, medo de cair novamente, ansiedade e depressão, formando, assim, um ciclo vicioso, pois a restrição às atividades normais de vida levam à diminuição da força muscular, enfraquece os MMII (membros inferiores) e causa, muitas vezes, a dependência e isolamento.

Os objetivos da fisioterapia preventiva, especificamente no caso da prevenção de quedas, são eliminar ou, pelo menos, minimizar as causas das quedas, evitar quedas futuras, restabelecer a segurança e a auto-estima, evitar o decúbito prolongado, promover a reeducação funcional, melhorando a força e o equilíbrio e a promoção de orientação como: controle médico regular, lembretes para dias de vacinas específicas dos idosos, adequação

domiciliar - como retirar tapetes ou fixá-lo, barras de suporte no banheiro, entre outras (DELIBERATO, 2002).

CAPÍTULO 3

SAÚDE DO IDOSO: ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

A humanidade está passando por um processo de mudança populacional, trazendo consigo grandes desafios. Este processo é conhecido como Transição Demográfica, e é causado por diferentes fatores como diminuição da fecundidade explicado pela utilização de métodos contraceptivos, acesso ao sistema de saúde para o adequado planejamento familiar, principalmente nas regiões pobres, e pela redução de número de filhos como resposta da família ao processo de urbanização, diminuição da mortalidade infantil e mortalidade em idades avançadas (a esperança de vida cresceu para 4 anos para os homens e 6,38 anos para as mulheres). Esse contínuo crescimento irá assegurar o "agrisalhamento" da população mundial e os aspectos sociais e econômicos serão atingidos diretamente em todo o mundo, transformando uma população jovem e madura em uma sociedade cada vez mais envelhecida (JORDÃO NETO, 1997).

Até a Revolução industrial, a fome era de situação igual em muitos países pelo mundo, a falta de infra-estrutura era ainda de características urbanas, e havia uma taxa elevada de mortalidade infantil. Nesta época, as doenças infecciosas levaram uma parcela de responsabilidade pelos óbitos, como diarreias, pneumonias e tuberculose, mesmo em países desenvolvidos. Essa taxa absurdamente alta foi diminuindo após a revolução devido aos grandes avanços da medicina, melhorando as condições médico-sanitárias, impulsionadas, principalmente, pela urbanização e desenvolvimento das cidades e, em outro momento, a incorporação de antibióticos, vacinas também contribuíram, elevando, assim, a expectativa de vida (CARVALHO FILHO & PAPALÉO NETTO, 2006).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o período de 1975 a 2025 é considerado era do envelhecimento e nos mostra também que a previsão para 2025 é de que haverá cerca de 34 milhões de cidadãos com 60 anos ou mais e até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% em países em desenvolvimento. Vale salientar que tal perfil populacional faz com que aumente, em um contexto de desigualdades regionais e sociais, a procura pelos serviços de saúde e os idosos não encontraram amparo adequado no sistema público de saúde, prevalecendo o surgimento de doenças crônico-degenerativas, principalmente as que levam a

incapacidade e dependência perdendo a autonomia e afetando a qualidade de vida (CHAIMOWICS, 1997).

Segundo o IBGE, em 2008, o Brasil tinha 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, superando a população idosa de vários países europeus, como a França, a Inglaterra e a Itália (entre 14 e 16 milhões) de acordo com as estimativas da ONU para 2010. Entre 1998 e 2008, a proporção de idosos (60 anos ou mais) aumentou de 8,8% para 11,1% e na Paraíba representavam mais de 10% da população (figura 1):

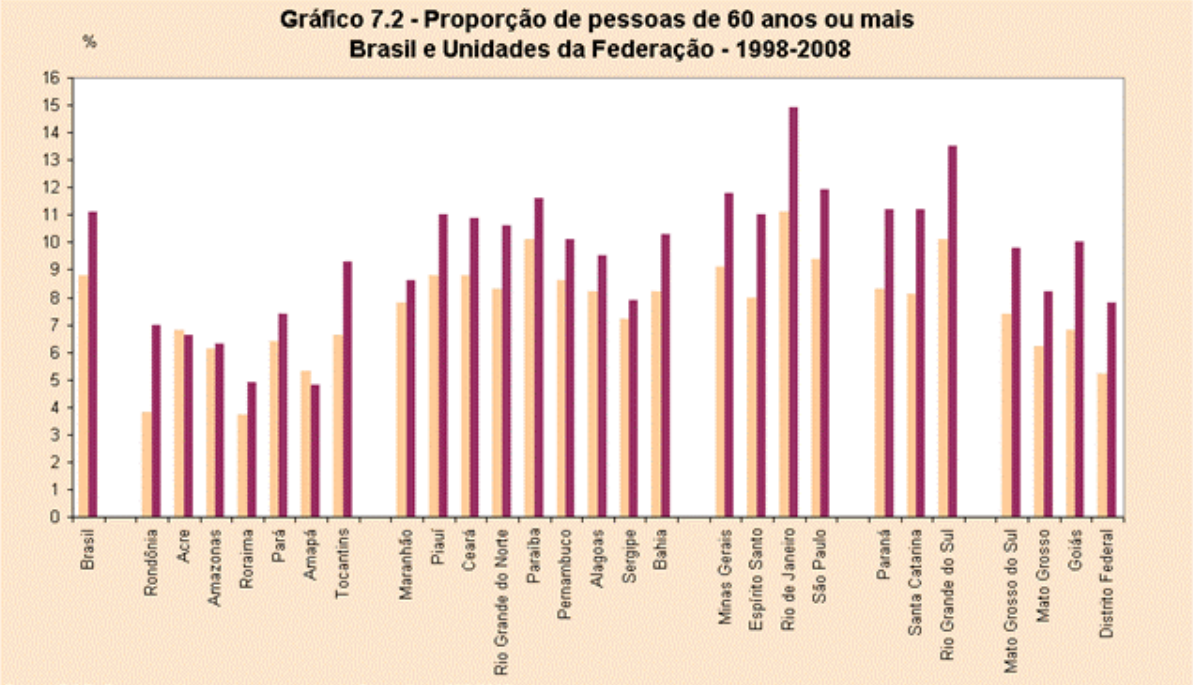


Figura1: Gráfico IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Fonte: IBGE (2009)

Embora a idade cronológica não seja um indicador preciso para as modificações que o acompanham, visto que existem variações importantes relativas ao estado de saúde, participação e independência, os 60 anos são considerados marco inicial do envelhecimento para países em desenvolvimento como o Brasil (OPAS, 2005).

Todo esse processo de envelhecimento populacional que se está vivenciando não é exclusividade do Brasil. De fato, o mundo está envelhecendo, embora de maneiras heterogêneas, essa realidade acontece tanto nos países industrializados quando nos países em desenvolvimento (CARVALHO FILHO & PAPALÉO NETTO, 2006).

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento para Melo et. al., (2010) é:

> [...] descrito como um estágio de degeneração do organismo, que se iniciaria após o período reprodutivo. Essa deterioração, que estaria associada à passagem do tempo, implicaria uma diminuição da capacidade do organismo para sobreviver (sem indicação de página).

O processo de envelhecimento traz consigo várias alterações fisiológicas, como a progressiva atrofia muscular, fraqueza funcional, descalcificação óssea, aumento da espessura da parede de vasos, aumento do nível de gordura, diminuição da capacidade coordenativa, dentre outras. Problemas esses que, em sua maioria, têm seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida ativo. Ao considerar o envelhecimento do ser humano em particular, é primordial distinguir o que é consequência deste processo natural do que é secundário a este estado mórbido que é frequente nessa fase da vida. Podemos dizer que às alterações orgânicas, morfológicas e funcionais do corpo humano no processo natural de envelhecimento dá-se o nome de senescência, e chama-se senilidade as modificações determinadas pelas afecções adquiridas que comprometem os indivíduos idoso.

Tal diferenciação, em algumas situações, pode ser muito difícil de acontecer. Um exemplo deste caso e quando observadas, durante o envelhecimento, as placas senis e a ateriogênese, que, se exacerbadas, frequentemente caracterizam-se, respectivamente, por doença de Alzheimer e a aterosclerose. Outro exemplo, seria uma redução da reserva homeostática dos vários sistemas orgânicos, pois ela é progressiva, variável entre os indivíduos e, também, não uniforme no que diz respeito às funções de cada órgão ou sistema de um mesmo indivíduo, assim, a alteração funcional de um determinado órgão não é obrigatoriamente sinal de envelhecimento do organismo em seu todo.

Carvalho Filho & Papaléo Netto (2006) dizem que:

> Em vista do decréscimo da capacidade fisiológica existente em pessoas idosas, alguns fisiologistas definem o envelhecimento como a soma total de todas as alterações que ocorrem no organismo vivo e que acarretam declínio funcional e morte (p. 44).

Embora o momento em que se dá o início do envelhecimento seja muito debatido, a maioria dos autores admitem que seja aproximadamente ao final da segunda década perpetuando ainda por mais uma década, que é quando começam a surgir as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais próprias dessa etapa da vida.

Rebelatto & Morelli (2004) comentam que a preocupação com a promoção da saúde surge dos tempos mais longínquos e é tão velha quanto a civilização. O mesmo pode se aplicar no sentido da qualidade de vida, embora seja recente nas discussões médicas, nas ciências sociais e na psicologia. O medo e a negação da velhice, associados às aspirações individuais e coletivas, retardam seu início e a necessidade de manter a saúde, a

funcionalidade e a aparência jovem, disfarçando as características senis, retardam a preocupação com a promoção da boa qualidade de vida na velhice.

A diversidade de definições é muito variada, o que não permite que seja possível chegar a um senso comum acerca do conceito de qualidade de vida (QV). Pensando nisso, através de varias pesquisas em diversos trabalhos, a OMS, através da divisão de Saúde Mental, definiu a qualidade de vida como:

> [...] é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO).

É importante ressaltar que a longevidade e a maior expectativa de vida estão ligadas a outros fatores como estilo de vida. Alguns fatores como o estresse, o álcool, a obesidade implicam indiretamente em mais da metade de mortes dos idosos. Em uma comparação, o meio ambiente é responsável por 20% de óbitos, a herança genética por 17% e a falta de assistência médica somente por 10%.

Saldanha & Caldas (2004) enfatizam que o envelhecimento traz consigo também vários problemas sociais e econômicos. Um exemplo é a perda econômica trazida pela aposentadoria que, em muitos casos, provoca o sentimento de baixa autoestima e desqualificação profissional, retirando sua marca daquilo que foi seu por um longo período de sua vida.Todo esse preconceito tem sua origem a partir de um sistema capitalista que supervaloriza o trabalho e que vê na aposentadoria uma perda do valor antes reconhecido. Porém, nem para todos o trabalho é motivo de realização pessoal; para muitos, o trabalho é considerado mais uma obrigação do que fonte de lazer e gratificação.

No campo familiar, esse sentido de perda muitas vezes está aliado à solidão, pois, em vários casos, os filhos já têm vida própria, a casa é vazia e há, ainda, a situação de viuvez. A relação afetiva com seus entes é um dos principais fatores de desequilíbrio e bem-estar para os que estão nesta etapa de vida. Ressaltamos também que, em grande parte, as mulheres são bastante afetadas, uma vez que o sexo feminino vive mais que os homens, ou seja, enfrentam mais a viuvez. A fragilização pelo luto e a dificuldade de recomposição e reconstrução da vida afetiva nesta faixa etária podem estreitar a socialização e agravar, muitas vezes, debilidades físicas e emocionais, pois reforçam o sujeito a se conformar com a morte.

As preocupações centrais que giram em torno da terceira idade em relação à qualidade de vida são: a independência e autonomia, a continuidade dos papéis sociais por eles exercidos até então, a aceitação e envolvimento social com novos integrantes desta nova

etapa, o conforto e a segurança ambiental, a qualidade de vida das instituições, a presença de condições econômicas que permitam uma vida digna, a disponibilidade de serviços de saúde, o apoio formal e informal aos idosos portadores de doenças e incapacidades e as políticas sociais dirigidas à assistência e ao cuidado dos idosos (REBELATTO & MORELLI, 2004).

Porém, o papel familiar continua sendo muito importante na vida dos idosos, embora muitas de suas funções possam ser divididas com a comunidade. Assim, o informal (família) e o formal (profissional) devem ser suportes mútuos para promover cuidados físicos e sociais nesta fase da vida.

É a partir desta visão que as inserções no âmbito social são recursos valiosos para que seus projetos de vida sejam retomados possibilitando a comunicação com o meio social, e a vivência de seu presente com expectativas para um futuro.

Segundo o IBGE (2000), em 2000, dos 14,6 milhões de idosos, cerca de 55% eram do gênero feminino, constando cerca de 81 homens para cada 100 mulheres com 60 anos de idade ou mais.

Figura 2: Gráfico Censo Demográfico 1940-2000
Fonte: INGE (2000)

De acordo com Veras (1995), tal aumento da feminização da população idosa deve-se a fatos como consumo de álcool e cigarros; causas violentas de óbitos; a procura menor por atendimento à saúde pelo gênero masculino; o aumento da tecnologia permitindo a redução de

complicações da gravidez favorecendo um parto e pós puerpério mais seguros, contribuindo, assim, para a diminuição da mortalidade feminina.

Segundo, porém, alguns dados brasileiros, nos últimos 40 anos o número de mulheres cresceu 40%, de 10 mulheres sete são sedentárias, e as doenças cardiovasculares são consideradas a causa principal de óbitos. As mulheres, especificamente, ficam mais sujeitas a tais fatores à medida que se emancipam e passam a ter um ritmo e um estilo de vida semelhantes aos dos homens. Apesar disso, ganham na área da saúde quando procuram se cuidar mais que eles.

A multidimensionalidade é entendida como um modelo composto por múltiplos aspectos de interação privilegiando a área médica (os serviços de saúde), a psicologia (o bem-estar) e a área sociológica (bem-estar econômico). Avaliar a qualidade de vida implica em comparar suas condições de vida ao logo do tempo e observar as mudanças desejadas, se ocorreram ou não, comparar com as pessoas da mesma faixa etária, portadoras das mesmas ou de diferentes condições de saúde ou de ambiente. Na prática, é comparar o que se tinha no passado com as coisas que pretende no futuro.

Para que se possa desenvolver, de forma adequada, cuidados ao idoso, alguns caminhos necessitam ser considerados, tais como:

- Manutenção do bem-estar e da autonomia no ambiente domiciliar onde tais cuidados centram-se no idoso, nas suas necessidades, de sua família e de sua comunidade e não em sua doença;

- Desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar procurando partilhar responsabilidades e defendendo os direitos dos idosos/ família/ comunidade;

- Ampliação dos conhecimentos profissionais para além da área da gerontologia, considerando as inter-relações, pois o idoso exige cuidado direcionado a ações complexas e interdisciplinares;

- Realização de visitas domiciliares regulares;

- Garantia de consultas, tratamentos, medicamentos, exames laboratoriais e outros de acordo com as necessidades individuais;

- Orientações que envolvam o usuário e comprometam a família;

- Garantir o atendimento nos diversos pontos de atenção.

Diante da realidade inquestionável do envelhecimento populacional e das inúmeras transformações demográficas iniciadas no último século, é evidente a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida.

Contudo, a variabilidade do conceito de qualidade de vida e sua subjetividade, com o propósito de se orientar as políticas para um envelhecimento bem sucedido, torna imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida nessa faixa etária.

Para Lawton (1983), o modelo de qualidade de vida é representado da seguinte maneira:

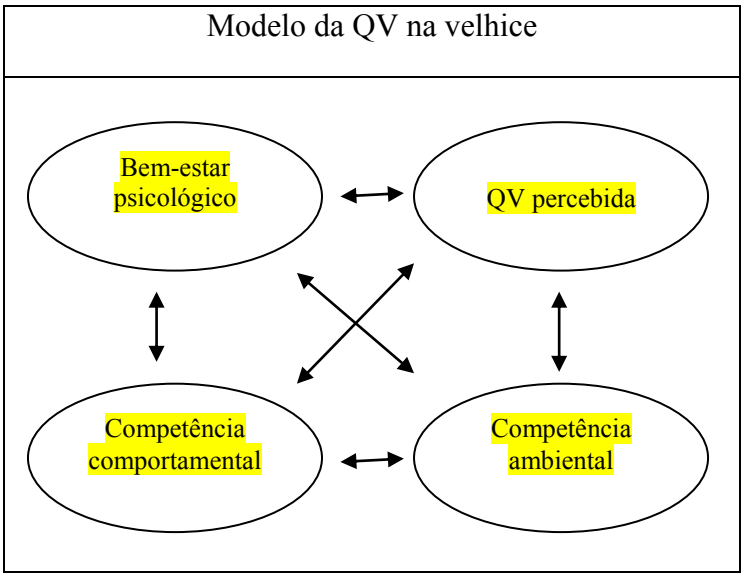


Figura 3: Modelo de qualidade de vida na velhice
Fonte: Lawton (1991)

É através desse ponto de vista que classificamos a QV por dois aspectos: aspectos objetivos e subjetivos ou qualidade de vida em geral e qualidade de vida relacionada a saúde.

O primeiro aspecto está relacionado aos fatores externos como renda, saneamento básico, alimentação entre outras situações. No segundo aspecto, a percepção engloba componentes físicos, psicológicos e sociais, como por exemplo, satisfação pessoal, auto estima, humor, controle emocional, capacidade de executar suas Atividades de Vida Diária (AVDs), vigor, lazer, relações pessoais entre outros (VIANA, 2003).

Apesar da crescente importância da avaliação desse desfecho em diferentes áreas da medicina, não havia nenhum instrumento desenvolvido dentro de uma perspectiva transcultural para uso internacional, então, a OMS desenvolveu um instrumento de medida de qualidade de vida, o WHOQOL *(The World Health Organization Quality of Life*), cuja construção objetivou possibilitar a investigação e a comparação da qualidade de vida em diferentes culturas e sociedades.

O projeto foi desenvolvido com a colaboração de 15 centros que trabalharam, simultaneamente, em diversas culturas. O WHOQOL-100 é composto por 100 questões que avaliam seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações sociais, Meio-ambiente e Espiritualidade /Crenças Pessoais.

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, uma versão composta por 26 questões extraídas do WHOQOL-100 e por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Estes instrumentos estão disponíveis em 20 idiomas. No Brasil, a versão em português foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como coordenador o Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. (RUGISKI, PILATTI & SCANDELARI, 2005).

As capacidades para realizar suas atividades de vida diária (AVDs) são: arrumar-se, comer, fazer a toalete, tomar banho, transferir-se de um local para outro, locomover-se. As atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) são: fazer compras, pagar contas, manter compromissos sociais, usar meios de transporte, cozinhar, comunicar-se, cuidar da própria saúde e manter a própria integridade e segurança. Quando ocorre algum impedimento para tais capacidades funcionais, todos os domínios podem ser atingidos, porém as dificuldades de locomoção, déficits sensoriais e até mesmo invalidez não levam necessariamente a descontinuidade do funcionamento intelectual e afetivo (REBELATTO & MORELLI, 2004).

Pressupondo que o poder de leitura e escrita facilitam suas vidas, atividade física e autonomia de suas AVDs promovem mudanças na percepção da qualidade de vida do idoso, conclui-se que tais reflexos proporcionam uma velhice mais satisfatória.

Porém, doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são as afecções que mais acompanham os indivíduos por longos períodos e os agravos de tais doenças são exacerbados nas pessoas em processo de envelhecimento. Dentre inúmeras enfermidades podemos destacar as doenças relacionadas ao sistema músculo-esqueléticos. A osteoporose, por exemplo, além de afetar a qualidade de vida, é fator de risco para as fraturas ósseas, imobilizando muitos idosos e importante causadora de mortalidade, principalmente entre as mulheres (LIMA, 2008).

Floriano (2004) afirma que a relação das DCNTs com a qualidade de vida está diretamente voltada para a capacidade funcional, porém isso não quer dizer necessariamente

que haja condições de saúde ruins, uma vez que se houver uma prevenção para que não haja piora na saúde do idoso, o mesmo pode manter sua independência e autonomia.

O prolongamento da vida é uma aspiração para qualquer sociedade. Porém, para isso é preciso que se agregue a qualidade aos anos adicionais de vida e não apenas anos à vida.

A Carta de Ottawa, surgida na Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde em novembro de 1986, foi um dos documentos fundadores do termo promoção de saúde, definindo-o como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para eles, a promoção da saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde (BUSS, 2000).

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO (SUS) E O SUAS ESTRATÉGIAS EM SAÚDE

No Brasil, foi criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988 o Sistema Único de Saúde. Antes, a saúde era garantida apenas a alguns brasileiros. O modelo de saúde adotado até então dividia três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum.

As ações de saúde eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem nenhuma integração. A saúde coletiva era considerada um direito de todos e a assistência médica hospitalar individualizada direito apenas dos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional de Previdência Social. Na época, cabia ao Ministério da Saúde, ao menos formalmente, a responsabilidade da formulação das políticas e o desenvolvimento das ações coletivas; ao Ministério da Previdência e Assistência Social a realização da assistência médica através do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social; ao Ministério da Educação a formação de recursos humanos para saúde e a prestação de serviços nos hospitais universitários; ao Ministério do Interior as ações de saneamento e ao Ministério do Trabalho cuidar da higiene e segurança do trabalho.

Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário com objetivo de tornar-se um importante mecanismo de prevenção, promoção e reabilitação, de maneira a atender as necessidades da população (BRASIL, Ministério da Saúde, 2008).

A todos os brasileiros é garantido acesso universal aos serviços de saúde, cabendo a União, Estados e Municípios o cumprimento deste dispositivo constitucional. O SUS é norteado com base nas seguintes diretrizes: descentralização político-administrativa; atendimento integral priorizando atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação social. Neste âmbito, os municípios tornam-se responsáveis pela execução de serviços de saúde e ações preventivas, ganhando destaque na política de saúde pública (PEIXOTO, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) está subdividido em três esferas: *atenção primária* (atenção básica – estratégia saúde da família), *atenção secundária* (média complexidade, exemplo; policlínicas) e *atenção terciária* (hospitais). Neste trabalho foi enfatizado apenas a atenção básica. A atenção básica do programa saúde da família (PSF) redireciona o modelo de atenção.

Essa organização é baseada nos princípios do SUS, que são:

- Universalidade: todos os brasileiros tem direito à saúde;

- Integralidade: a assistência à saúde deve abranger ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação;

- Descentralização: as decisões devem estar o mais próximo possível da população;

- Hierarquização: a organização dos serviços de saúde deve ser feita em níveis de complexidade;

- Regionalização: os serviços de saúde devem estar organizados dentro de uma área definida;

- Controle social: a população deve participar do planejamento e das decisões dos serviços de saúde.

O PSF é um modelo de assistência à saúde que desenvolve ações de prevenção, de promoção e cura. A atenção está centrada na saúde e não na doença, e o indivíduo é tratado como sujeito integrado à família, ao domicílio, à comunidade. Busca-se, assim, um vínculo entre as famílias e os profissionais da equipe (BRASIL, 1997).

Segundo Brasil (2004) preconiza, a atenção básica tem os seguintes objetivos específicos:

- Assistência às demandas espontâneas das principais morbidades do território; dentro de uma nova abordagem na qual estão integrados a cura, a prevenção e a promoção, o indivíduo e a coletividade, objetivando a autonomia e o apoderamento das pessoas e produção e tecnologias adequadas a cultura local, promovendo mudanças de comportamento;

- Atenção integral às morbidades infecto-contagiosas e crônico degenerativas;

- Promover a articulação com outros setores necessários a promoção de saúde local;

- Promover a mobilização das pessoas para a co-gestão e o desenvolvimento local;

- Desenvolver e/ articular a vigilância ambiental, incluindo aí a vigilância sanitária;

- Organizar e gerir o serviço segundo os objetivos gerais da estratégia do PSF com qualidade e resolutividade, articulado ao setor secundário.

A Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo, tornando-se o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, e a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, favorecendo o desenvolvimento de capacitação e qualificação profissional, pois através desta pode-se articular a promoção à saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e acolhimento da população (BRASIL, 2000).

De acordo com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, a Atenção Básica tem como princípios gerais:

> A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, p.11).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - Possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território descrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da eqüidade;

II - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção

de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - Estimular a participação popular e o controle social.

O idoso requer dos profissionais de atenção primária um enfoque que englobe a prevenção e a detecção precoce dos agravos à saúde. O atendimento a essa parcela da população já existe de forma desordenada e fracionada com abordagem centrada na doença Propõe-se uma forma de organização das ações em saúde do idoso em que haja: a descentralização do atendimento e o fortalecimento das ações em Atenção Primária, na qual se solucionam 85% dos problemas de saúde dessa população; a utilização racional da rede de serviços já existente, com a implantação da Rede de atendimento e a criação dos Núcleos Regionais em Atenção ao Idoso, localizados nas microrregiões, podendo também estar localizados em cada município, e dos Centros de referências em atenção ao Idoso nas macro regiões do Estado.

3.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

O Programa Saúde da Família surgiu no final de 1993, para prestar atendimento às famílias enfrentando os problemas na implantação do Sistema Único de Saúde, descentralizando os serviços de acordo com as reais necessidades da população que se manifestam como prioridades (SANTOS, 2000).

A estratégia saúde da família refere-se ao Programa Saúde da Família, o qual propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde pública, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência integral. Ele tem o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta e intervindo de forma apropriada. Busca-se humanizar as práticas de saúde, buscando a

satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania (SOUSA, 2000).

A composição das equipes do PSF sofreu várias transformações nos últimos anos. Inicialmente, eram compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. Em 2000, as equipes passaram a incorporar um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene dental. Cada equipe de saúde bucal acompanhava as famílias cadastradas por duas equipes de PSF (SILVA & TRAD, 2005).

A partir de 2008, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Segundo a portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, estes núcleos deverão ser compostos por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

O objetivo central desta política foi consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).

O cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na Atenção Básica de Saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial, daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde.

No contexto da Estratégia de Saúde da Família, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à UBS em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social. Cabe a atenção especial ao idoso e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o, como apregoa a Estratégia em destaque, com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais freqüentes e sua intervenção, bem como, com medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social.

Assim sendo, a Estratégia de Saúde da Família, de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância

de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família. Os profissionais que atuam na atenção básica devem ter de modo claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental (SILVESTRE & COSTA NETO, 2003).

Neste contexto, evidenciamos o trabalho realizado pelo Programa Saúde da Família (PSF) que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas e, em especial, dos idosos. O acolhimento requer um atendimento a todos com atenção, postura eficaz, segurança e ética, reorganizando o processo de trabalho e melhorando o vínculo entre equipe e usuário.

O idoso deverá ter um espaço onde suas dores, alegrias, aflições e todas suas queixas morais, sociais e psíquicas serão ouvidas e deverão dispor da mais completa atenção por parte dos profissionais da equipe. Todos os profissionais da unidade deverão estar integrados visando estabelecer um vínculo de respeito, solidariedade com segurança e responsabilidade.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

A partir da década de 80, a incorporação da visão de promoção da saúde nos programas para idosos supõe uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde e pode ser vista como um processo social em curso, complexo, que vem sendo estimulado em nível internacional por fóruns e documentos institucionais. As experiências de avaliação em promoção da saúde do idoso revelam um campo multifacetado com atividades educativas e/ou preventivas (ASSIS; HARTZ; VALLA,2004).

Considerando o avanço populacional, em 1996 foi realizado o Seminário Internacional do Envelhecimento Populacional, em Brasília, em que um grupo de especialistas em envelhecimento se reuniu e elaborou um documento chamado "Declaração de Brasília sobre envelhecimento".

Ações de programas subsidiados de atenção a saúde, alimentação, habitação e outras necessidades sociais foram estimuladas pelo que, o Governo Federal, em conjunto com algumas Organizações não-governamentais (ONGs), instituíu uma política destinada apenas à terceira idade chamada Política Nacional do Idoso, perpetuando a Lei nº8842 de 4 de janeiro

de 1994. Tal política sem dúvidas foi um avanço significativo para a área gerontológica, firmando compromisso e levantando e questões da velhice para o Cenário da agenda pública.

O Estatuto do Idoso, de iniciativa do Projeto de Lei nº 3.561 de 1997 de autoria do então Deputado Federal Paulo Paim, foi fruto da organização e mobilização dos aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP), resultado de uma grande conquista para a população idosa e para a sociedade. e sancionado pelo presidente Lula, ampliou em muito a resposta do Estado e da sociedade às necessidades dessas pessoas. Trata dos mais variados aspectos da sua vida, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes mais comuns cometidos contra as pessoas idosas.

O Artigo. 3.º da Lei N.º 10.741,De 1.º de Outubro de 2003 diz que:

> É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (art.3).

Em 1999, foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), substituindo a PNI anteriormente citada.

Seu conteúdo é notável, principalmente por tratar da preocupação com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, da prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem e da reabilitação daqueles que venham a ter uma capacidade funcional restringida.

Ao estabelecer tais diretrizes, a política Nacional de Saúde do Idoso rompe o paradigma de considerar a saúde como ausência de doença, limitando a abordagem ampla que o atendimento a saúde realiza baseado em múltiplos fatores. Essa política visa a questão interdisciplinar, como questões sociais, políticas, econômicas e culturais, além de considerar a velhice como ciclo vital e não apenas como uma fase de vida.

Na proposta da PNSI, são definidas como diretrizes:

- A promoção do envelhecimento saudável;
- A manutenção da capacidade funcional;
- A assistência às necessidades de saúde do idoso;
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- Capacitação de recursos humanos especializados;

- O apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- O apoio a estudos e pesquisas.

A política reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos apontando que esta parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidade e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e as outras formas de segregação e isolamento.

Para isso, no dia 1º de outubro de 2003, foi instituido a Lei de nº10.741, que dispôs sobre o Estatuto do Idoso e representou um grande avanço na legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988.

Elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, ampliou em muito a resposta do Estado e da sociedade às suas necessidades.

Em relação as questões da saúde, o artigo 15 da Lei acima referida diz que:

> É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2009).

Essa política vem sendo implementada no Brasil de maneira gradativa: o aumento acelerado da população idosa torna cada vez mais fundamental a união de esforços para a prática de políticas públicas voltadas a este segmento populacional, assim como a conscientização dos seus direitos e espaços a serem conquistados.

Logo, quanto a mudanças nas políticas públicas para amparar de forma adequada o idoso, há necessidade de uma reorientação dos serviços de saúde, pois quanto maior for o acesso aos bens e serviços da sociedade, maior será a qualidade de vida no processo de envelhecimento, investindo-se principalmente na atenção básica com rediscussões de estratégias preventivas e de promoção à saúde. Por outro lado, se observa a necessidade de que os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na rede de atenção básica, recebam treinamento e capacitação continuados para se adequarem às necessidades da população idosa. Levando em consideração que o ambiente familiar constitui-se uma principal fonte de apoio ao idoso, há que se estimular o fortalecimento das relações familiares

com o propósito de se minimizarem as dificuldades e angústias vivenciadas por ambos, idosos e familiares (MALTA, 2008).

Sob esta ótica, os serviços de saúde têm papel fundamental na atenção à saúde, para que a população idosa possa usufruir a vida com tudo aquilo que construiu.

3.4 FISIOTERAPIA NA SAÚDE DO IDOSO

Como processo terapêutico, a fisioterapia, através de recursos próprios e de conhecimento, baseando-se nas condições biopsicossociais, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar os idosos a suas limitações funcionais por meio da terapêutica. Visto que os mesmos possuem pluripatologias, a fisioterapia tem espaço garantido no atendimento especificado a este público, tanto de modo preventivo, reabilitativo ou adaptativo de suas funcionalidades, contribuindo para sua autonomia. O movimento do corpo é algo relacionado ao alto conhecimento e suas potencialidades, podendo contribuir para a melhora da auto-estima e aumentar a capacidade de auto-cuidado, possibilitando novas descobertas e abertura de uma maior participação social, mesmo de forma inconsciente (VIEIRA, 2004).

A falta de atividade física regular tem sido apontada como um comportamento nocivo à saúde e como determinante negativo da qualidade de vida dos indivíduos, sobretudo, de idosos, em que o sedentarismo pode acelerar o processo de envelhecimento.

De acordo com Vieira (2004), o exercício ativo é fundamental para manutenção e melhoria da disposição, da capacidade funcional e do estado biopsicossocial impedindo e/ou retardando acima de tudo a progressão da doença aterosclerótica e evitando diversas alterações provenientes do envelhecimento. Em níveis psíquicos , produz sensação de bem-estar, diminuindo a ansiedade e a depressão, aumentando gradualmente a autoconfiança, podendo favorecer uma vida mais dinâmica. No tecido ósseo, aumenta a densidade prevenindo a osteoporose, principalmente do sexo feminino, melhora os níveis de tolerância à glicose, reduzindo a necessidade de hipoglicemiantes, entre outros inúmeros benefícios.

A atividade física é capaz de beneficiar pessoas de todos os grupos etários, mas ela é especificamente importante para saúde do idoso.

Quando há prática de exercícios fiscos, o corpo humano normatiza a relação entre tensão e comprimento dos músculos, há aumento de suprimento sanguíneo, melhora do metabolismo muscular, aumento na deposição de sais de cálcio ao longo das linhas de tração e compressão dos ossos envolvidos com a atividade física e aumento na capacidade de os

ligamentos e tendões se submeterem à força de tensão. Essas modificações corporais melhoram a qualidade da contração muscular, a resistência óssea e a organização do equilíbrio, postura e marcha (CORAMANO ET AL, 2007).

Numa visão geral, a fisioterapia aplicada à geriatria dentro de um grupos de idosos, facilita sua manutenção, pelo compromisso com os demais membros do grupo, apoio social, investimento em novas relações pessoais e diversão e trabalha realizando as seguintes atividades: orientação da postura corporal; exercícios de relaxamento, alongamento e auxílio ao retorno venoso; caminhadas e atividades físicas moderadas; orientação quanto ao posicionamento adequado do mobiliário do lar, banheiros e dispositivos auxiliares; atividades lúdicas para incentivar e socializá-los, dentre outras (WEINBERG; GOULD, 1996).

O trabalho de equilíbrio corporal é uma atividade bastante complexa que requer informações de vários sistemas sensoriais, integração desses dados pelo sistema nervoso, e sistema musculoesquelético adequado para implementar esses comandos do sistema nervoso central, no qual o controle postural passa por diversas condições de posturas deslocando o centro de massa corporal em relação à base de suporte em que o indivíduo necessita de habilidades para sentir seu limite de estabilidade (KONRAD, 1999).

Freitas (2006) relata que a instabilidade corporal em idosos acontece porque há uma alteração na harmonia entre as informações sensoriais e a ação motora representada pela dificuldade que os idosos apresentam em integrar as informações sensoriais, identificar as mais relevantes, e selecionar a resposta postural mais adequada para manter o corpo mais equilibrado e na posição desejada.

A flexibilidade é um componente muito instável da capacidade física, razão pela qual se recomenda o treinamento frequente. Existem diversos tipos de alongamentos capazes de melhorar a flexibilidade, mas, no idoso, o alongamento lento e a manutenção em posição de alongamento durante certo tempo mostra-se o mais adequado. Tais exercícios melhoram a circulação muscular, aprimoram a atenção, reduzem a ansiedade, diminuindo a fadiga e o estresse, proporcionando uma melhor agilidade, melhora da força e potência muscular, reduzindo os efeitos físicos ocasionados pelo processo de envelhecimento, melhorando o desempenho físico durante as atividades funcionais e de vida diária (FERNANDES, et. al., 2010).

É possível também citar os exercícios de resistência, os quais se revelam promissores como meio para substituir a massa muscular perdida (sarcopenia) ou para aumentar o teor dos ossos e substâncias minerais. O idoso pode participar sem nenhum perigo do treinamento da

resistência e obter um aumento significativo de sua força muscular, da tonicidade muscular e da hipertrofia muscular.

Partindo para as doenças isoladamente e visto anteriormente que os idosos, em sua maioria, apresentam pluripatologias, os processos degenerativos são os mais incidentes, possuindo várias denominações como: artrite degenerativa, osteartrose, artrite deformante.

Segundo Deliberato (2002), a definição desse processo independe de sua sinonímia, concluindo que:

> É um distúrbio de caráter degenerativo e crônico, que atinge a cartilagem articular com eventual crescimento ósseo ao redor e seus sinais e sintomas incluem rigidez articular, principalmente matinal e após curtos períodos de repouso, podendo ser aliviada pelo movimento suave da articulação; creptações, inclusive com presença de bloqueios articulares e dor extremamente variável, diminuindo com o repouso (p.50).

Os procedimentos adotados pela fisioterapia incluem a interrupção do ciclo de degeneração e imobilismo, prevenção de deformidades que representem a causa principal da incapacidade funcional, com trabalho de atividade física de pouco impacto, cinesioterapia com movimentos ativo livre, exercícios de fortalecimento da musculatura corporal, entre outras opções.

A dor crônica, segundo o autor supracitado, é definida como uma sensação desagradável associada a uma resposta emocional que surge em decorrência de uma lesão tecidual real ou potencial. Esse evento não pode ser medido como resultante de uma extensão ou gravidade de uma lesão, mas está relacionado com a interpretação pessoal de cada indivíduo de acordo com as influências psicológicas associadas (como depressão, ansiedade, medo, etc.).

De acordo Nanda (2002), a American Nursing Diagnosis Association define a dor crônica como:

> Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão com inicio súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um termino antecipado ou previsível e com duração de maios de seis meses (p.100).

Aos procedimentos fisioterapêuticos sugeridos que atuam em nível secundário ou terciário de prevenção, denotam-se exercícios de amplitude de movimento ativo ou ativo-assistido, visando a prevenção de complicações musculoesqueléticas associadas, alongamentos com objetivos de manter e/ou aumentar a amplitude de movimento (ADM),

exercícios resistidos, manuais e/ou mecânicos que trabalhem a força muscular, trabalho de relaxamento e exercícios respiratórios para diminuir a tensão muscular e a ansiedade, entre outras técnicas fisioterapêuticas (DELIBERATO, 2002).

A prática frequente e sistemática do trabalho fisioterapêutico é grandiosamente conhecida como sendo um fator benéfico no processo de envelhecimento, amenizando a progressão das doenças crônico degenerativas, melhorando e/ou mantendo a capacidade funcional, melhorando a força muscular, a resistência aeróbia, equilíbrio e flexibilidade corporal, contribuindo para melhor satisfação pessoal e qualidade de vida do idoso.

Observe que, mesmo que a maior parte dos idosos (55%) seja composta do sexo feminino, as mulheres brasileiras vivem, em média, oito anos a mais que os homens. Por isto, muitas idosas responsáveis pelos domicílios (93%) vivem sem o cônjuge, mesmo que ainda morem com filhos ou outros parentes.

CAPÍTULO 4

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA

De acordo com Demo (2000, p. 16), "pesquisa é o processo que deve aparecer em todo trajeto educativo, como princípio educativo que é na base de qualquer proposta emancipatória".

Neste sentido, apresentam-se o delineamento da pesquisa, o contexto e os sujeitos da pesquisa, assim como o instrumento de coleta de dados e os métodos utilizados pela pesquisadora para a realização da análise dos dados coletados na pesquisa direta.

4.1.1 Tipologia da pesquisa

O estudo aqui realizado envolveu o levantamento bibliográfico, que de acordo com o conceito de Vergara (2005) é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais e redes eletrônicas de base científica; bem como a percepção *in loco* com entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado.

O trabalho encontra-se dividido em duas etapas principais. Inicialmente, foi realizado uma reflexão sobre a nossa experiência que nos levou a algumas leituras exploratórias. As investigações desenvolveram-se a partir da construção de uma abordagem teórica mais profunda feita por meio da leitura, fichamento e análise crítica dos conteúdos contidos em livros, artigos, dissertações e teses. Em razão do estudo de campo desenvolvido, foi realizada uma observação participante das senhoras idosas residentes no município citado. Constituiu-se objeto de análise:

- o nível de escolaridade e as condições sócio-econômicas e familiar;
- o nível de satisfação da qualidade de vida das integrantes do grupo;
- o nível da sua influência nos resultados das avaliações.

Realizamos um estudo de caso descritivo exploratório envolvendo uma abordagem quantitativa e qualitativa.

O estudo descritivo, destaca Cervo e Bervian (2002), tem como finalidade dar informações a respeito do objeto de pesquisa e orientar a formulação de hipóteses, estabelecendo critérios, métodos e técnicas para sua elaboração. Os autores destacam que este estudo compreende a análise, o registro e a interpretação dos fatos relacionados com a problemática.

A pesquisa descritiva é um tipo de pesquisa que se preocupa em determinar práticas presentes ou opiniões de uma população específica em estudos de casos e pesquisas desenvolvimentais (PRESTES 2003; THOMAS; NELSON, 2002).

A dimensão exploratória teve como objetivo proporcionar maiores informações sobre o assunto a ser investigado e com isso facilitar a delimitação do tema sugerido, orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir uma nova possibilidade de enfoque para o assunto.

Como forma de investigar o problema em profundidade, explorando suas múltiplas dimensões, seguimos uma abordagem quantitativa e qualitativa.

Segundo Richardson (1999) a abordagem quantitativa

> Tem a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências. Essa abordagem é comum em pesquisas descritivas e exploratórias, que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos (p.70).

A abordagem quantitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Dessa forma, o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos abreviados criam em suas ações (PRESTES 2003; THOMAS; NELSON, 2002)

Segundo Merrian (1988), o método qualitativo possui a característica da particularidade, pois focaliza uma situação e o entendimento de um fenômeno, o que nos permitirá uma descrição e codificação mais abrangente da situação investigada, possibilitando ao leitor uma visão heurística, levando à descoberta de novos significados ou à confirmação do já conhecido.

De acordo com Popes e Mays (1995) embora possamos contrastar os métodos qualitativos e quantitativos enquanto associados a diferentes visões da realidade, não podemos afirmar que se oponham ou que se excluam mutuamente como instrumento de análise. Uma pesquisa pode revelar a preocupação em diagnosticar um fenômeno, descrevendo-o e interpretando-o, bem como é possível o autor se preocupar em explicar tal fenômeno.

Tais pontos não se contrapõem, na verdade, completam-se e podem contribuir, em um mesmo estudo, para um melhor entendimento do fenômeno estudado.

4.1.2 O campo empírico da pesquisa

De acordo com Lakatos e Marconi (2001), tem-se que este é o local físico onde a pesquisa se realiza. Deve fornecer subsídios para que o pesquisador possa ter dados da organização pesquisada: Dados históricos; dados organizacionais (organograma e estrutura); as características físicas e humanas do ambiente de pesquisa; os aspectos financeiros, sociais e culturais.

O município em que se situa esta pesquisa localiza-se no nordeste do Brasil e tem como principal atividade econômica a agricultura. A economia gira em torno dos serviços públicos, dos salários-aposentadoria e de atividades agrárias, como a agricultura e pecuária.

A Secretaria Municipal de Saúde da cidade em que a pesquisa foi realizada constitui-se através Lei Municipal nº. 63 de 5 de fevereiro de 1993, com a finalidade de gerenciar, executar, avaliar e supervisionar os serviços de saúde destinados à população em geral. A mesma faz parte do organograma da Prefeitura Municipal em questão.

Dentro do seu organograma existe o departamento de atenção básica, responsável pelas ações da atenção primária à saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas estão aquelas que são desenvolvidas especificamente aos idosos, através do Programa de Atenção ao Idoso, executado pelo profissional de fisioterapia.

Atualmente, os profissionais envolvidos neste nível de atenção são: 8 médicos, 8 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem, 8 dentistas, 8 técnicos de consultório dentário, 6 fisioterapeutas, 1 psicólogo, 1 fonoaudiólogo, 1 nutricionista, 3 enfermeiros apoiadores técnicos, 8 técnicos de enfermagem, 20 agentes administrativos. No entanto, a Secretaria dispõe do seu quadro geral um pouco mais de 300 funcionários, os quais estão distribuídos nos Departamentos de Atenção Primária, Atenção de Média Complexidade, Vigilância em Saúde e Planejamento, Controle, Regulação e Auditoria.

Salientamos que os recursos destinados à saúde têm a participação "tripartite", com repasse financeiro fundo a fundo, ou seja, município-estado-governo federal, sendo o mesmo utilizado e prestado contas de acordo com os instrumentos de gestão pública, que são o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão e o SAGRES (Sistema e Gerenciamento e Recursos Públicos da Saúde), Sistema Específico Ligado Diretamente ao Tribunal de Contas Do Estado. Além disso, há Prestação de Contas Trimestral ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), o qual é órgão deliberativo e fiscalizador das Políticas Públicas de Saúde, constituído de forma paritária, isto é, composto por 12,5% representantes do poder público municipal de saúde, 25% trabalhadores de saúde, 50 % usuários do SUS e 12,5% prestadores de serviços do SUS.

De acordo com a sua gestão, o referido município é habilitado na gestão plena de saúde, ou seja, o mesmo é responsável pela sua programação, planejamento, execução e gestão financeira dos recursos e ações destinados a saúde publica.

O início do meu trabalho no município foi em 2009 e perdura até os dias de hoje. Meu vínculo trabalhista é contratual, renovável a cada ano, e a minha função de fisioterapeuta é destinada às praticas preventivas, curativas e reabilitativas. Com o processo da municipalização da saúde, participei como pioneira na construção da atenção primária da fisioterapia do referido município, onde elaborei projeto de atenção da fisioterapia à saúde do idoso em nível da atenção primária do SUS. Foi um projeto piloto, o qual, com o passar do tempo, serviu como instrumento no processo da reorganização dos serviços de assistência fisioterapêutica na rede do SUS.

A partir de janeiro de 2008, o trabalho da fisioterapia no município em questão começou a funcionar com três tipos de atendimentos: Atendimento na policlínica municipal, atendimentos domiciliares com visitas periódicas até as pessoas que não podem se locomover até a policlínica e o atendimento ao grupo de idosos, o qual é o foco desta pesquisa.

A partir de janeiro de 2013 foi acrescentado ao quadro da equipe de fisioterapia mais 06 fisioterapeutas distribuídos nesses respectivos campos, no qual eu estou a frente do grupo de idosos.

Os atendimentos ao grupo de idosos em específico são realizados em um Ginásio Poliesportivo, todas as segundas e quartas feira, no período das 07:00 às 08:00 horas da manhã.

O grupo realiza atividades de aquecimento com caminhada dentro e fora do ginásio, em seguida, são realizados alongamentos e exercícios fisioterapêuticos e respiratórios (respiração

diafragmática e cinesioterapia respiratória), auto-alongamentos (região cervical, membros superiores e membros inferiores), e, para encerrar, são fornecidas pela fisioterapeuta informações educativas de saúde, orientações com relação aos exercícios terapêuticos, alimentação, higiene, adesão ao tratamento medicamentoso, abono às automedicações, palestra sobre doenças, principalmente as que mais afetam à terceira idade, palestra sobre saúde bucal, entre outras. Vale ressaltar que as atividades lúdicas estão sempre presentes e são consideradas uma das mais empolgantes para o grupo.

4.1.3 Universo de abrangência e amostra da pesquisa realizada

Conceituando universo e amostra da pesquisa, tem-se, de acordo com Lakatos e Marconi (2001), que o universo corresponde à totalidade de pessoas, animais, plantas ou objetos os quais vão servir de referência para a coleta de dados, ou seja, corresponde a um grupo de interesses que se deseja descrever ou acerca do qual se quer tirar conclusões. Já amostra é um subconjunto de uma população ou universo. Deve ser obtida de uma população específica e homogênea, através de um processo aleatório, como uma condição necessária para que esta parcela possa representar uma população.

A pesquisa empírica desenvolveu-se em um Ginásio Poliesportivo localizado em um município do agreste paraibano situado na região nordeste do Brasil. Analisaram-se especificamente senhoras com sessenta anos de idade ou mais que frequentam os atendimentos da fisioterapia realizados no local e o médico responsável participante do Programa Saúde da Família.

As investigações envolveram o universo total da população, 45 integrantes do grupo de idosos atendidos pela fisioterapia, que, de acordo com as consultas médicas básicas, foram enquadradas no perfil de pacientes com necessidades preventivas, promocionais, curativas e reabilitativas, no que se diz respeito à assistência do profissional de fisioterapia, garantindo, assim, os cuidados multiprofissionais a este grupo em estudo.

Considerando o processo de trabalho assistencial aos idosos, podemos ressaltar que os mesmos são cadastrados nas Unidades de saúde da Família (USF), de acordo com as aéreas de abrangência de sua residência, salientando que o município dispõe de 08 unidades de saúde da família em territórios distintos, mas tendo todo eles a mesma filosofia da assistência integral ao idoso. Portanto, os trabalhos desenvolvidos pela fisioterapia junto a este grupo específico (idosos) tem como instrumento básico de trabalho o prontuário da família e seu cadastro no

SUS, através do cartão de identificação do mesmo, o qual lhe garante acessibilidade aos serviços públicos de saúde.

Em virtude da demanda, dispomos de um médico coordenador do programa saúde do idoso, que foi entrevistado, pois o mesmo serve como facilitador e articulador do processo e da assistência terapêutica. Ele dispõe de uma rede de referência e contra referência, conforme a Programação Pactuada Integrada (PPI), instrumento utilizado no controle, regulação e marcação de consultas, exames e tratamentos especializados ou de grupo (como é o caso do grupo de idosos em questão). Além disso, o médico trabalha em equipe com profissionais de várias áreas, dentre eles o fisioterapeuta, os quais discutem dentro de uma visão integral do indivíduo, isto é, seus aspectos biopsiquicosociais, para fins do planejamento das atividades, nas quais os idosos serão inseridos, garantindo a sua inserção social e melhoria da qualidade de vida, através de práticas terapêuticas orientadas e supervisionadas pelo fisioterapeuta e outros profissionais da equipe.

4.1.4 Instrumentos

Roesch (2006) afirma que a partir da dificuldade que se tenha em mensurar ações, o uso de metodologias e escalas se torna uma ferramenta vantajosa, isso porque é possível através destas medir várias dimensões de uma questão problema estabelecida.

O autor, conceituando questionário afirma, que esta é uma das formas que serve para medir as possíveis melhorias que se podem determinar no ambiente de trabalho, a partir do aprendizado dos resultados obtidos após a realização do desenvolvimento de equipes de trabalho e possíveis medidas para a melhoria da produtividade. As vantagens deste método são o baixo custo, a economia de tempo, a riqueza dos dados e a possibilidade de interagir entre os entrevistados, sendo menos prováveis as distorções das informações colhidas *in loco* (ROESCH, 2006).

Ao iniciar o levantamento de dados, foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I) em que o participante e o médico autorizam a utilização de dados fornecidos por eles na entrevista realizada. Para coleta de dados, procuramos elaborar um instrumento com perguntas mais perspicaz que fosse claro e objetivo e respondesse às preocupações inerentes à investigação e focado na própria população inquirida.

Para tanto, foi construída, de forma experimental, o questionário I (Apêndice I), elaborado para melhor acompanhamento do estudo, no qual foram preenchidos e registrados

alguns dados pessoais como nome, gênero, faixa etária (em anos) grau de escolaridade e influência da fisioterapia na vida das idosas pesquisadas.

Em seguida, foi aplicado o questionário WHOQOL-Bref (Anexo II), que se refere à qualidade de vida, explanada dentro do conteúdo teórico. Posteriormente, foram analisados para obtenção dos resultados desta pesquisa.

Este instrumento é de conhecimento da pesquisadora desde o estágio de graduação, quando ainda no âmbito de estudante de fisioterapia, cursou a disciplina teórica de Geriatria e Gerontologia e pôde vivenciar o conhecimento deste instrumento, sob supervisão da docente responsável pela disciplina. Num segundo momento, ainda em meio acadêmico, e sob supervisão da responsável pela cadeira de Fisioterapia prática aplicada em Geriatria e Gerontologia, a mesma foi convidada a realizar a avaliação dos pacientes que davam entrada à clinica escola, de forma que, no momento em que antecedia-se à alta hospitalar e liberação do paciente, era possível realizar uma análise da evolução das respostas dos pacientes.

Alguns cuidados foram observados por parte da pesquisadora em relação à colaboração prestada pelos sujeitos da pesquisa, e que se expõem a seguir:

- Todos as 45 indivíduas foram abordados adequadamente e informadas acerca do objetivo da aplicação do instrumento, bem como o modo a ser utilizado para a aplicação e o destino que teriam os dados ali colhidos. As que demonstrassem se sentir a vontade para responder eram convidadas a isso e podiam esclarecer quaisquer dúvidas durante a aplicação;

- O consentimento foi fundamental e dado por meio da obtenção por escrito e assinado por ambas as partes;

- Buscou-se uma situação que inspirasse a privacidade. A paciente preenchia o instrumento sozinha, sem acompanhado de familiar, cônjuge ou colega de terapia;

- O instrumento foi preenchido sempre em apenas um encontro;

- O preenchimento da folha de dados demográficos foi realizado pela pesquisadora;

- O questionário seguiu o modelo auto-reposta. Não tendo sido intenção da pesquisadora influenciar a paciente na escolha da resposta.

- Após o término do questionário foi verificado se a paciente não havia deixado alguma questão em branco ou sem marcar alguma alternativa.

Visando obter informações mais específicas de caráter aberto em que as idosas pudessem expressar melhor suas opiniões em relação ao assunto da pesquisa em questão, foi realizado também uma entrevista composta de 4 perguntas subjetivas. Na primeira pergunta buscou-se entender a prática das informações recebidas sobre os assuntos que tratam da

promoção da saúde em seu âmbito familiar. Em seguida, foi abordada a questão da promoção da saúde e da qualidade de vida em razão dos efeitos obtidos com a fisioterapia. A terceira questão abordada pela pesquisadora visou saber sobre quais os instrumentos de educação em saúde que foram utilizados no processo da melhoria da qualidade de vida do entrevistado. E, por fim, buscou-se entender a avaliação dos recursos públicos aplicados na saúde do idoso sob a ótica do favorecido.

4.1.5 Tratamento dos dados

Com os questionários respondidos, iniciou-se a análise dos dados coletados utilizando o programa EXCEL e, posteriormente, os resultados foram analisados pela estatística descritiva e apresentados através de gráficos.

Aos questionários foram dados números, desaparecendo, nessa fase, a identidade do respondente, não tendo possibilidade de interferência pessoal na análise dos dados.

A transferência dos dados ao computador foi feita toda e exclusivamente pela pesquisadora, para que não houvesse algum erro ou troca de dados.

Em relação aos dados subjetivos, recolhidos em entrevistas, com as quatro perguntas explicada na página anterior, realizada com os sujeitos da pesquisa, preparou-se um conjunto-guia de perguntas elaboradas para a efetivação das entrevistas e que se refletiram de acordo com a problemática criada. Foram assertivas de caráter neutro, não diretivo ou que condicionassem uma resposta positiva ou negativa.

Foram anexadas as respostas originais dos respondentes em um texto em anexo ao fim da pesquisa ora realizada. As perguntas e as respostas foram numeradas de maneira a facilitar a indicação no texto e pleno entendimento do leitor. A seguir como exemplo: Entrevista 1, resposta 1 – E.1, R.1.

Para a análise do conteúdo produzido pelos respondentes utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2007). De acordo com a obra da docente:

> Mensagens obscuras que exigem uma interpretação, mensagens com um duplo sentido cuja significação profunda só pode surgir depois de uma observação cuidadosa ou de uma intuição carismática. Por detrás do discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar (p. 14).

O pesquisador que trabalha seus dados a partir da perspectiva da análise de conteúdo está sempre procurando um texto atrás de outro texto, um texto que não está aparente já na primeira leitura e que precisa de uma metodologia para ser desvendado.

Para Ferreira (2003), o percurso de uma pesquisa com dados a partir da análise de conteúdo tem de ser analisado sob três momentos principais.

O primeiro deles o autor nomeia como pré-análise. Este momento é o de organizar o material, de escolher os documentos a serem analisados, formular hipóteses ou questões norteadoras, elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final.

O segundo momento é o recolhimento dos documentos a serem analisados. No caso de entrevistas, elas serão transcritas e a sua reunião constituirá o CORPUS da pesquisa.

Num terceiro momento que a análise será com base em categorias ou idéias-chaves escolhidas com base nos seguintes critérios:

- Exaustividade – deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada;
- Representatividade – a amostra deve representar o universo;
- Homogeneidade – os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes, pertinência – os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa;
- Exclusividade – um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

A segunda categoria de análise que destaca Ferreira (2003) refere-se à exploração do material. É o momento da codificação – em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregadas em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

Por fim, os dados colhidos devem ser tratados. A mensagem produzida pelo emissor é aquilo que o representa (FERREIRA, 2003). A mensagem é o ponto de partida de qualquer análise. Na análise da mensagem, é possível estudar o continente ou o conteúdo, ou os significantes ou os significados, ou o código ou a significação. O canal, o meio, o instrumento, o suporte material do código, serve mais para procedimentos experimentais do que para análise de conteúdo.

Os subsídios disponibilizados pelos sobrescritos instrumentos somados à vivência enquanto fisioterapeuta, aos estudos desenvolvidos ao longo da formação acadêmica e à revisão literária realizada foram imprescindíveis ao processo de investigação, à construção do

nosso posicionamento crítico acerca do objeto investigado e ao desenvolvimento desta dissertação.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

PARTE1: QUESTIONÁRIO 1: AS PRIMEIRAS PERCEPÇÕES DO ESTUDO

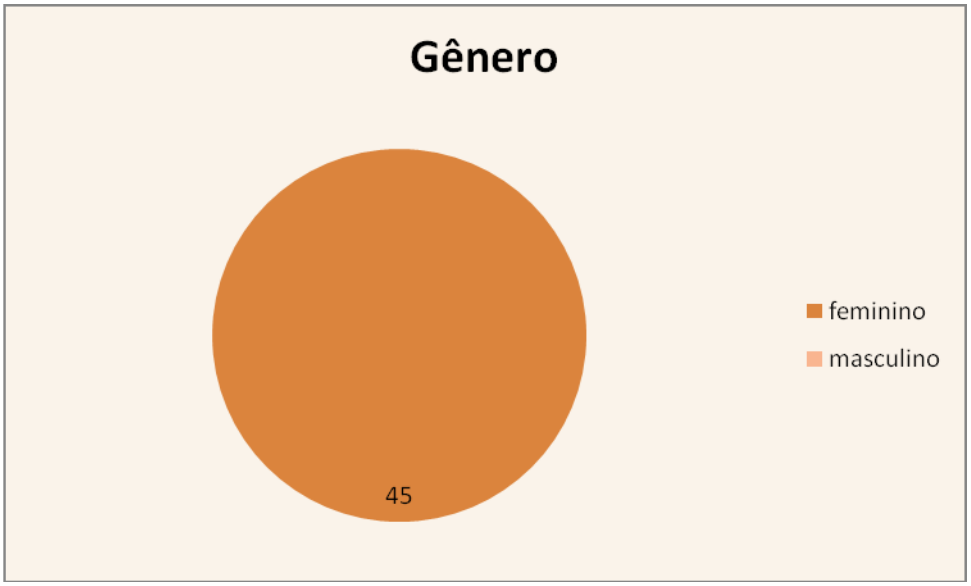
Este item apresenta os resultados obtidos na aplicação do questionário os quais geraram os resultados a seguir descritos. Cada gráfico e comentário complementar refere-se a uma pergunta do questionário.

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS SUJEITOS

Nas características sócio-demográficas dos idosos incluídos na pesquisa, o gênero feminino foi absolutamente visível (gráfico 1).

Tal fato está de acordo com Veras (1995), que diz que apesar da velhice não ser universalmente feminina, ela possui um forte componente de gênero. Tal aumento da feminização da população idosa se dá pelo fato da população feminina cuidar-se mais em comparação ao gênero masculino, que procura menos por atendimento à saúde.

Gráfico 1: Gênero

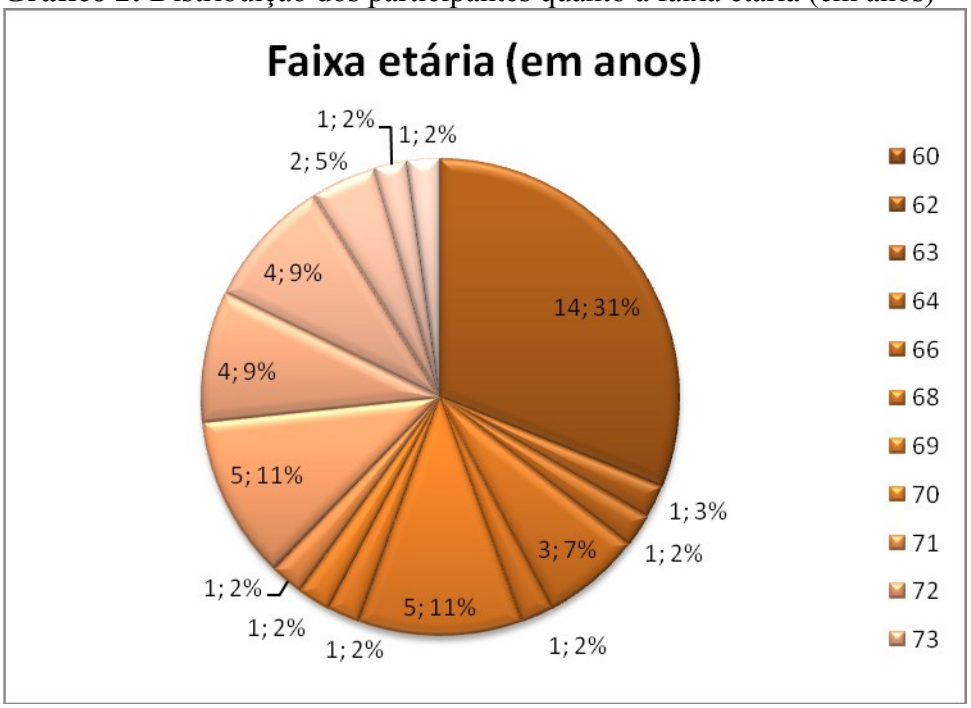


Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Na distribuição da pesquisa quanto à faixa etária em anos, teve-se por resultado 31% dos participantes com 60 anos, 11% tinham 68 anos e 72 anos, respectivamente. As faixas etárias de 74 anos e 75 anos tiveram 9% cada, participantes que possuíam 64 anos obtiveram 7% , a idade de 74 anos obteve 5% e 62, 63, 66,69,70,71 e 85 anos apresentaram 1% da pesquisa (gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição dos participantes quanto a faixa etária (em anos)

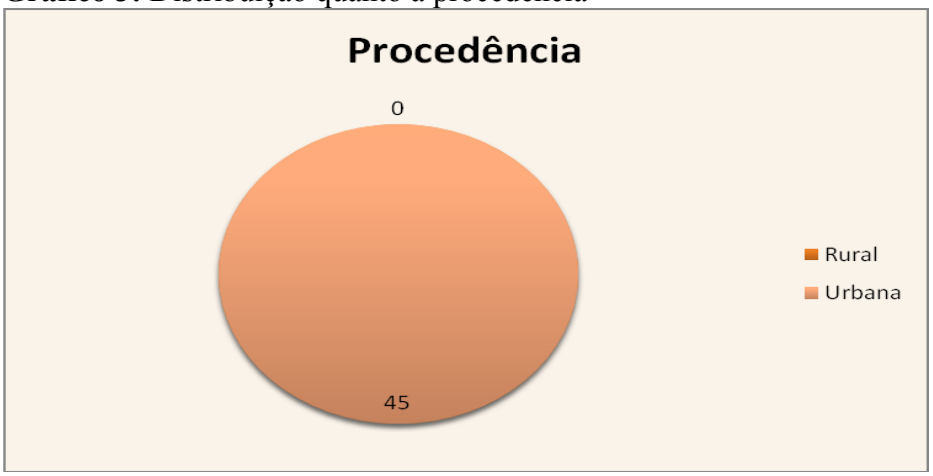


Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Todos os participantes do grupo de fisioterapia eram de residência urbana (gráfico 3).

Gráfico 3: Distribuição quanto a procedência



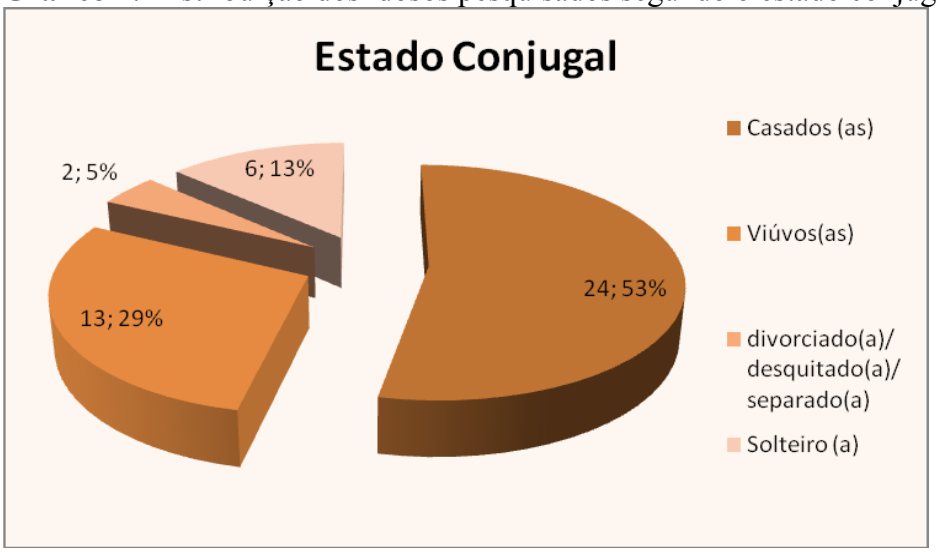
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Também observou-se o estado civil dos participantes, predominando os idosos casados, com 53%, seguido pelo significativo percentual de viúvos com 29%. Os divorciados(as) / desquitados(as) / separados(as) tiveram 13% e os solteiros(as) ficaram com 5% (gráfico 4).

A mulher apresenta maior incidência de viuvez, já que esta sobrevive mais que o cônjuge com frequência, fato este justificado por Olga Collinet Heredia (2002) a qual afirma que a manutenção do status de viuvez feminina deve-se principalmente a normas e preconceitos sociais e culturais predominantes na sociedade e também pela questão do respeito pela memória do esposo, fazendo com que a mulher opte por manter a viuvez.

Gráfico 4: Distribuição dos idosos pesquisados segundo o estado conjugal

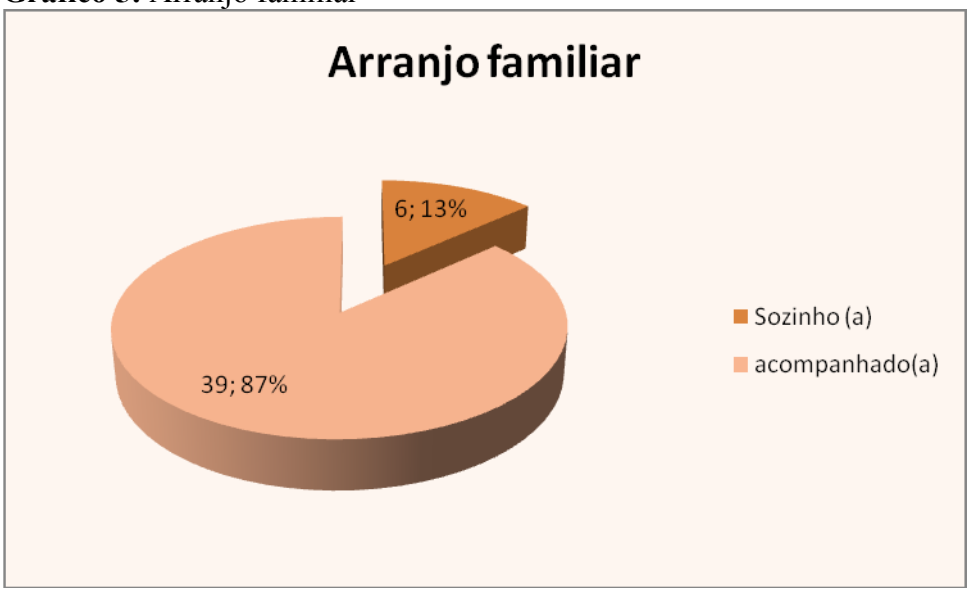


Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Com relação ao arranjo familiar, percebeu-se o seguinte resultado: 87% das idosas moram com companheiro ou com familiares e apenas 13% relatam morar sozinhas, estando de acordo com Medeiros & Osório (2002,) que, em sua pesquisa, mostrou que o aumento dos arranjos familiares é efeito, entre outras causas, do fato de cada vez mais as pessoas, no envelhecimento, passarem a morar com outros núcleos familiares.

Gráfico 5: Arranjo familiar

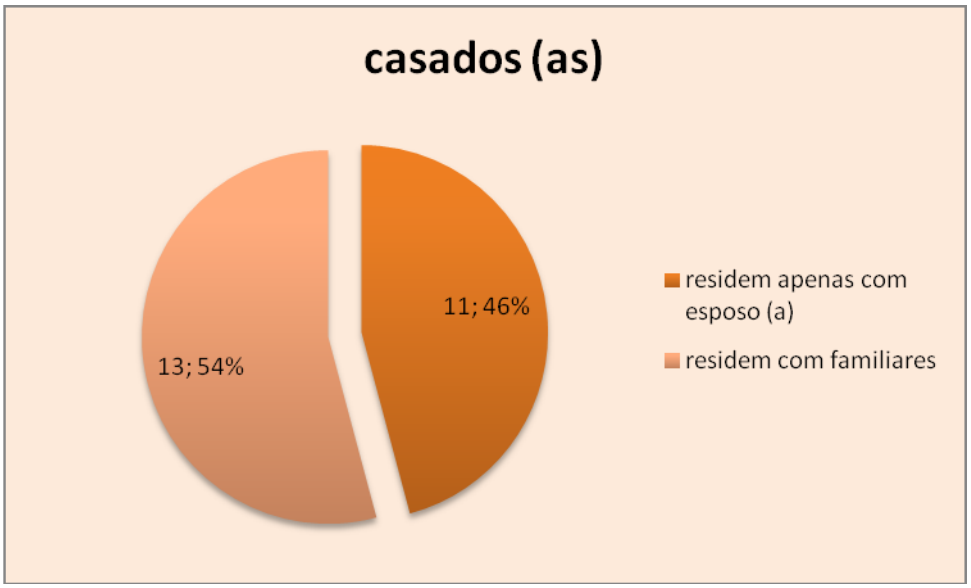


Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

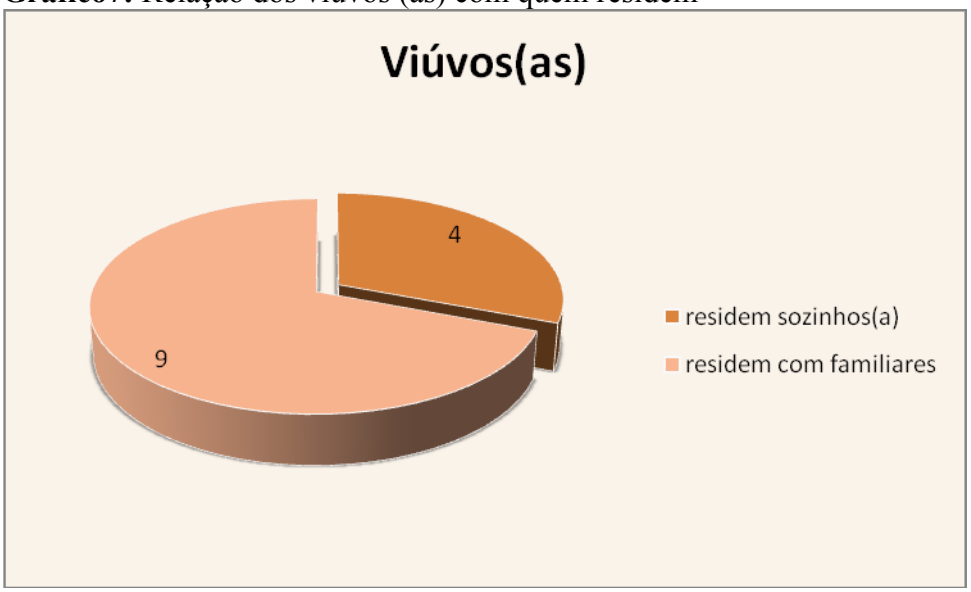
Foi possível observar também que das 24 casadas, 13 delas, o que corresponde a 54%, moram com seus cônjuges e familiares, enquanto 11 delas, o equivalente a 46%, residem apenas com o esposo (gráfico 6), estando de acordo com a pesquisa realizada por Diogo, (1997) na qual dos 37 idosos casados somente 6 convivem apenas com o cônjuge, enquanto 11 convivem com algum integrante da família no mesmo domicílio.

Gráfico 6: Relação dos casados (as) que residem acompanhados de familiares ou sozinhos



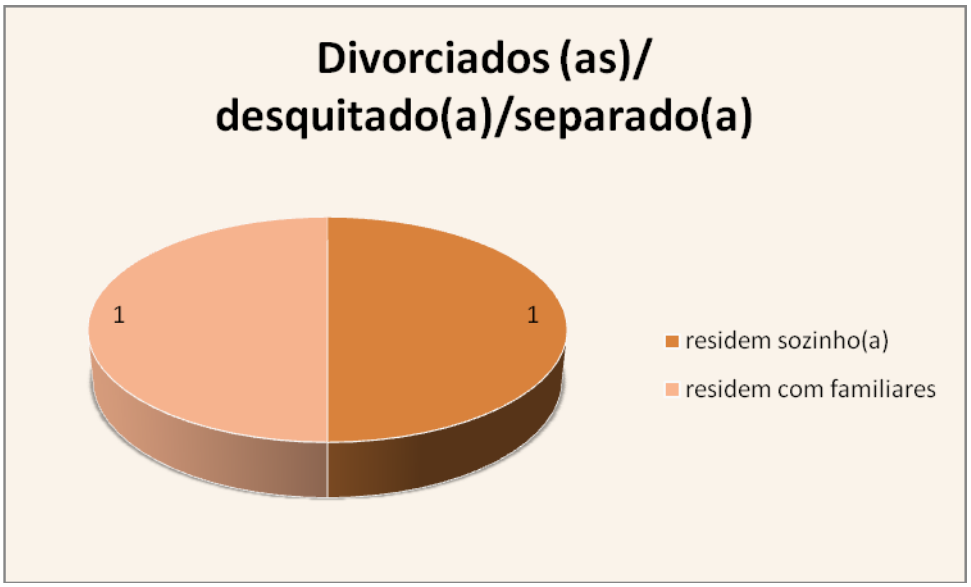
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

Gráfico7: Relação dos viúvos (as) com quem residem



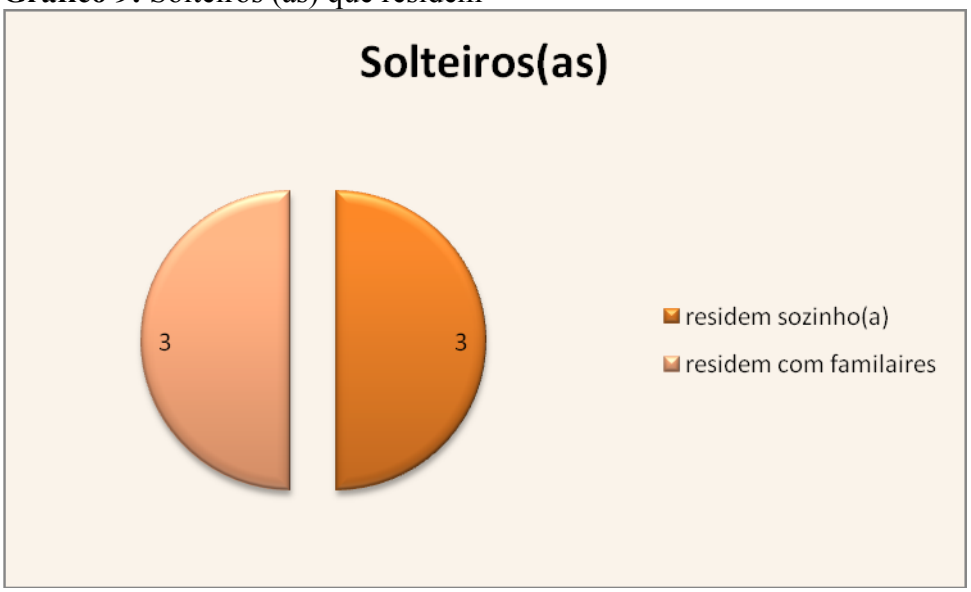
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

Gráfico 8: Relação dos Divorciados (as)/ desquitado(a)/separado(a) com quem residem



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

Gráfico 9: Solteiros (as) que residem



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

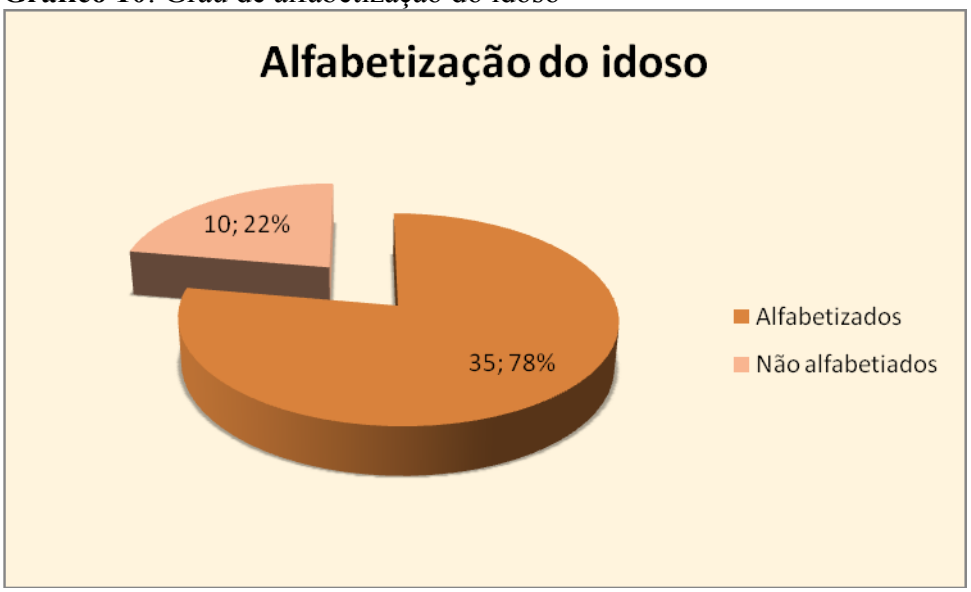
De acordo com os resultados , das 45 participantes da pesquisa, 35 delas (78%) são alfabetizadas, e apenas 10 pessoas (22) estão nas estatísticas do analfabetismo (gráfico10).

A educação ao longo de toda a vida e na velhice é considerada um instrumento fundamental à determinação de uma velhice bem-sucedida.

As taxas de analfabetismo no Brasil são ainda consideradas altas se comparadas com as de outros países. Da metade deste século em diante, a população mostra crescimento acelerado, e, se observarmos, o crescimento de analfabetos se mantém relativamente constante, o que resulta em aumento nos índices de alfabetização. No Brasil, especificamente, o ensino é focado na educação escolar, em que apenas a população jovem está inserida, e torna-se, após certa idade, difícil aos adultos reverterem sua condição de analfabetos. Assim, o envelhecimento de uma geração de analfabetos pode, nesse caso, ser considerado o componente demográfico da estabilização do analfabetismo.

A educação de jovens e adultos (EJA), citada na LDB (Lei de Diretrizes e Bases) como alternativa educacional diferenciada destinada "àqueles que não tiveram oportunidade no acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade própria" (Art. 37), ainda é tratada como forma secundária de oferta educacional, e destinada aos "jovens e adultos trabalhadores". O idoso, por exemplo, (aposentado, ex-trabalhador), por sua vez, nem sequer é citado nos parágrafos que compõem a EJA na LDB (GADOTTI, 2000).

Gráfico 10: Grau de alfabetização do idoso



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

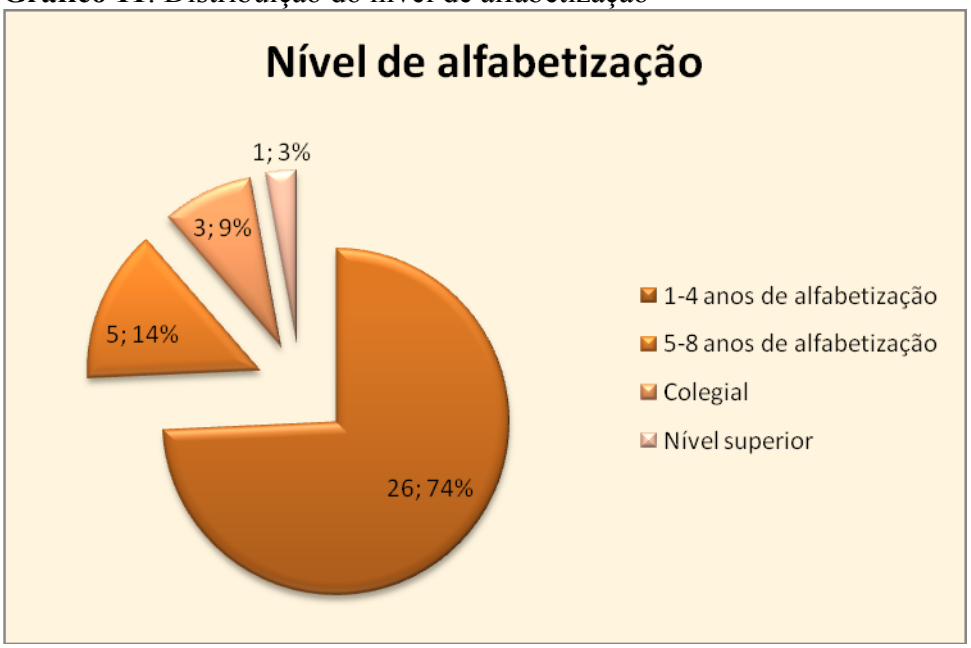
-----x-----x-----

A baixa escolaridade limita o usufruto de bens e produtos culturais e a defesa dos próprios direitos e constitui-se num dos principais fatores de exclusão social.

No que se refere ao grau de escolaridade da população idosa inserida na pesquisa, predominam os que cursaram o primário incompleto referente ao estudo de 1-4 de alfabetização (74%) , seguidos alfabetizados com primário completo de 5-8 anos de estudos. Tal resultado corrobora com as pesquisas de (SANTOS A. A., PAVARINI S. C. I., BRITO T. R.P., 2010), que, ao analisar o grau de escolaridade da população, também observou a alta e significativa porcentagem de idosos com ensino fundamental incompleto (44%).

Quanto mais velha a população maior será a proporção de pessoas sem qualquer nível de escolaridade ou com primário incompleto, situação que reflete as condições sociais de uma época (início do século XX) em que as possibilidades de acesso à educação eram extremamente desiguais, privilegiando as elites e prejudicando, assim, as mulheres que viviam em uma época de desigualdades sociais. A possibilidade educacional há mais de sessenta anos, mesmo na zona urbana, era baixa. A pouca escolaridade dos idosos pode ser um fator que intensifica as desigualdades e dificuldades para acompanhar as transformações do mundo contemporâneo, não esquecendo a importância do saber informal, presente entre os idosos, especialmente a cultura popular , transmitida de geração para geração.

Gráfico 11: Distribuição do nível de alfabetização



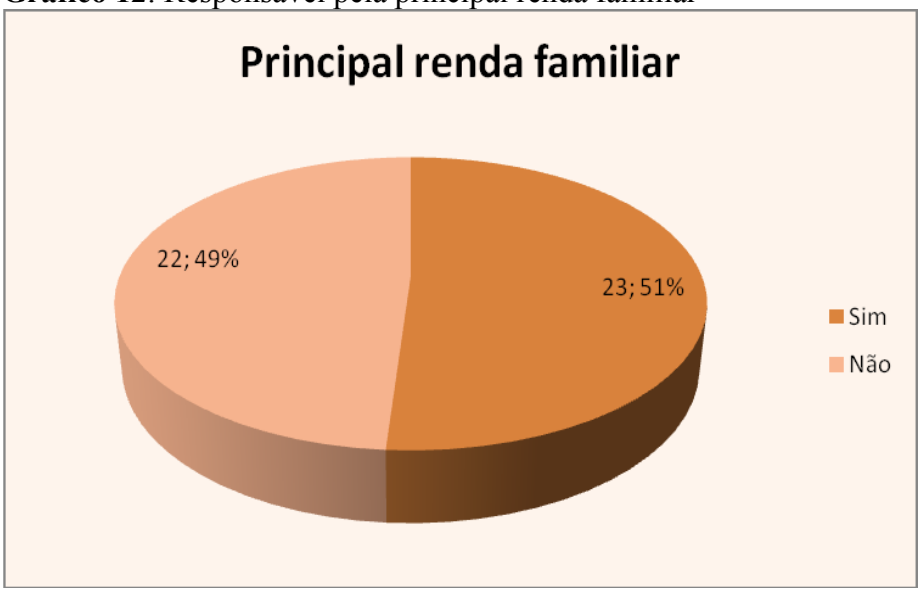
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Com relação a renda per capta , a pesquisa revelou que a principal fonte de renda era de origem das idosas (51%) em contrapartida aos 49% que não era responsável pela principal renda da família (gráfico 12), o que corrobora com (SANTOS A. A., PAVARINI S. C. I., BRITO T. R.P., 2010), que, em sua pesquisa feita acerca da vulnerabilidade social dos idosos inseridos no PSF da cidade de são Carlos, utilizou como base o valor do salário mínimo vigente na época da coleta dos dados, (R$ 415,00), achando-se , que 60% dos idosos entrevistados eram os principais responsáveis pela renda familiar.

É possível observar, em muitos casos, que o idoso é o provedor do sustento ou exerce o papel de cuidar dos netos enquanto os outros membros da família trabalham fora do espaço doméstico.

Gráfico 12: Responsável pela principal renda familiar

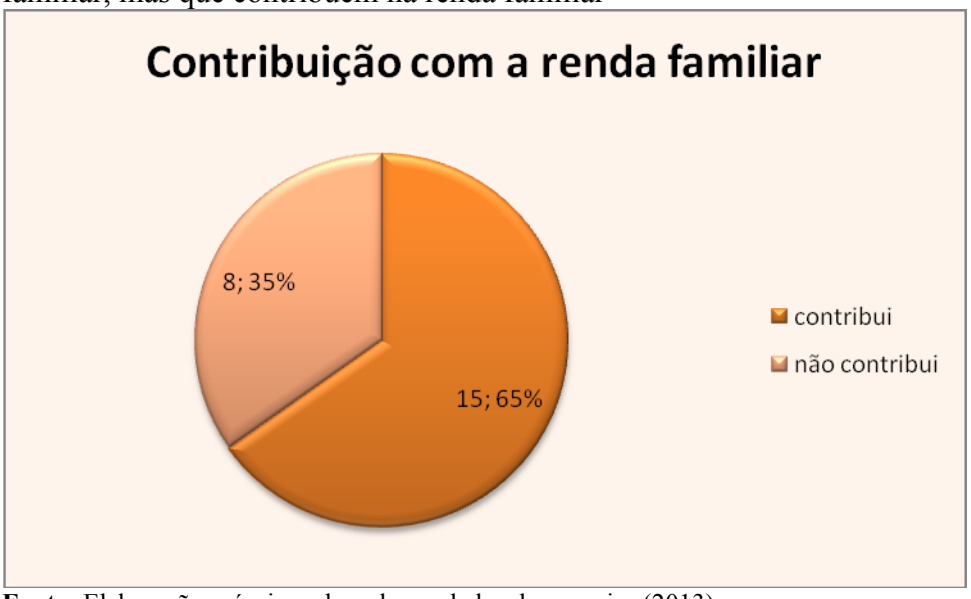


Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Seguindo com o resultado supracitado, foi observado que das 49% das idosas, que eram responsáveis pela principal renda, 65% contribuíam com o sustento da casa (gráfico 12). Tal resultado confirma-se com Camarano & Ghaouri, (1999) e Camarano & Pasinato (2002), que relatam que as mulheres estão perpetuando sua participação no mercado de trabalho e contribuindo na economia das famílias, passando, em muitos casos, a sustentar outros membros jovens e adultos.

Gráfico 13: Distribuição das pessoas que não são os principais responsáveis pelo sustento familiar, mas que contribuem na renda familiar



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

5.2 CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE DE VIDA DOS SUJEITOS PESQUISADOS

Foi perguntado ainda acerca dos cuidados para o dia-a-dia que essas idosas necessitavam. Os resultados obtidos foram que das 45 entrevistadas, 33 não necessitavam de cuidados, e, 12 relataram necessitar de algum cuidado, como pode ser visto no gráfico 14.

Gráfico 14: Distribuição dos que necessitam de cuidados para o dia-a-dia

Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

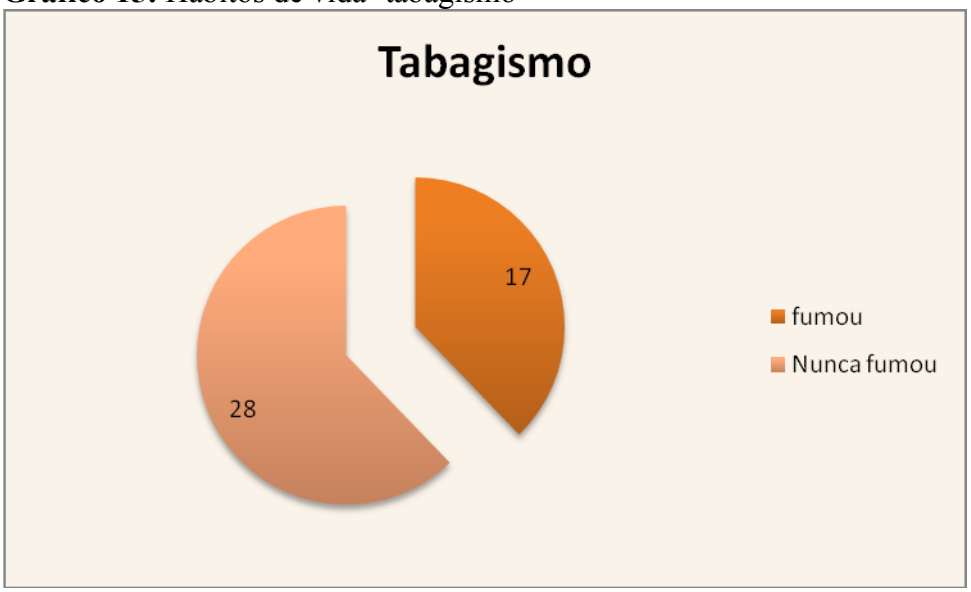
-----x-----x-----

A pesquisa abordou ainda as questões de tabagismo e alcoolismo dos entrevistados.

No que se refere ao tabaco, foi possível observar que o índice de não fumantes (21 pessoas) prevaleceu em relação ao de fumantes (17 pessoas), porém ainda é uma quantidade considerável.

Embora os benefícios do cessar do hábito de fumar sejam maiores entre os mais jovens, o abandono do vício do cigarro em qualquer idade reduz o risco de morte e melhora a condição geral de saúde. Tem sido amplamente demonstrado que o hábito de fumar, entre idosos, está, entre outras causas, associado ao maior risco de mortalidade e morbidade por doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, doenças respiratórias e diversos tipos de cânceres (LIMA-COSTA M. F., PEIXOTO S. V., GIATTI L., 2000).

Gráfico 15: Hábitos de vida- tabagismo



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Com relação ao etilismo, foi apresentado que 40 pessoas da pesquisa não eram consumidores de álcool, e apenas cinco fizeram uso do mesmo. Foi possível ainda observar que, dentre os 5 cinco que fizeram uso do álcool durante a vida, todos os cinco pararam a utilização (gráfico 16).

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade. Nas últimas décadas, o consumo de álcool vem aumentando no mundo todo, sendo que a maior parte deste aumento vem acontecendo em países em desenvolvimento e existem diferenças entre o consumo do álcool em relação ao gênero masculino e feminino, sendo o uso abusivo mais freqüente entre homens (ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F, 1993; ALMEIDA-FILHO, N. et. al., 2004).

Em uma pesquisa realizada pelo INCA (2003) , analisando um número x de pessoas separadamente por gênero, observou-se que a prevalência de consumo atual entre homens variou de 48,9% a 72,1%, enquanto que em mulheres essa variação foi de 19,7% a 47,5%. Mesmo as mulheres utilizando o álcool (47,5%), a quantidade inferior é a menor encontrada para homens. Observa-se que mesmo a maior taxa encontrada, reafirma um baixo índice de mulheres consumidoras de álcool etílico.

As bebidas alcoólicas têm efeitos devastadores nos órgãos vitais das pessoas idosas, principalmente no cérebro, provocando inúmeros transtornos ao processo de envelhecimento. Independente da razão do consumo, o álcool interfere na coordenação motora, provoca desorientação, quedas, consequentemente aumento de fraturas, acidentes e queimaduras

porque a sua tolerância no organismo do idoso é sempre menor e a velocidade das doenças decorrentes do alcoolismo é maior (BERGER e MAILLOUX-POIRIER,1995).

Gráfico 16: Hábitos de vida – bebida alcoólica

Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

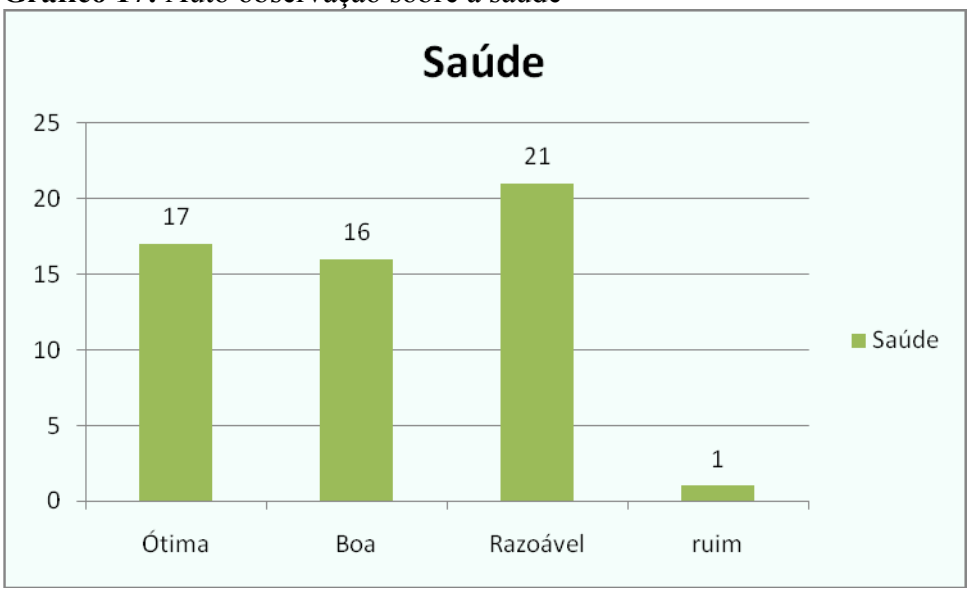
5.2.1 A percepção do sujeito da pesquisa sobre a saúde e a qualidade de vida e suas condições físicas de saúde

Os idosos, ao pensar em saúde, conseguem ultrapassar as limitações sócio-culturais que cercam suas vidas, como o nível de escolaridade, abordando o bem-estar físico e social, incluindo, também, a parte espiritual e religiosa para o enfretamento de vários sofrimentos e dificuldades da vida.

É também possível estabelecer uma diferença entre a saúde e a velhice, afirmando que não há interferência direta do aumento da idade com o estado de saúde, reconhecendo a maior probabilidade de perdas e limitações com o próprio envelhecimento.

Os alvos da pesquisa, as idosas, consideraram-se felizes, apresentando de modo geral uma boa satisfação em sua auto avaliação acerca de sua saúde. Em números, podemos afirmar que, das 45 estudadas, 21 consideraram sua saúde razoável, 17 consideraram ótima, 16 acharam boa sua saúde em contrapartida de apenas 1 pessoa considerar ruim (gráfico 17).

Gráfico 17: Auto observação sobre a saúde



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

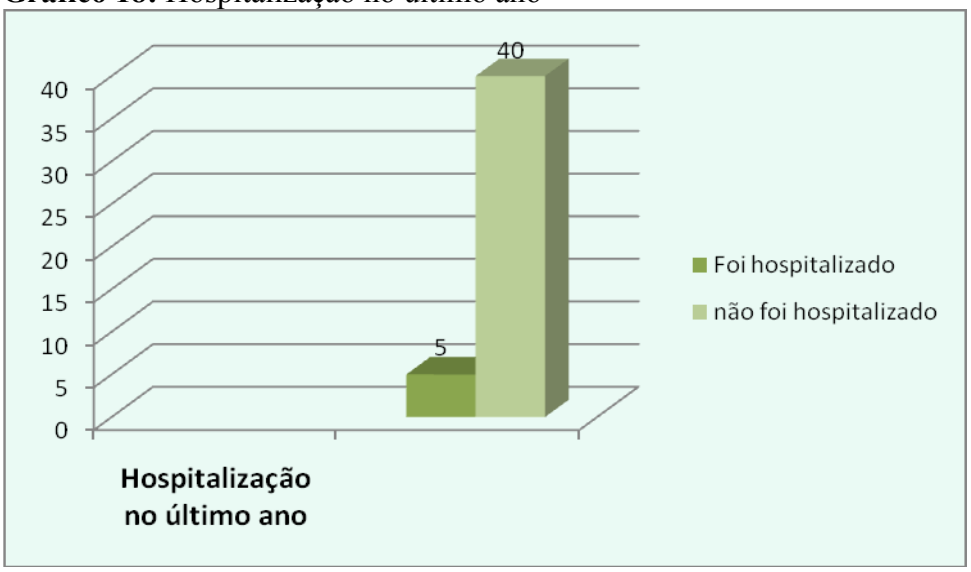
-----x-----x-----

Nos achados da pesquisa, foi observado que das 45 idosas apenas 5 relataram internação no último ano, enquanto as 40 restantes afirmaram não ter ocorrido nenhum incidente relacionado a quedas. (gráfico 18).

Esse resultado pode ser considerado uma exceção nas estatísticas relatadas pelo ministério da Saúde, segundo o qual a quantidade de internações aumenta a cada ano e as mulheres são as mais atingidas.

Entre as mulheres, foram 20.778 mil internações em 2009 e, entre eles, 10.020 mil (dados até outubro de 2010). Doenças, como a osteoporose, as deixam mais vulneráveis às fraturas. Os homens caem, mas não fraturam tanto quanto as mulheres. Em 2001, esses números eram bem menores: 15 mil internações do sexo feminino e 7 mil do sexo masculino. (MINISTÉRIO SAÚDE, BRASIL, 2010).

Gráfico 18: Hospitalização no último ano



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

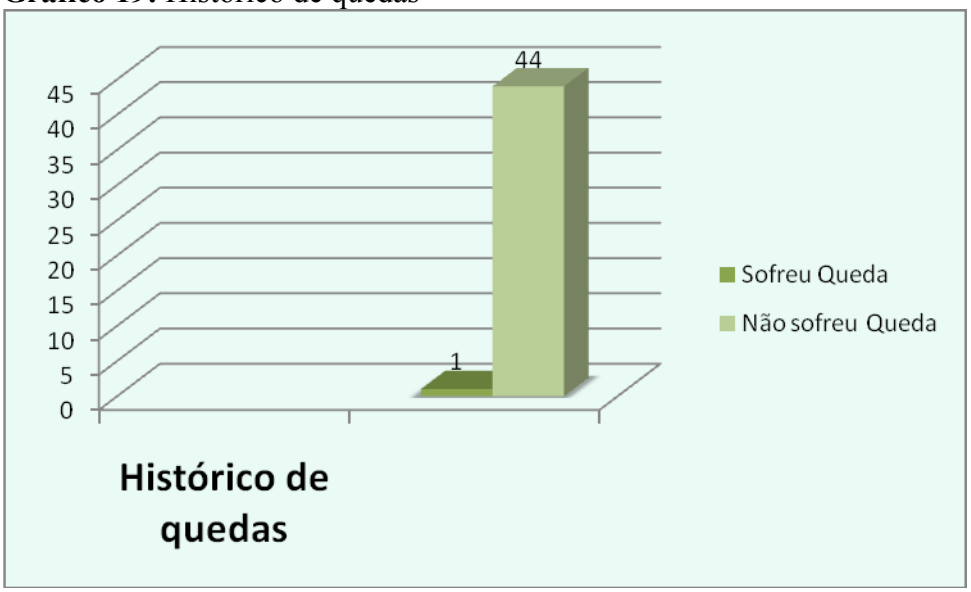
O acometimento de quedas em população idosa é um assunto muito discutido nos últimos anos, acarretando sérios prejuízos à qualidade de vida desse grupo especificamente, aumentando o risco de imobilidade e dependência familiar.

A queda está associada à dificuldade de visão, auditiva, uso inadequado de medicamentos, dificuldade de equilíbrio, perda progressiva de força nos membros inferiores, osteoporose, dentre outras situações clínicas que culminam na maior probabilidade de uma pessoa idosa cair.

A cada ano, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem gastos crescentes com tratamentos de fraturas em pessoas idosas. Em 2009, foram R$ 57,61 milhões até outubro com internações (MINISTÉRIO SAÚDE, BRASIL, 2010).

Durante a investigação, foi verificado que no histórico de quedas das entrevistadas constavam apenas uma estatística de acometimento de queda, enquanto 44 não tinham nenhum histórico de quedas no último ano (gráfico 19), diferentemente dos resultados apresentados na pesquisa realizada por Fabrício, Rodrigues e Costa Junior (2004), que mostrou uma realidade que não difere substancialmente daquela encontrada em nosso pais. Segundo a autora da pesquisa, a maioria das quedas ocorreu entre idosos do sexo feminino, com idade média de 76 anos, no próprio lar do idoso. As causas foram principalmente relacionadas ao ambiente físico, acarretando sérias consequências aos idosos, sendo as fraturas as mais frequentes sequelas.

Gráfico 19: Histórico de quedas



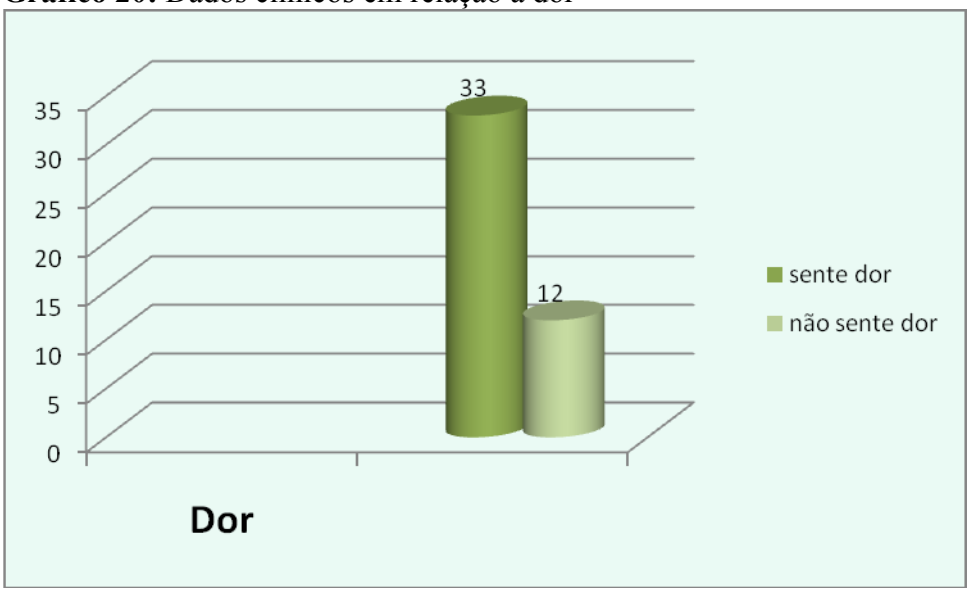
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Segundo Andrade, Pereira & Sousa, (2006) a dor pode estar associada a transtornos psicológicos, como lembranças e sentimentos negativos bem como sofrimento prolongado e a dor física especificamente, fator limitante de funções, aumentando a agitação, o risco de estresse emocional e de mortalidade, afetando parte do corpo, ou regiões, e limitando o funcionamento físico dos indivíduos idosos. Essa pré-disposição dos idosos para lesões pode estar associada ao processo de senescência, ou seja, o envelhecimento fisiológico, ocorrendo, para tanto, alterações em vários sistemas as quais diminuem a funcionalidade.

De acordo com os achados da pesquisa, a maior parte das idosas sentem ou referem dor em contrapartida a apenas 12, que não se referiram a nenhuma dor (gráfico 20).

Gráfico 20: Dados clínicos em relação à dor



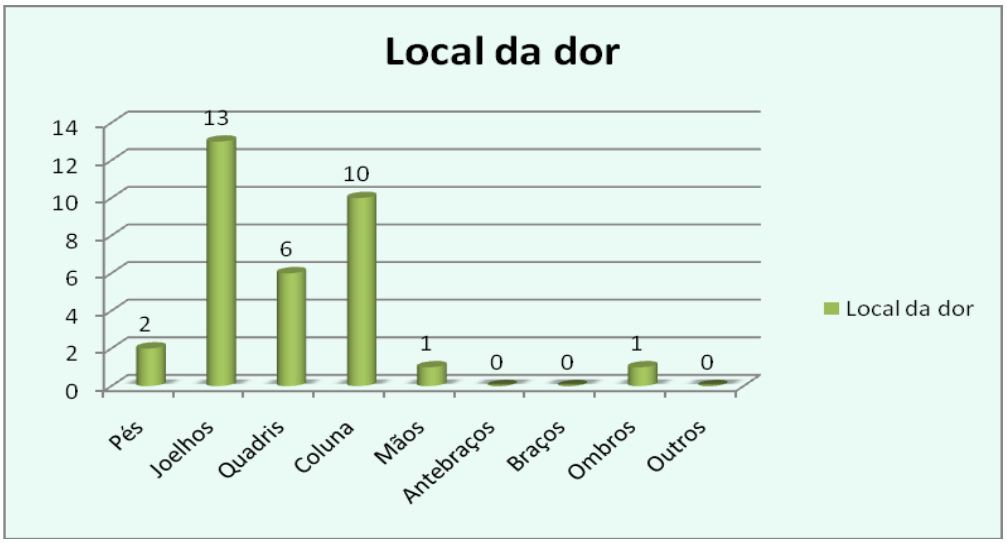
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

De acordo com o local da dor, foram relatadas maiores dores nas regiões dos joelhos (13 pessoas) , em seguida a coluna (10 pessoas) e, por último, a região dos quadris (gráfico 21).

Segundo a pesquisa realizada por Celich e Galon (2009) acerca da dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social, que teve como amostra 48 idosos, os lugares mais prevalentes de dor crônica foram: coluna lombar e cervical, pernas, articulação do joelho e membros superiores.

Gráfico 21: Local da dor



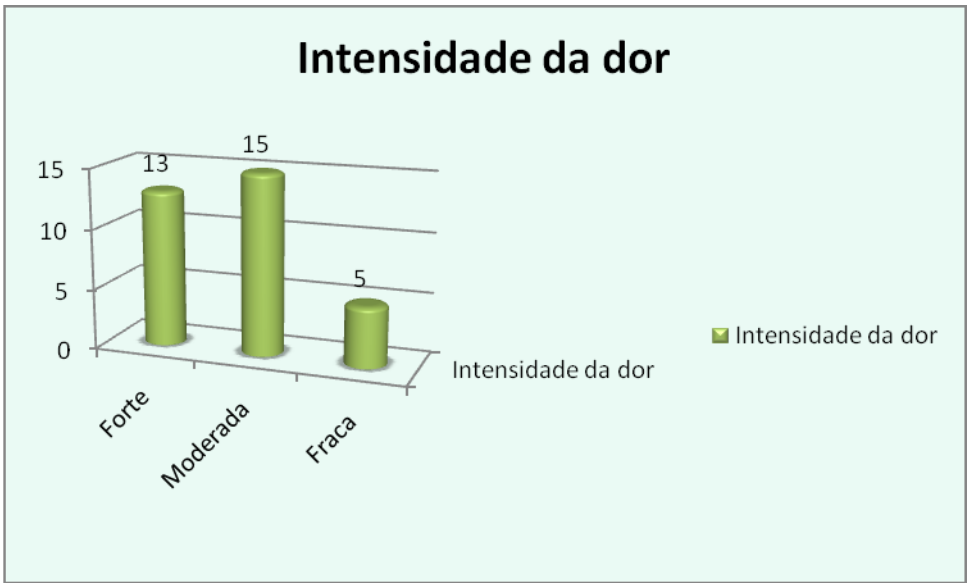
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Foi relatado grande intensidade de dores pelas idosas da pesquisa. De acordo com os achados, 15 participantes relataram sentirem dores moderadamente, 13 afirmaram sentirem fortes dores e apenas 5 relataram sentirem fracas dores (gráfico 22).

Helme e Gibson (1997), em estudo conduzido com 1000 idosos não institucionalizados, encontraram prevalência de dor crônica em 51,0% dos jovens idosos (60 a 75 anos), 48% dos idosos (75 a 85 anos) e de 55% dos muito idosos (mais de 85 anos), semelhante ao presente estudo. Em outra amostra de 172 idosos (65,4% de mulheres), em Londrina, PR, dor crônica foi relatada por 107 dos participantes (62,2%), sendo que as mulheres mencionaram dor crônica (40,7%) mais frequentemente que os homens (21,5%), reforçando os dados deste estudo. A prevalência de dor geral foi de 73,9%, sendo crônica para 67,7% dos idosos, acometendo com maior frequência o gênero feminino (69,6%).

Gráfico 22: Intensidade da dor



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

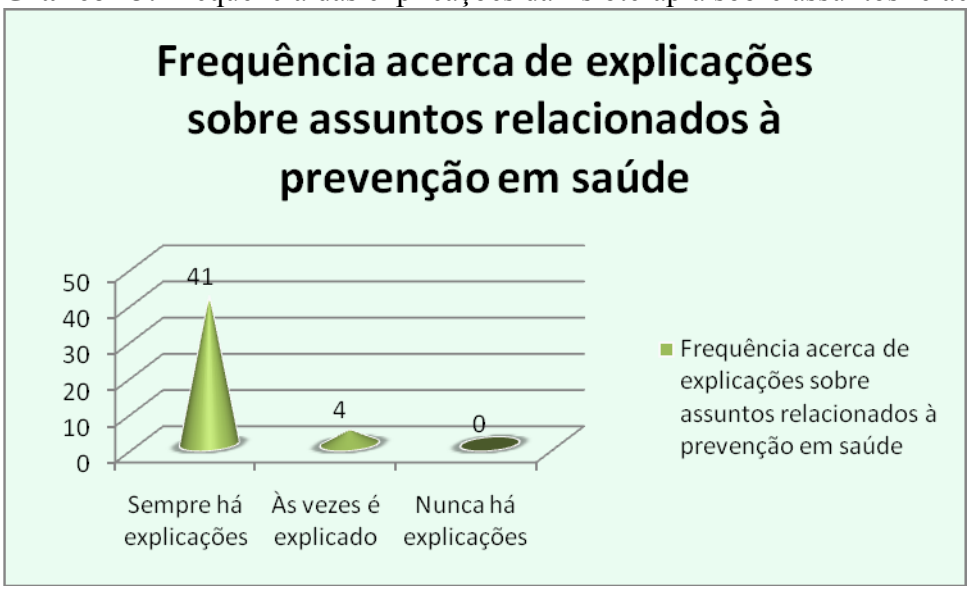
5.2.2 A percepção dos sujeitos da pesquisa sobre a influência da fisioterapia aos assuntos que se relacionam à saúde e à qualidade de vida

A partir destes conceitos, vale ressaltar a pesquisa de Neuwald e Alvarenga (2005), na qual os 20 pacientes tidos como amostra e que realizaram vinte sessões de fisioterapia, relataram que, durante seus atendimentos, tiveram uma presença inexpressiva nas práticas de trabalhos educativos em saúde, ressaltando, assim, a importância da informação, comunicação

e educação em saúde na construção da cidadania e de comportamentos que promovam a saúde dos indivíduos.

Segundo as participantes da pesquisa (gráfico 23), 41 das idosas relataram a presença do trabalho educativo durante as sessões de fisioterapia, como, por exemplo, prevenção de doenças, prevenção de quedas, alimentação saudável, orientação para seguir as recomendações médicas, uso correto de medicamentos, bem como os exercícios regulares referentes à fisioterapia e apenas 4 idosas da pesquisa não relataram que se foi falado sobre os assuntos acima citados, diferenciando dos achados da pesquisa dos autores supracitados

Gráfico 23: Frequência das explicações da fisioterapia sobre assuntos relacionados à saúde



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Segundo os achados da pesquisa, representado no Gráfico 24, pode-se observar expressivamente a influência da fisioterapia, seja ela preventiva ou curativa, na vida dos indivíduos pesquisados.

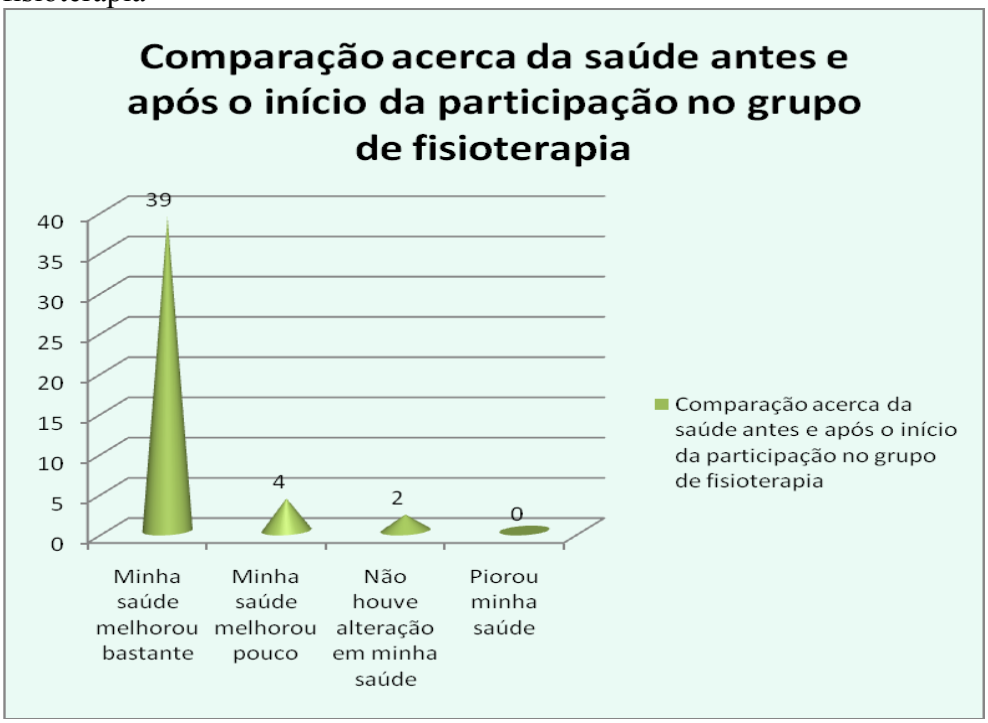
Corroborando, dessa forma, com a pesquisa realizada acerca dos efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas feita por Montenegro (2006), que utilizou duas instituições de longa permanência para idosas, na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, e abrigaram 45 mulheres idosas cada uma.

A amostra foi homogênea, composta de 42 idosas e foram divididas em dois grupos: O grupo experimental composto de 22 idosas residentes na primeira instituição e o grupo controle composto de 20 idosas residentes na segunda instituição. Todas as 42 idosas eram

portadoras de doenças crônicas musculoesqueléticas, e, apresentavam condições de locomoção com ou sem uso de dispositivos auxiliares para a marcha, O grupo experimental foi submetidos ao tratamento fisioterapêutico durante um ano e ao fim do programa foi observado uma melhora significativa no desempenho das principais atividades funcionais , em relação a primeira avaliação do mesmo grupo, no inicio do programa, e também em relação ao grupo controle.

Foi comprovado que todas do grupo experimental sofreram influências qualitativas do programa, entre as mais citadas: melhora de sua disposição para arrumar a casa, melhora do sono, aumento da velocidade do andar, adoção de medida de segurança para executar as atividades. Conclui-se que o programa de fisioterapia, realizado durante um ano, foi eficaz para propiciar uma melhora significativa no desempenho das atividades funcionais das idosas, reduzindo incapacidades e quedas, e, dessa forma, contribuiu para autonomia e independência de mulheres idosas institucionalizadas.

Gráfico 24: Comparação acerca da saúde antes e após o início de participação no grupo de fisioterapia



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

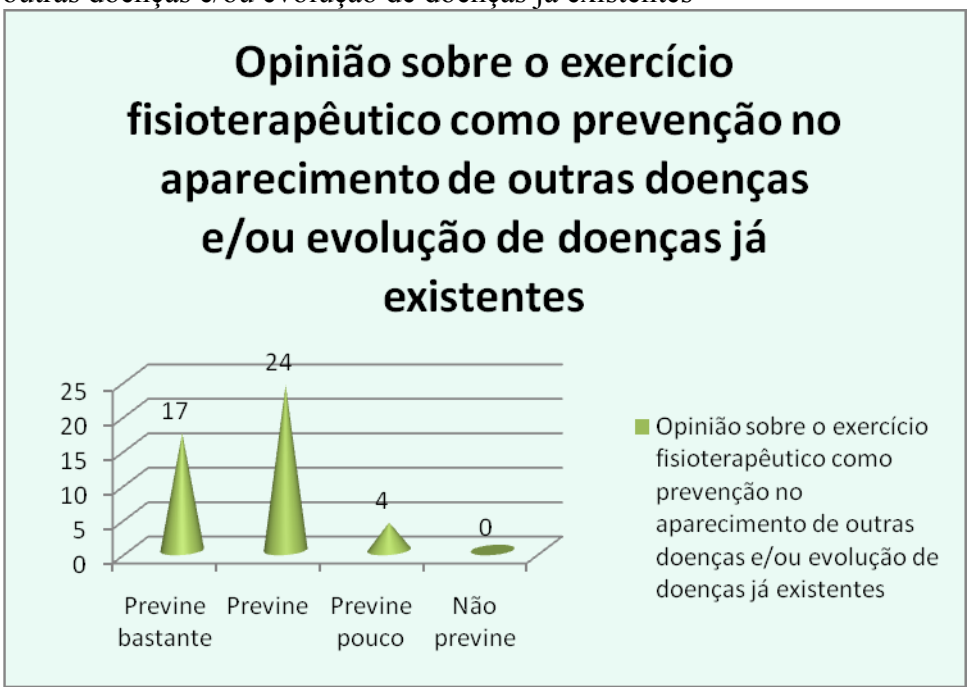
Ao analisarmos a opinião sobre o exercício fisioterapêutico como prevenção no aparecimento de outras doenças e/ou evolução de doenças já existentes, (gráfico 25), foi observado que 24 entrevistadas sentiram que a fisioterapia tem influência na prevenção e na

evolução das doenças, e 17 acentuaram ressaltando prevenir bastante o aparecimento ou agravo das doenças já existentes.

Segundo Meirelles *apud* Gandolfi e Skora (2001), a atividade física na terceira idade acentua o bem estar físico e mental e a autoconfiança, bem como gera maior disposição, aumento da mobilidade articular e intensificação da circulação sanguínea, prevenindo, assim, o avanço das doenças crônicas articulares e sistêmicas, sobretudo nas extremidades, aumento da coordenação e reação-combate à depressão , medo, solidão, pois além de tudo, leva o idoso a uma reintegração na comunidade.

Os efeitos salutares do trabalho fisioterapêutico, mesmo quando a paciente nunca foi ativa, são úteis, pois ao dar início a atividade física, começa-se a melhorar os seus fatores de risco para o aparecimento de novas doenças e diminuição de agravamento de doenças já existentes.

Gráfico 25: Opinião sobre o exercício fisioterapêutico como prevenção no aparecimento de outras doenças e/ou evolução de doenças já existentes



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

O profissional fisioterapeuta, até pouquíssimo tempo atrás, apresentava pouco destaque profissional na atenção primária à saúde, uma vez que os cursos de Fisioterapia existentes no Brasil priorizavam a ação curativa, valorizando pouco o modelo assistencial vigente, dificultando a inserção do Fisioterapeuta na Saúde Pública, mais especificamente no Programa de Saúde da Família (PSF).

Com o passar dos tempos, observaram que os cuidados primários e a educação em saúde é condição fundamental para a concretização das diretrizes de uma assistência à saúde realmente integral, ao contrário do tradicional modelo medicalizado, fragmentado ou centrado no atendimento hospitalar, baseado na dependência e exclusão social. O Fisioterapeuta é um profissional fundamental para desenvolvimento de uma assistência à saúde da população, que se baseia na inclusão social, centrada na comunidade e na participação efetiva desta, na conquista da saúde como instrumento através do qual cidadãos possam realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades, adquirindo a capacidade de mudar seu entorno ou enfrentá-lo (SANTOS SOUZA, 2008).

Em opinião unanime, as pesquisadas relataram o importância da influência da fisioterapia em seus cotidianos, confirmando as opiniões dos autores supracitados.

Gráfico 26: Consideração acerca da fisioterapia

Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

PARTE 2: QUESTIONÁRIO 2 – WHOQOL-BREF

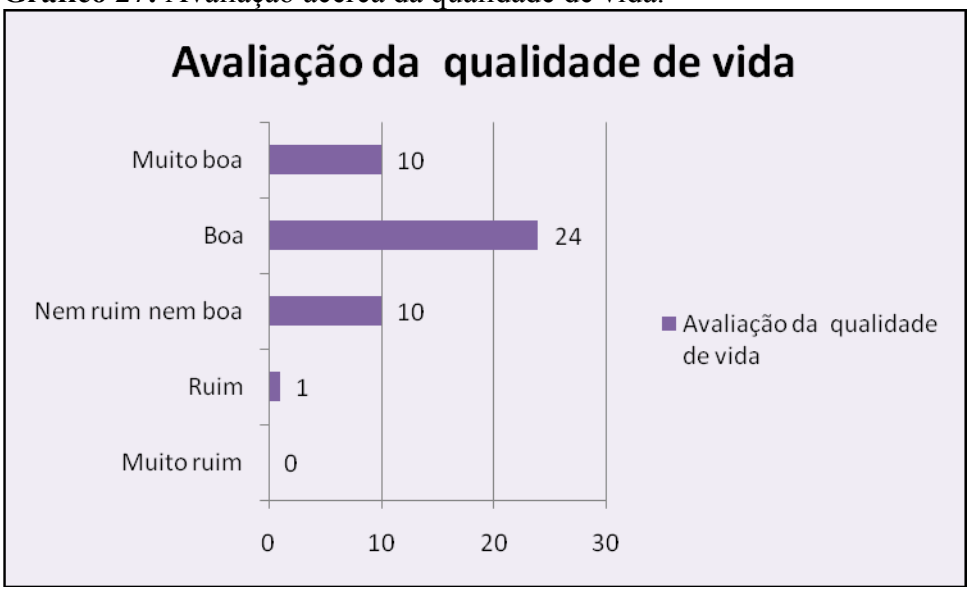
O trabalho juntamente às políticas públicas à saúde do idoso aplicadas na prática podem contribuir para a elevação do nível de qualidade de vida desses indivíduos. Qualidade de vida pode ser entendida como a capacidade idoso de gozar de envelhecimento ativo, saudável e com sua capacidade funcional preservada.

No gráfico 27, foi observado um grande número de entrevistadas avaliando sua qualidade de vida pessoal como muito boa e boa.

A QV refere-se à percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais vive, e em relação às suas metas, expectativas e padrões sociais.

Trata-se de um conceito multidimensional, no qual podemos classifica-los como qualidade de vida em geral e qualidade de vida relacionada à saúde. O primeiro aspecto está relacionado aos fatores externos, como por exemplo a cultura, a presença de doenças, o estado financeiro e a relação com a sociedade. No segundo aspecto, a qualidade de vida relacionada à saúde, podemos encontrar o bem-estar psicológico (incluindo satisfação com a vida), como, por exemplo, satisfação pessoal, auto estima, humor, controle emocional, capacidade de executar suas Atividades de Vida Diária (AVDs), vigor, lazer, relações pessoais entre outros (VIANA, 2003).

Gráfico 27: Avaliação acerca da qualidade de vida.



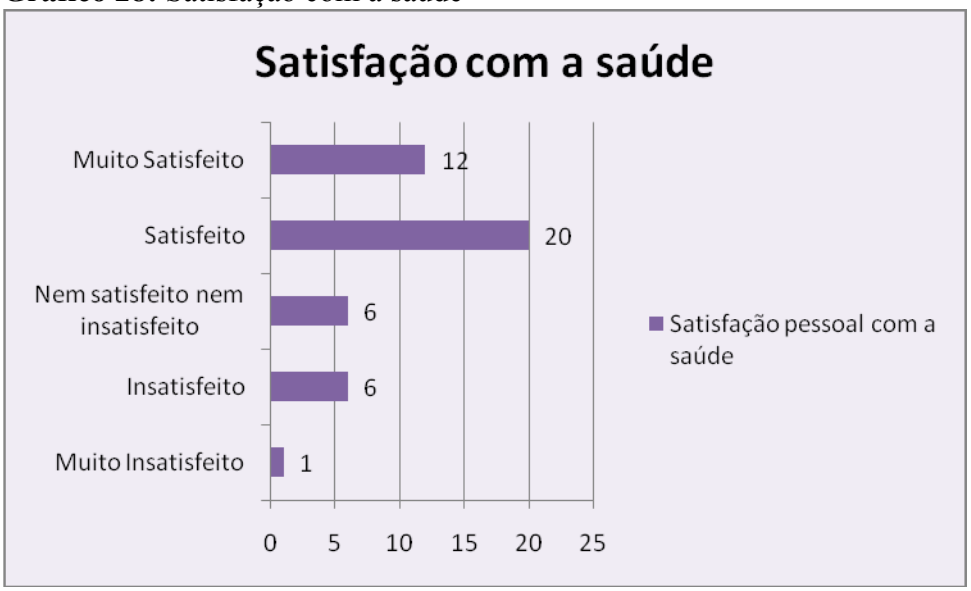
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

A percepção da saúde foi avaliada a partir da autopercepção das condições que cercam os indivíduos. De acordo com o gráfico 28, observou-se um auto índice de satisfação entre as entrevistadas. Tais achados reafirmaram o estudo de Capitanini (2000), com idosas residentes em Poços de Caldas (MG), que se descreveram como pessoas altamente satisfeitas com a vida, com uma boa velhice e, o passar dos anos, a auto-avaliação da saúde não foi deteriorada porque os idosos avaliam a saúde como boa quando ela é suficiente para viver.

A saúde não é percebida como ausência total de doença, mas sim uma avaliação ligada a expectativas sobre o que esperar da velhice. Elas acrescentaram ainda na pesquisa que os filhos eram as relações mais significativas e os amigos eram os mais efetivos para o bem-estar psicológico.

Gráfico 28: Satisfação com a saúde



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

As questões seguintes são sobre o quanto se tem sentido alguma coisa nas últimas duas semanas.

A dor, o processo inflamatório, a degeneração e a rigidez articular, ocasionadas pelas doenças e pelas deficiências musculoesqueléticas presentes nos idosos, promovem incapacidades em atividades funcionais. Tais dificuldades sugerem que quanto maior a dificuldade do idoso em realizar atividades de vida diária (AVD) maior é o indicativo de saúde ruim. A dor e as incapacidades funcionais, resultam em desvantagem e pioram a integração social. De acordo com o gráfico 29, 17 entrevistadas relataram que a dor não é fator isolado para o empecilho, 15 disseram ser muito pouco empecilho e apenas 4 delas relataram como fator extremamente importante para a ausência de realização dos afazeres de suas AVDs.

Gráfico 29: Em que medida a dor (física) impede a realização dos afazeres que se precisa.

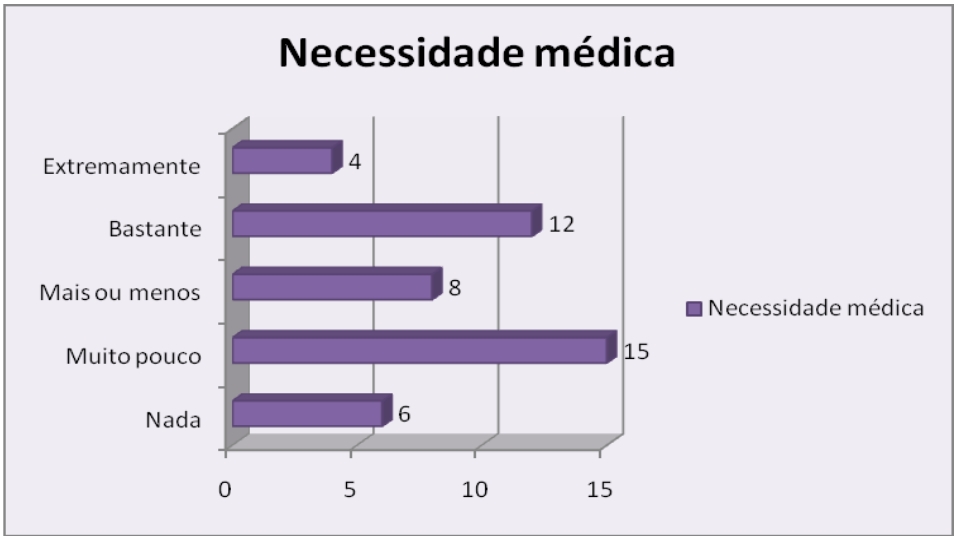
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Dados do Ministério da Saúde apontam que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários aumentando assim as estatísticas no aumento a procura e no tempo de procura (Lima-Costa et. al., 2003).

Observando o gráfico 30, foi possível verificar uma diversidade nos resultados. Foram achadas 4 entrevistadas que relataram terem extrema necessidade de tratamento médico, 12 sentiam bastante necessidade médica, 8 ficaram posição indecisa, 15 sentiam muito pouco necessidade e apenas 6 não sentiam necessidade de utilização do tratamento medico.

Gráfico 30: Avaliação acerca da necessidade de tratamento médico para levar a vida diariamente



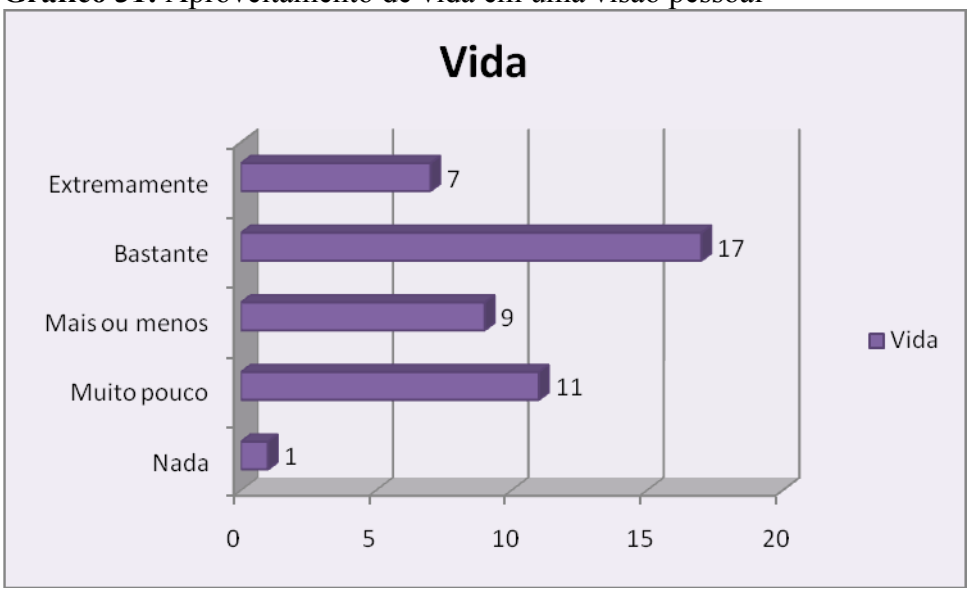
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

De acordo com o gráfico 31, em relação ao aproveitamento de vida em uma visão pessoal, foi observado que das 45 idosas pesquisadas, 17 relatam um forte índice de aproveitamento, enquanto 11 tiveram muito pouco aproveitamento da vida.

Segundo Paschoal (2000), avaliar a própria vida para saber se é boa ou ruim é um exercício que leva em conta aspectos intra-psíquicos complexos, abrangendo julgamentos, emoções e projeções para o futuro. Os fatores pessoais e ambientais, bem como a saúde e a doença, se relacionam na visão do indivíduo, determinando de que maneira e o quanto ele valoriza e se sente satisfeito com sua vida. Essa satisfação irá depender não apenas da sensação de prazer e ausência de sofrimento, mas também terá como contribuição esperança, visão de futuro, significado, persistência e auto eficiência.

Gráfico 31: Aproveitamento de vida em uma visão pessoal



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

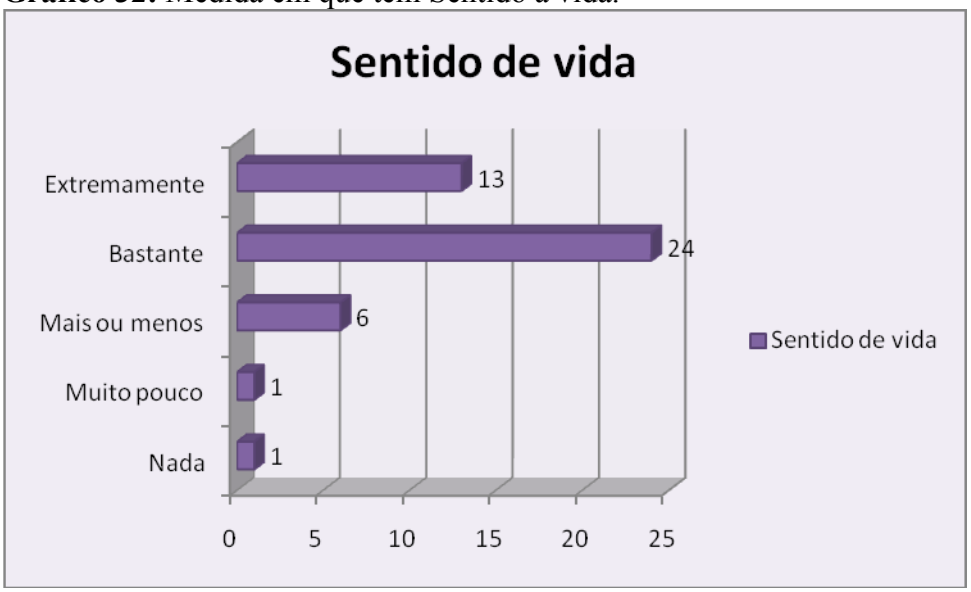
-----x-----x-----

A velhice pode ser considerada a soma das diversas experiências vividas e das atitude tomadas diante da vida, das coisas aprendidas, da capacidade de realizar coisas significativas e se sentir também importante para si mesmo e para as outras pessoas.

Frank (1978) acredita que o sentido da vida não pode se resumir apenas em viver suas próprias expectativas; é preciso pensar em algo mais valoroso, como procurar por um sentido que inclua a humanidade em geral, como um todo, a exemplo de condições de sobrevivência, de qualidade de vida e felicidade que façam cada pessoa chegar com dignidade e boas condições até a velhice.

De acordo com o gráfico 32, 13 e 24 entrevistadas relataram que possuem extremamente e bastante sentido de vida, respectivamente.

Gráfico 32: Medida em que tem Sentido a vida.



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

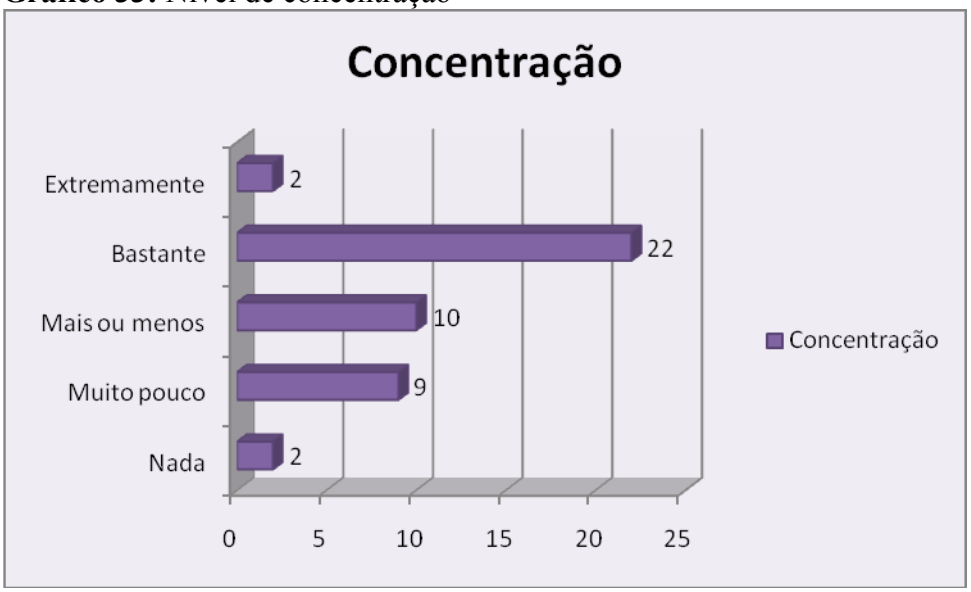
-----x-----x-----

Para De Vitta (2000), algumas alterações biológicas do organismo resultam naturalmente do envelhecimento normal e universal, sendo comum em todos os seres vivos.

Para Zimerman (2000), o ser humano apresenta uma série de mudanças psicológicas com o envelhecimento, as quais resultam na dificuldade de adaptações a novos papeis sociais, falta de motivação, baixa-estima, auto-imagem baixa, dificuldade de mudanças rápidas e algumas aumentam o risco de vulnerabilidade, podendo chegar ao quadro de depressão, caracterizado por perda de interesse, diminuição da concentração, rebaixamento do humor, fadiga, falta ou excesso de sono, diminuição do apetite, perda de peso e depressão.

De acordo com o nível de concentração mostrado no gráfico 33, foi analisado que a maioria das entrevistadas possuía um nível com concentração bastante elevado, o que pode ser explicado seguindo a linha de pensamento do autor Assis (2004), que afirma que a prática regular de exercício físico no idoso contribui significativamente para o controle da depressão e diminuição da ansiedade, aumento e/ou manutenção dos níveis de concentração, possibilitando a este maior familiaridade com o seu corpo e mente, reduzindo os riscos de depressão e declínio cognitivo (SPIRDUSO E CRONIN, 2001).

Gráfico 33: Nível de concentração



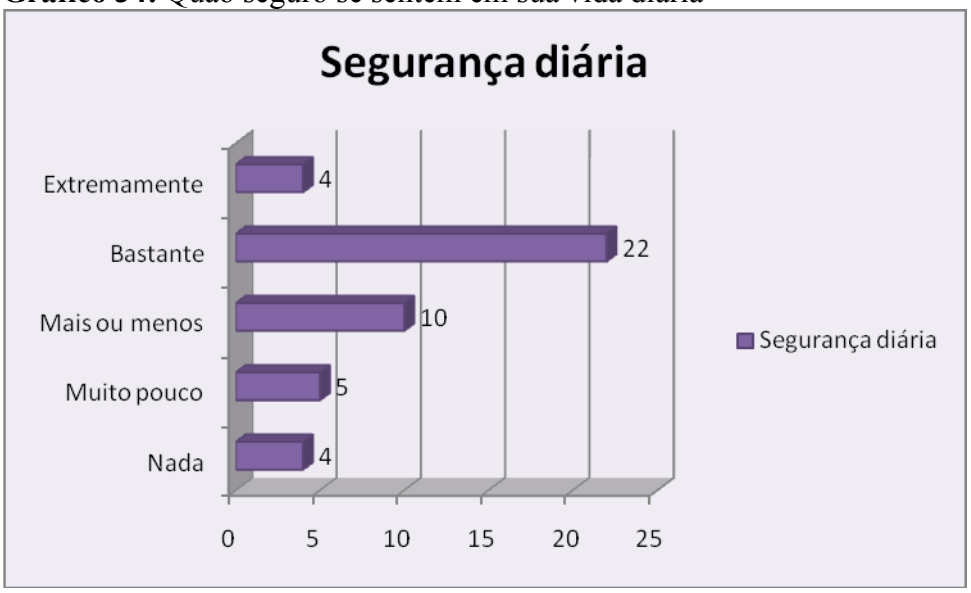
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

A segurança de pessoas idosas, como a de quaisquer outros cidadãos brasileiros, merece a devida atenção por parte de todos, não apenas de parentes ou autoridades públicas, mas da comunidade em geral e, é claro, das próprias pessoas idosas.

De acordo com os achados da pesquisa, 04 idosas relataram sentirem extremamente seguras em seu dia-a-dia, 22 ressaltaram sentirem bastante seguras, 10 apresentaram resposta mediana, 05 discordaram achando muito pouco seguro seu ambiente de convívio e 04 exprimiram não sentirem segurança diária.

Gráfico 34: Quão seguro se sentem em sua vida diária



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

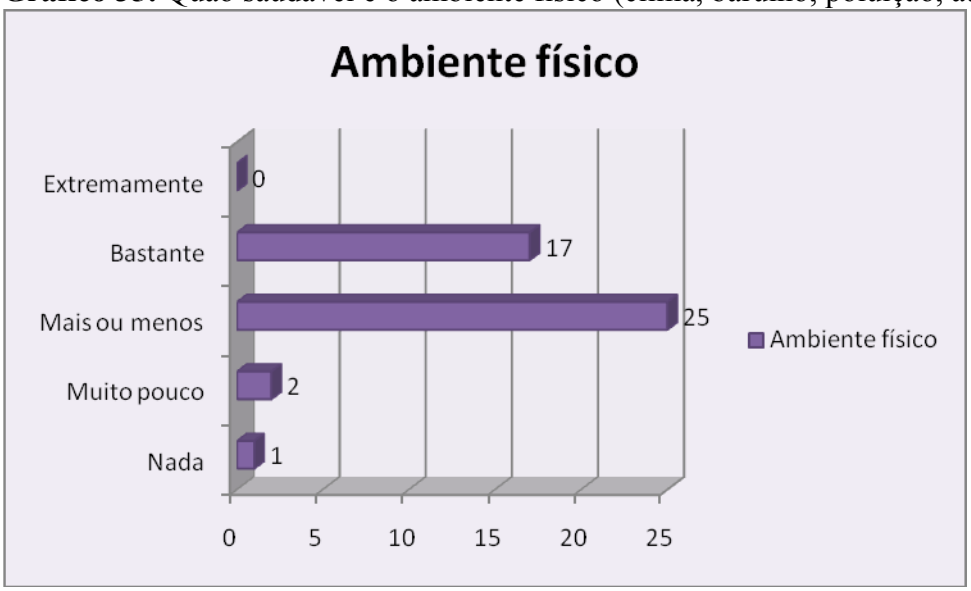
-----x-----x-----

Em relação a quão saudável é o ambiente físico em que o idoso se encontra, o gráfico 35 mostrou que 17 entrevistadas apresentaram ter um ambiente saudável, 25 relataram terem um ambiente mediamente saudável e apenas 2 e 1 muito pouco saudável e nada saudável, respectivamente.

Diante de tantas pesquisas sobre fatores que influenciam a qualidade de vida e os que envolvem a vida dos idosos na sociedade e enfatizando a difusão de conhecimentos básicos que acerca do envelhecimento saudável, percebe-se a importância que as condições ambientais trazem na autonomia.

De acordo com Barros (2007), a qualidade de vida do idoso varia de acordo com a classe social que ocupa. Na classe mais rica este vive despreocupado economicamente e tem condições de residir em lugares com menor risco de acidentes, lugares mais calmos que facilitam o descanso e o relaxamento. Na classe média, existem problemas como viver sozinho e ter que depender de familiares para compra de produtos básicos pela falta de condições financeiras. Nas classes mais pobres, os idosos vivem em desconforto, dividindo quartos e banheiros, não tendo condições mínimas para preparar uma moradia que o possibilite ter uma melhor qualidade de vida (BARROS, 2012).

Gráfico 35: Quão saudável é o ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)



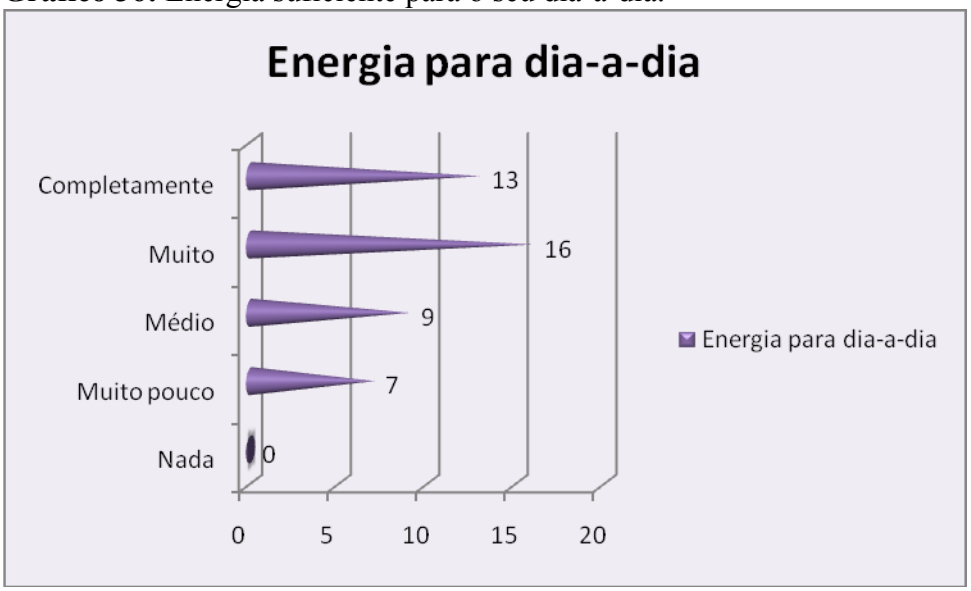
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

As questões seguintes são referentes a quão completamente tem sentido ou são capazes de fazer certas coisas nas últimas semanas.

Em um estudo realizado em Fortaleza, onde foi avaliada a energia para realizar as atividades de vida diária, os resultados obtidos foram que 52,3% dos idosos tem autonomia total e energia suficiente para realizar atividades básicas de vida diária, 35% relatou necessidade de ajuda para realizar atividades do dia-a-dia. (COELHO; RAMOS, 1999). Corroborando com o autor, pode-se observar no gráfico 36 que 13 entrevistadas tinham complementarmente energia para as atividades diárias, 16 tinham muita energia, 9 tinham média e apenas 7 tinham muito pouca energia para tais atividades.

Gráfico 36: Energia suficiente para o seu dia-a-dia.



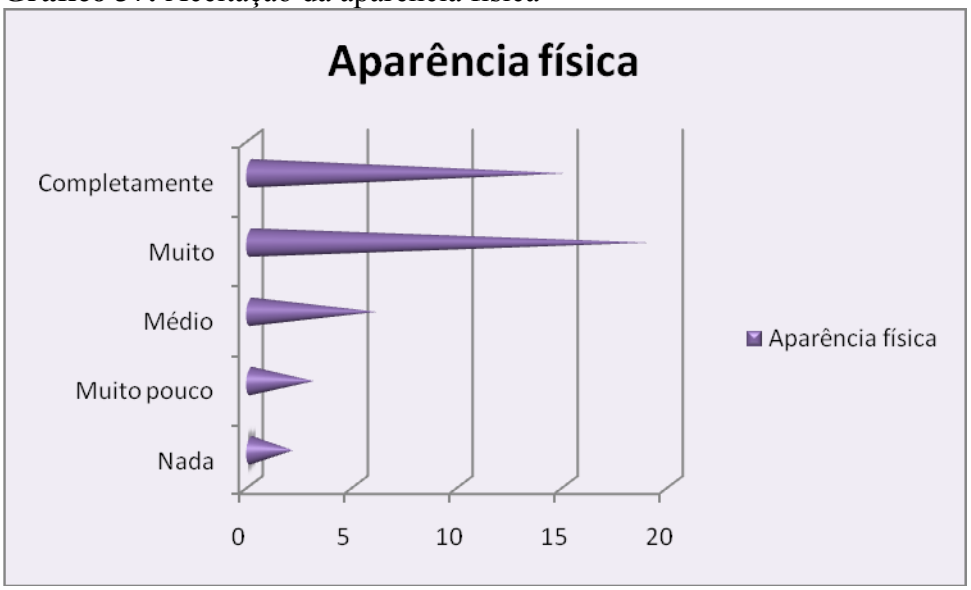
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

A percepção que temos do nosso corpo é influenciada pelos conceitos e valores impostos por uma determinada sociedade. Nos idosos parece ser um desafio, visto que o envelhecimento na sociedade atual está carregado de estereótipos associados apenas aos declínios físicos.

De acordo com gráfico 37, foi percebido um alto índice de aceitação e satisfação com a aparência física, discordando com os achados de Halliwell e Dittmar (2003), que entrevistaram 42 mulheres e homens (22-62 anos) com o objetivo de compreender a relação que tinham com seus corpos, principalmente quanto às atitudes frente às mudanças com o envelhecimento. Os resultados revelaram que os homens tendem a focalizar a funcionalidade e as mulheres a aparência. Estes achados podem auxiliar na compreensão da insatisfação com o corpo nas mulheres durante a velhice, visto que estas encaram essa fase negativamente devido a seu impacto na aparência.

Gráfico 37: Aceitação da aparência física



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

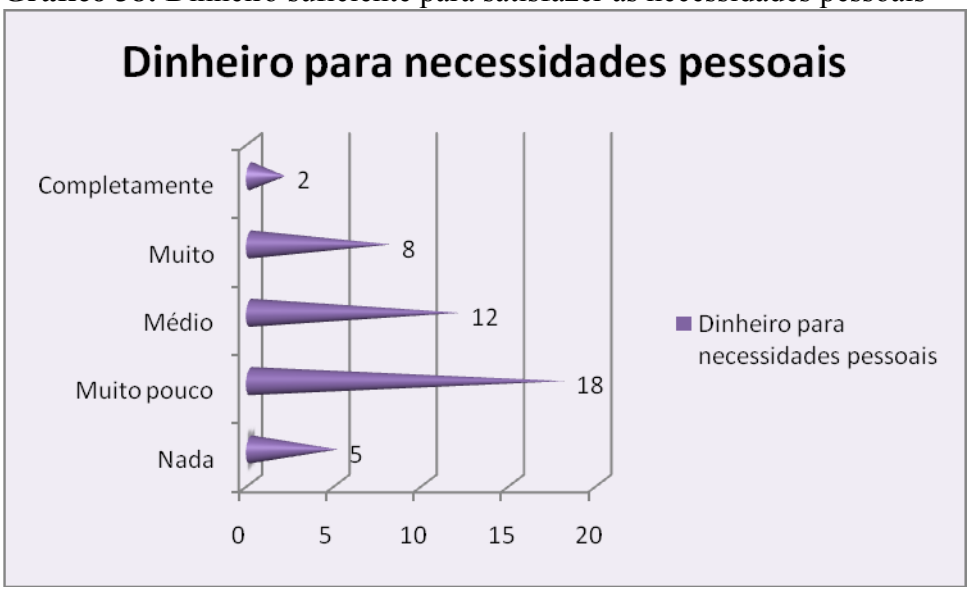
-----x-----x-----

A aposentadoria é um direito e uma conquista do trabalhador, depois de muitos esforços e anos de trabalho, porém em muitos casos, a renda dos aposentados podem não suprir suas necessidades básicas vindo a ter necessidades na sua própria manutenção e de seus dependentes, principalmente quando cabe ao idoso o papel de mantenedor do grupo familiar. Estes fatores podem levar um indivíduo ao desespero. Para fugir dessa situação, muitos postergam a aposentadoria ou não param de trabalhar depois dela. Esse fato é um forte motivo para mais de 4,6 milhões de idosos (IBGE, 2002).

De acordo com os dados apresentados no gráfico 38, que trata acerca do fator financeiro para suas necessidades pessoais, 05 participantes relataram que o valor recebido não servia para manter suas necessidades pessoais, 18 entrevistadas, e a maioria, ressaltaram que o valor que possuíam era muito pouco para suas necessidades pessoais, 12 achavam que o valor era mediano, 08 disseram que o valor recebido era suficiente para suprir suas necessidades, e apenas 02 concordaram que era completamente suficiente para a satisfação plena de suas necessidades pessoais.

É possível, então, concluir que a pesquisa corrobora com os relatos do estudo supracitado.

Gráfico 38: Dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades pessoais



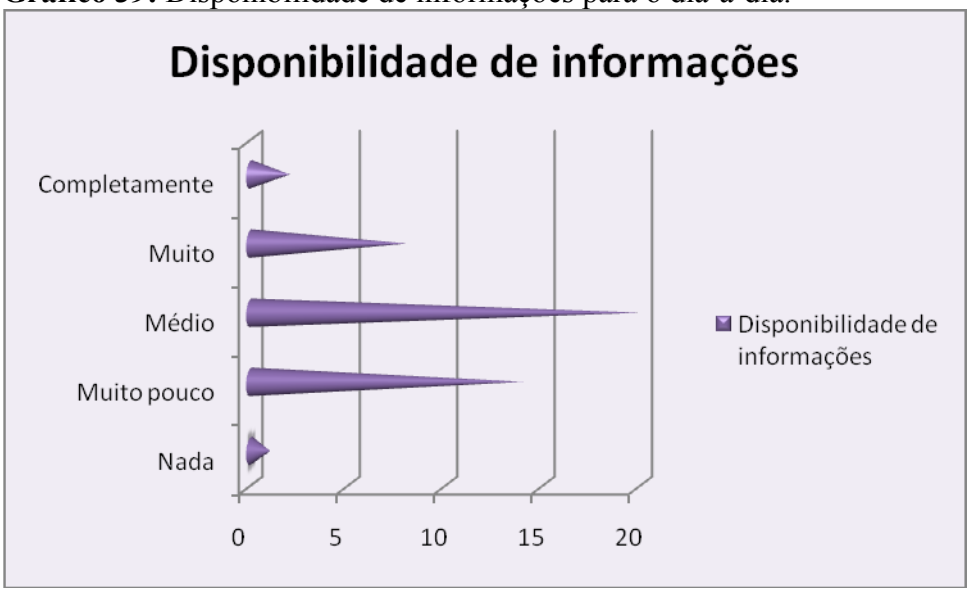
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

O Ministério da Saúde tem trabalhado em particular para a melhoria de informações e serviços para o idoso. Este trabalho é baseado na promoção do envelhecimento ativo e saudável; manutenção e reabilitação da capacidade funcional; apoio ao desenvolvimento e cuidados informativos para essa população. Por isso foi criado, além do estatuto do idoso, o pacto pela vida, que realiza a Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS e seus utilizadores (BRASIL, 2009).

De acordo com a pesquisa em estudo, a disponibilidade de informação não foi disponibilizada de forma homogênea, tendo uma disparidade nas respostas das entrevistadas, que pode ser vista no gráfico 39.

Gráfico 39: Disponibilidade de informações para o dia-a-dia.



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

O lazer é um termo que possui vários significados. Ele está associado tanto ao ócio, à despreocupação e ao descanso, como também ao prazer e ao divertimento, o que faz com que ele ocupe um importante papel na vida das pessoas de qualquer idade.

Proporcionar ao público de terceira idade uma vivência efetiva do lazer, e da prática turística como uma das muitas possibilidades do lazer são responsabilidades públicas que atualmente ainda não possuem a devida notoriedade frente às autoridades. Apesar da Constituição Federal do Brasil conceder o lazer no Brasil como direito social, o poder público tem um olhar ainda de descaso e falta de iniciativa no que tange às políticas de lazer e turismo, seja para as crianças, jovens, adultos, mas, principalmente, no que tange à terceira idade. O lazer é ainda um direito social, presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos e também no estatuto do idoso (BARRETO, 1997)

Segundo o gráfico 40, o resultado do nível de oportunidade de lazer entre as entrevistadas foi de muita diversidade, podendo concluir que apesar das perdas que sofrem devido à idade avançada, os idosos mantêm as mesmas necessidades psicológicas e sociais que possuíam nas outras fases da vida e, por isso, reconhecem e valorizam o lazer.

Gráfico 40: Nível de oportunidade de atividades de lazer

Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

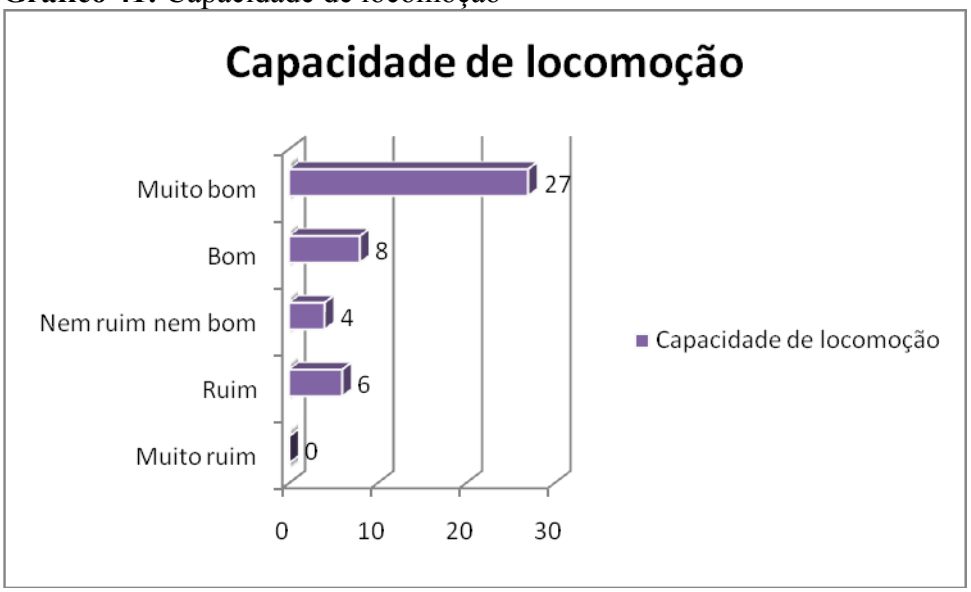
As questões seguintes são sobre quão bem ou satisfeito se sentiram a respeito de vários aspectos de vida nas últimas duas semanas.

Ao analisarmos o gráfico 41, em relação à capacidade de locomoção, observou-se que 17 participantes analisaram como muito bom a capacidade de se locomover, 8 relataram ser bom, 4 nem ruim, nem bom e apenas 6 relataram ser ruim sua capacidade de locomoção.

De acordo com a bibliografia estudada, apresentar dificuldades ao locomover-se, como desequilíbrio e falta de firmeza ao andar ou vertigens frequentes é um fator que aumenta em três vezes o risco de quedas e, posteriormente, o de morte em idosos.

Segundo Sampaio (2007), a prática da capacidade de locomoção apresenta vários benefícios individuais em relação a uma melhor qualidade de vida, saúde e bem-estar e esses se traduzem igualmente em benefícios sociais, particularmente naqueles que se referem a menores custos com cuidados de saúde mediante uma atividade de baixo custo, como a prática da caminhada.

Gráfico 41: Capacidade de locomoção



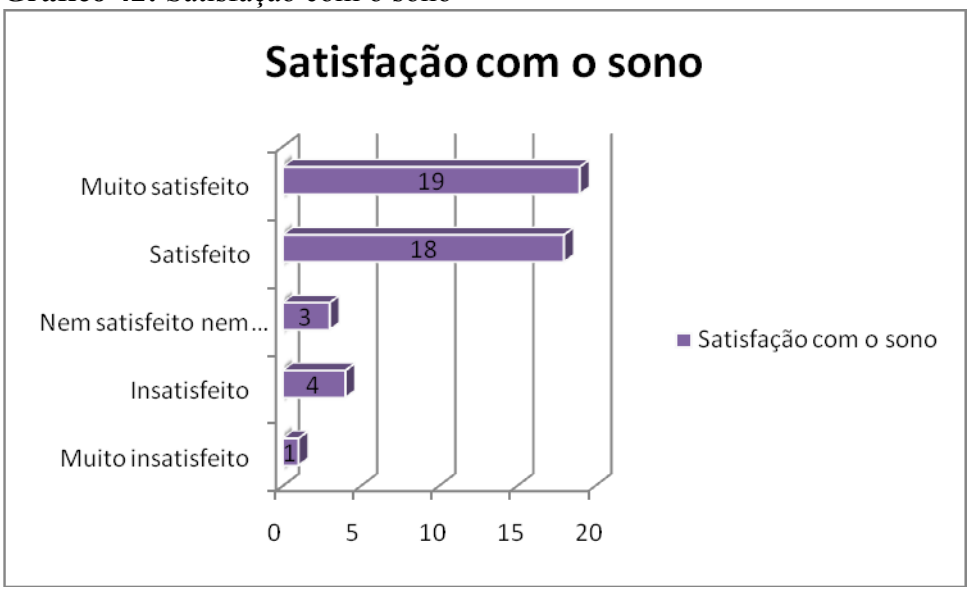
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Segundo GEIB; CATALDO NETO, WAINBERG; NUNES (2003), a maioria dos idosos tem queixas relacionadas ao sono decorrentes de mudanças fisiológicas específicas do processo de envelhecimento ou de doenças que podem causar distúrbios secundários de sono.

Observou-se no gráfico 42 19 entrevistadas estavam com o sono muito satisfeitas, 18 satisfeitas, e apenas 3 e 4 nem satisfeitas nem insatisfeitas e insatisfeita, respectivamente, o que se opõem aos estudos do autor supracitado.

Gráfico 42: Satisfação com o sono



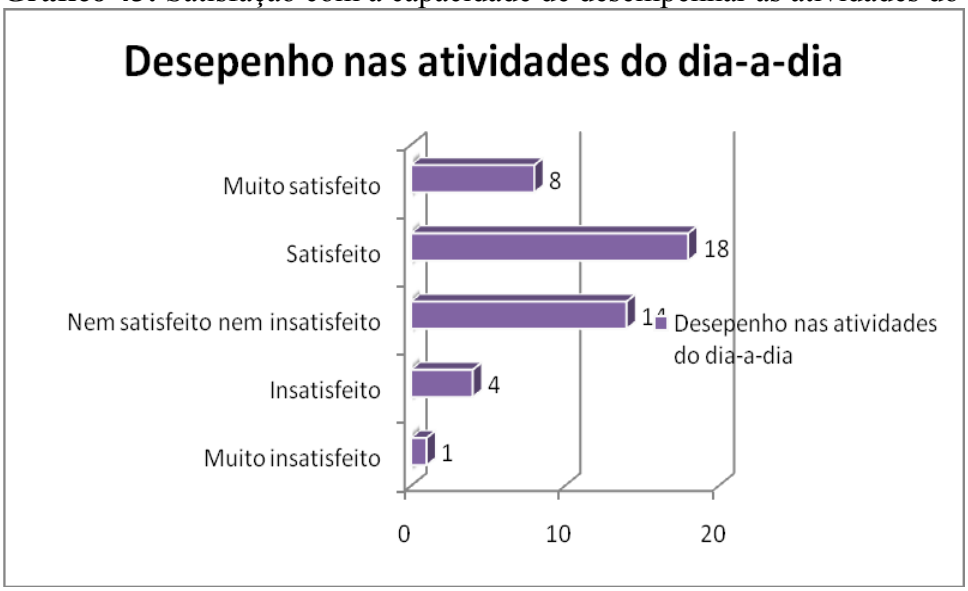
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

De acordo com os achados desta pesquisa, em relação à satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia, foi possível observar que 8 entrevistadas relataram extrema satisfação, 18 eram satisfeitas com suas capacidades e apenas 4 e 1 sentiam-se insatisfeitas e muito insatisfeitas, respectivamente.

Os resultados corroboram com Gomercindo & Garcez (2012),pois, segundo sua pesquisa sobre a Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos, em que foram pesquisados 60 idosos, a maior parte das mulheres e homens avaliados são independentes: todos os homens e mulheres do Grupo Porto União Saudável são independentes; dos 10 homens avaliados apenas 1 é dependente; 16 mulheres são independentes; 2 mulheres são parcialmente dependentes; 1 mulher é dependente.

Gráfico 43: Satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

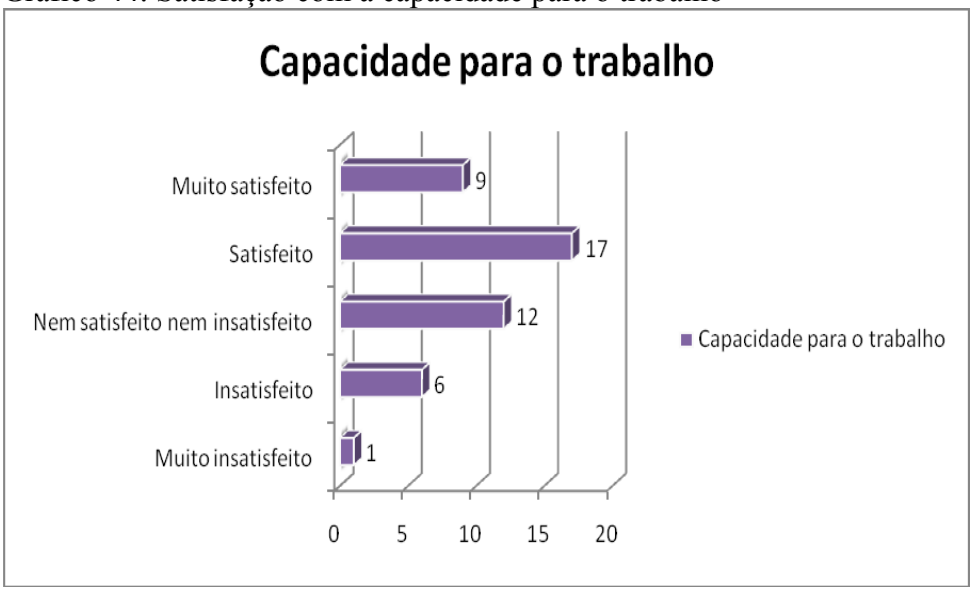
-----x-----x-----

Algumas pesquisas mostram que os trabalhadores nessa etapa da vida são mais dedicados, têm menos ausências por doença e permanecem no emprego mais tempo. As aptidões, a experiência e a maturidade dos trabalhadores idosos compensam, de uma forma geral, eventuais problemas como o aumento das doenças ligadas à idade.

De acordo com o gráfico 44, em relação à satisfação com a capacidade de trabalho, foi averiguado que 09 integrantes do grupo encontram –se muito satisfeitas, 17 estão satisfeitas, 12 nem satisfeitas nem insatisfeitas, 06 encontram-se insatisfeitas e apenas 01 está muito insatisfeita com a capacidade para o trabalho.

Nossa pesquisa concorda com o autor Neri (1993), já que, segundo ele, é inevitável que o idoso sofra algumas perdas nesta fase da vida, assim como ocorre em quaisquer outras fases do desenvolvimento humano. Porém, há um grande número de idosos que consegue manter a capacidade biológica e o funcionamento biopsicossocial bem próxima aos dos adultos jovens e o acúmulo de conhecimento e desenvolvimento de habilidades compensam tais perdas naturais. Dessa forma, muitos idosos têm plena capacidade de continuarem desenvolvendo uma atividade laboral de maneira satisfatória.

Gráfico 44: Satisfação com a capacidade para o trabalho



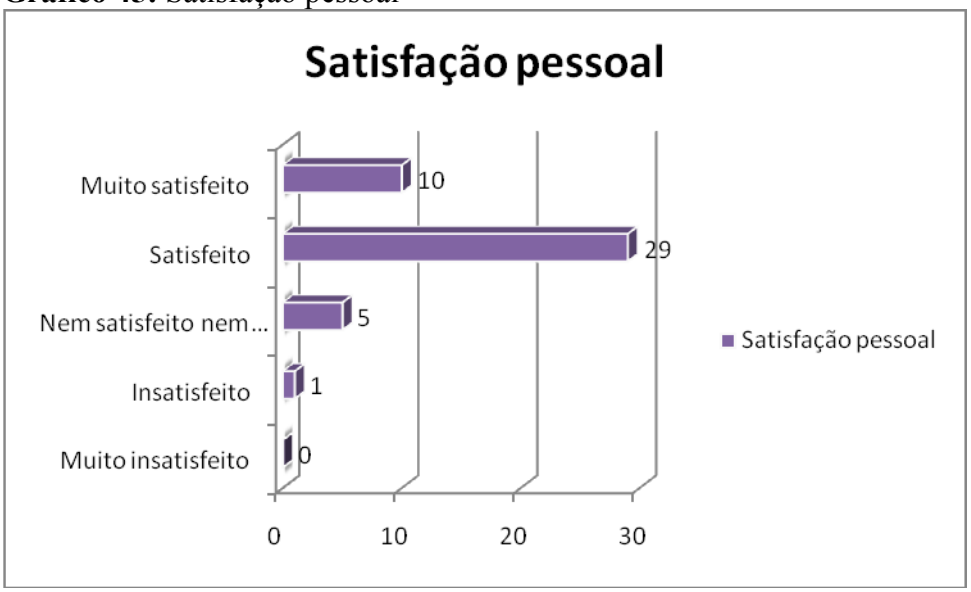
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Na avaliação do gráfico 45 , em relação à satisfação pessoal, foi analisado o auto grau de satisfação entre as participantes da pesquisa. Das 40 entrevistadas, 10 ,29, 5 e 1 encontravam-se muito satisfeitas, satisfeitas, nem satisfeitas nem insatisfeitas e insatisfeitas respectivamente.

De acordo com a literatura registrada, associações da satisfação pessoal e com a vida são fatores relacionados aos valores previamente construídos no decorrer da vida como a maturidade, a autonomia, a percepção dos objetivos de vida, a auto-aceitação e a interação com outros são determinantes da satisfação pessoal ao chegar na fase da velhice (FISHER, 1995).

Gráfico 45: Satisfação pessoal

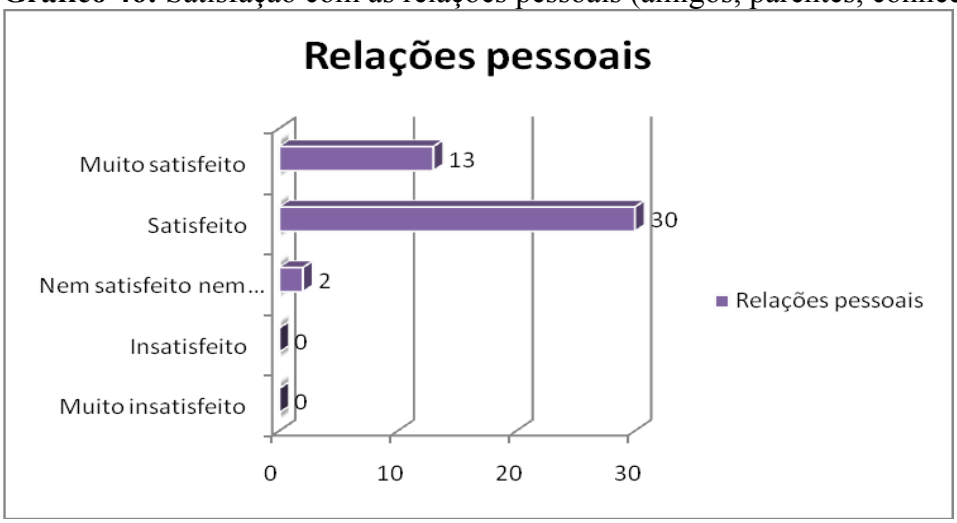


Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

De acordo com o gráfico 46, a satisfação com as relações pessoais encontravam-se em um grau de alta satisfação. Tais resultados reafirmam os estudos de Sluzki, (1997); Valla, (2000), que confirmam que o apoio social contribui para manutenção da saúde das pessoas, aumentando a sobrevida e acelerando os processos de cura; além de permitir a superação de certos acontecimentos como a morte de alguém da família, a perda da capacidade de trabalhar, a perda de papéis sociais, o despejo da casa ou mesmo a institucionalização, entre outros. Assim, a rede de apoio e o convívio com outras pessoas podem ser entendidos como verdadeira estratégia de sobrevivência.

Gráfico 46: Satisfação com as relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas).



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

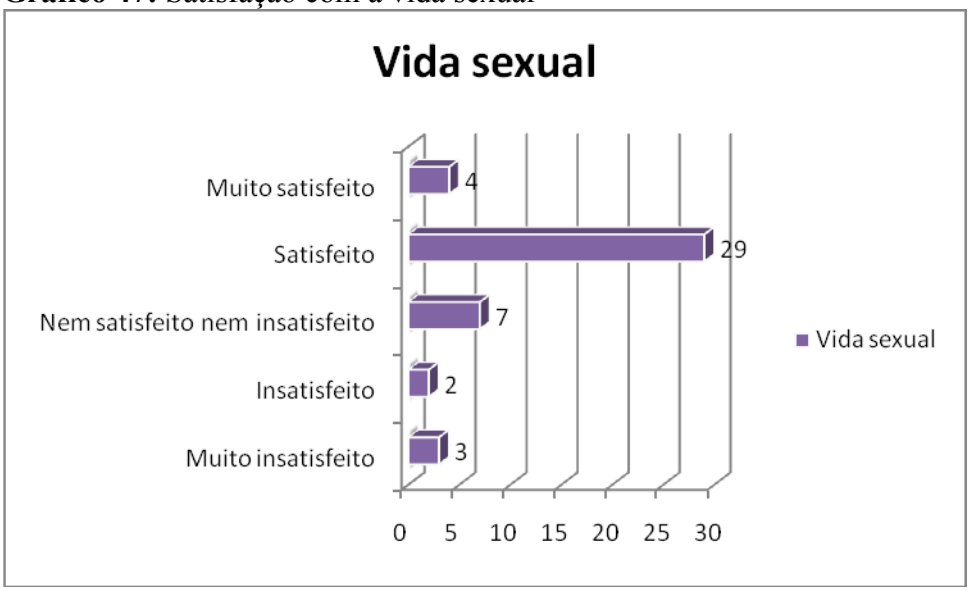
-----x-----x-----

A sexualidade da pessoa idosa também deve integrar como fator importante à saúde do idoso. Estudos mostram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. A identificação de disfunções e debates sobre o assunto e podem ser resolvidas muitas vezes através de orientações e e educação sobre o assunto (BRASIL 7 ,2007).

Numa sociedade que valoriza o jovem e o belo, o corpo feminino que envelhece já não oferece atrativos. Com medo de se tornar ridícula, para fugir do estigma de "velha assanhada", a idosa adota, em geral, uma postura discreta. Embora algumas mais velhas reivindiquem a inserção num mundo considerado, em sua juventude, exclusivamente masculino, a exemplo das vocações universitárias tardias e profissões exercidas após o cumprimento das tarefas de mãe e esposa, em geral, a sexualidade passa a ser investida em fins socialmente compatíveis com o universo tradicionalmente feminino (NEGREIROS, 2004).

De acordo com o gráfico 47, as entrevistadas encontravam-se satisfeitas e muito satisfeitas, respectivamente. Não foi pesquisado em relação a uma vida ativa ou não e, sim, uma satisfação pela situação vivida.

Gráfico 47: Satisfação com a vida sexual



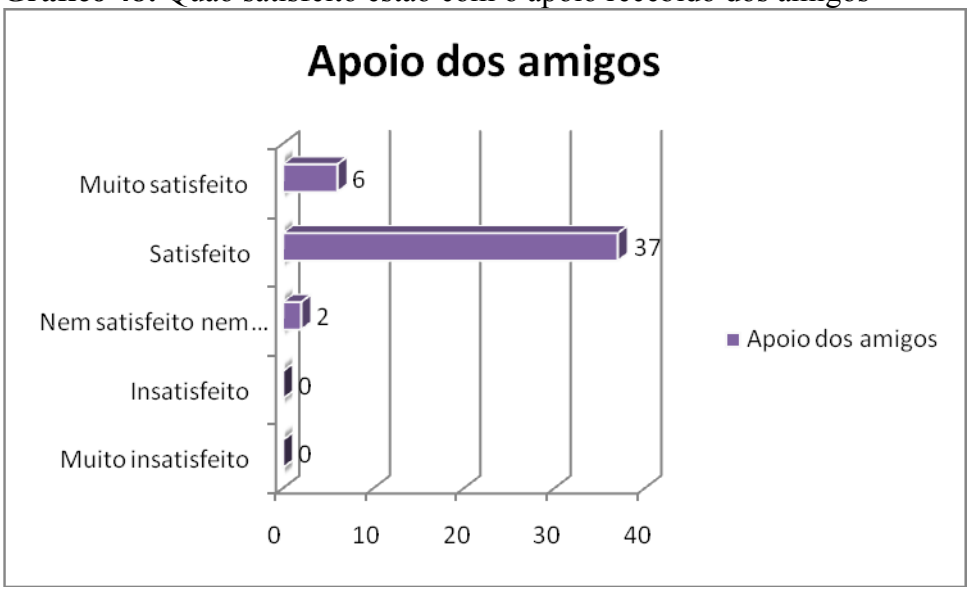
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Para os idosos, o encontro, o contato interpessoal com a participação nos ciclos de amizade são momentos que contribuem para a distração, a sociabilidade e a auto estima. E mais importante ainda é a construção de grupos de amizades. Em relação à satisfação com o

apoio recebido dos amigos, o gráfico 48 mostrou que 37 das pesquisadas estão satisfeitas, 6 estão muito satisfeitas e apenas 2 estão nem satisfeitas nem insatisfeitas.

Gráfico 48: Quão satisfeito estão com o apoio recebido dos amigos



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

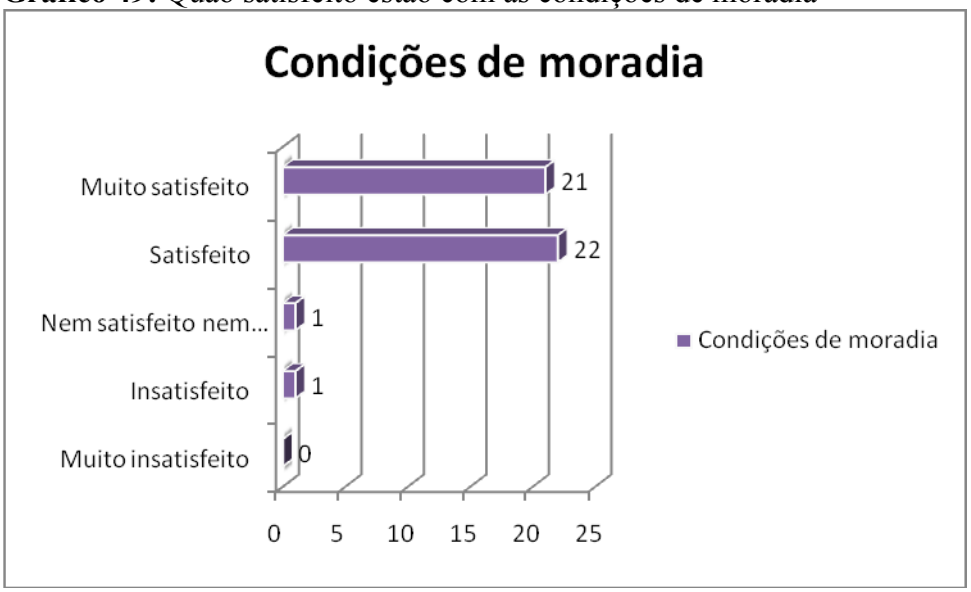
-----x-----x-----

De acordo com o Estatuto do Idoso, no que se refere aos Direitos Fundamentais no artigo 37, afirma que o idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada (BRASIL, 2004).

De acordo com as entrevistadas, em relação às condições de moradia, as idosas relataram estarem muito satisfeitas e satisfeitas, alcançando 21 e 22 afirmações respectivamente.

É possível, então, afirmar que foi alcançado, em sua maioria, o direito de moradia digna.

Gráfico 49: Quão satisfeito estão com as condições de moradia



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

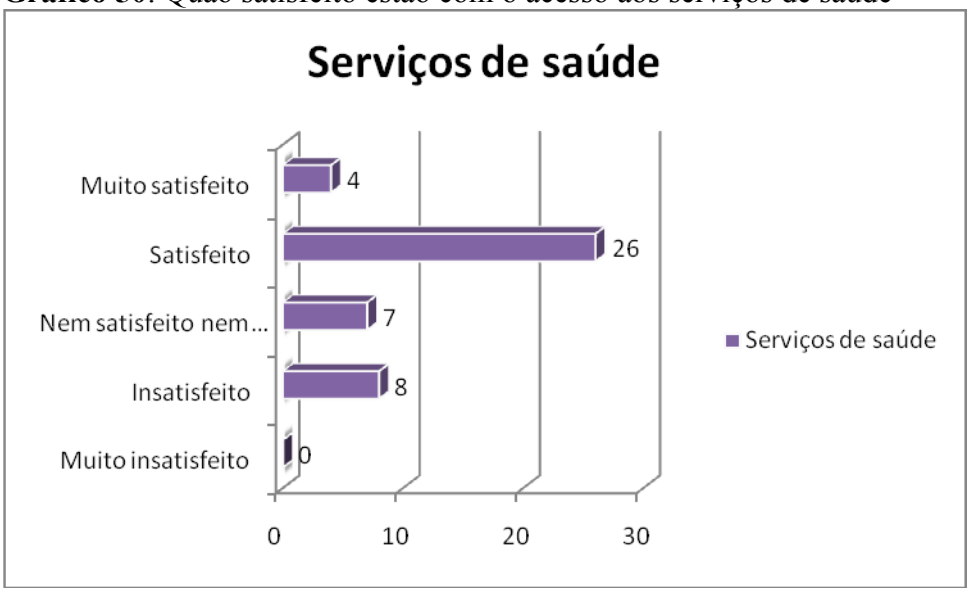
-----x-----x-----

As doenças do envelhecimento consomem mais pela alta demanda na procura dos serviços de saúde comparado à outras faixas etárias.

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, objetivou assegurar a atenção à toda população idosa criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994).

Segundo o gráfico 50, em relação à satisfação ao acesso aos serviços de saúde, podemos observar que 26 entrevistadas do presente estudo afirmaram estarem satisfeitas, enquanto apenas 8 entrevistadas consideraram insatisfeitas com os serviços de saúde oferecidos.

Gráfico 50: Quão satisfeito estão com o acesso aos serviços de saúde



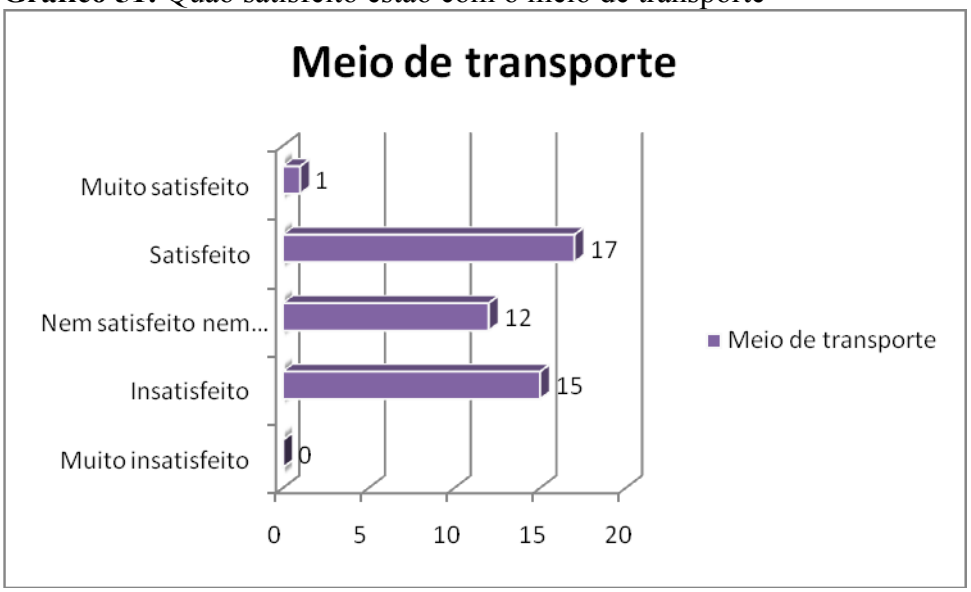
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

O Estatuto do Idoso objetiva promover a inclusão social e garantir os direitos desses cidadãos, uma vez que essa parcela da população brasileira se encontra desprotegida apesar de as estatísticas indicarem a importância de políticas públicas devido ao grande número de pessoas com mais de 60 anos no Brasil. No que se refere ao transporte coletivo público gratuito, que antes do estatuto, era garantido em apenas algumas cidades aos idosos, agora basta que o idoso apresente qualquer documento pessoal que faça prova de sua idade para que a lei faça acontecer (BRASIL, 2003).

Analisando o gráfico 51, que se refere à satisfação das entrevistadas em relação aos meios de transporte, foi possível observar uma disparidade das respostas, em que apenas uma entrevistada estava muito satisfeita com os meios de transporte, 17 estavam satisfeitas, 12 relataram nem satisfeitas nem insatisfeita e 15 encontravam-se insatisfeitas.

Gráfico 51: Quão satisfeito estão com o meio de transporte



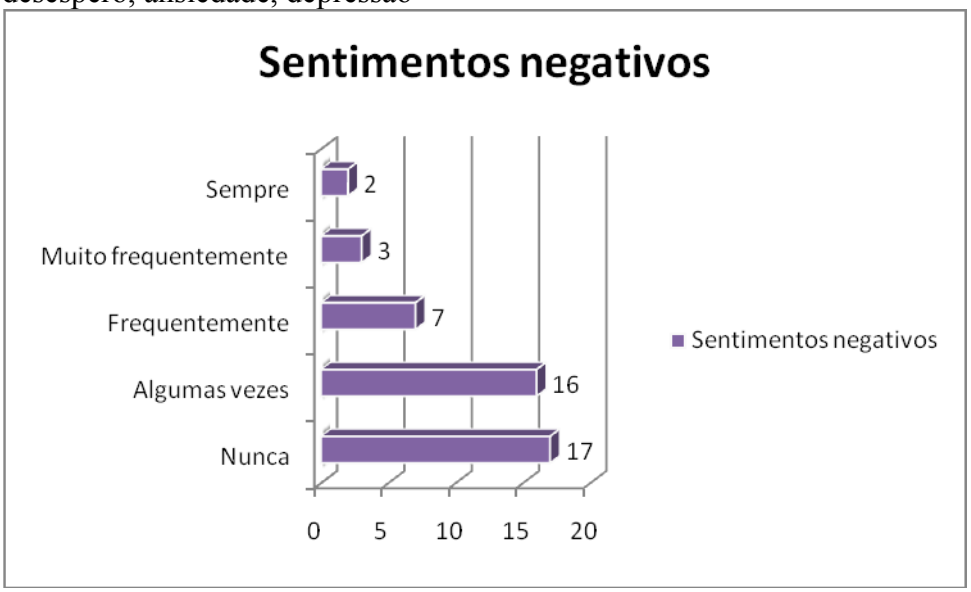
Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

A questão a seguir refere-se a com que frequência sentiram ou experimentaram certas coisas nas últimas duas semanas.

Segundo Victor et. al., (2000), devido ao estigma da solidão, algumas pessoas podem ter dificuldades para admiti-la. Essa dificuldade de se identificarem como solitárias e a omissão da sensação de sentimentos negativos, mesmo que por curtos períodos, faz que as prevalências de solidão possam estar subestimadas.

Gráfico 52: Com que frequência tinha sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão



Fonte: Elaboração própria embasada em dados da pesquisa (2013)

-----x-----x-----

Podemos então concluir que a referida pesquisa corrobora com o autor supracitado, uma vez de acordo com o gráfico 52 em que, 17, 16 , 7, 3 e 2 pesquisadas afirmaram nunca, algumas vezes, frequentemente, muito frequentemente e sempre, respectivamente.

A qualidade de vida dos participantes foi avaliada de acordo com as categorias de análise do instrumento WHOQOL-bref. No questionário de WHOQOL-BREF, essas categorias são distribuídas através dos domínios: físico, psicológico, relações social, e meio ambiente. Divididas em 24 (vinte e quatro) facetas e mais 2 (duas) de englobamento geral, as respostas seguiram uma escala de Likert de 1 a 5, ou seja, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida,

As influências dos fatores sociais, psicológicos, físicos e ambientais podem qualificar ou prejudicar o processo de envelhecimento. A essência de todo e qualquer indivíduo consiste no fato dele ser portador de um conjunto de sistemas: desejos, intensificações, valores, capacidades e necessidades básicas, como a dependência e o reconhecimento pelos outros com os quais convive a fim de manter-se com autonomia e ter um envelhecimento satisfatório, sem efeitos negativos na medida do possível (ZIMERMAN; OSÓRIO, 2000).

Na avaliação subjetiva WHOQOL-bref, acerca da percepção das entrevistadas em relação avaliação acerca da sua qualidade de vida geral foi encontrado como resultado 3.9 na escala Likert, o que representa 79% de satisfação acerca da qualidade de vida.

Em relação com a satisfação com a sua própria saúde, foram revelados 3.8 na escala que corresponde a 79% de satisfação.

Castro et al. (2007) afirmam que a qualidade de vida dos idosos que participaram de um programa de atividades para a terceira idade apresenta altos índices de satisfação e também reforçam o incentivo para que idosos participem dessas e de outras atividades a fim de prevenir o isolamento e a imobilização que podem ocorrer no processo de envelhecimento. E que tais atividades melhoram a percepção dos fatores relacionados aos domínios psicológico e ambiental, bem como a percepção de qualidade de viga global dos idosos.

O nosso estudo está em sintonia com o de Castro et al., pois em relação aos domínios, foi encontrado como resultado todos os valores acima da média. Dentre eles, os maiores escores foram na dimensão de Relações Sociais, referentes a questões acerca das relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual, representados pelos gráficos 46, 47, e 48 acima representados, que na escala de 1 a 5 foi de 3.9 correspondentes a 78%.

O pensamento sobre a convivência social já é percebida desde os tempos mais longínquos quando Aristóteles (1997) fundamentou sua tese que “o homem é um animal

social", referindo-se à convivência humana, pois o homem é naturalmente carente e que necessita de coisas de outras pessoas para alcançar sua plenitude.

Os grupos de convivência, sejam eles de atividades físicas ou atividades lúdicas, funcionam muitas vezes como uma segunda família, onde os idosos procuram, além de uma ocupação para aquele tempo considerado livre, o estabelecimento de vínculos afetivos.

Lima (2005) ressalta que as relações interpessoais podem permitir intervenções que auxiliem as pessoas na manutenção de sua saúde, no decorrer do envelhecimento e que uma boa qualidade social tende a ter menos dificuldade em lidar com o estresse.

Em seguida os escores encontrados foram do Domínio Físico, correspondentes a questões como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho, representado pelos gráficos 29, 30, 36, 49, 42, 43 e 44, com 3.7 na escala representando 74%.

Com o decorrer da idade verifica-se um claro declínio da capacidade funcional, da capacidade mental e da capacidade de realizar as atividades diárias, bem como um aumento de doenças crónicas.

Cavallini et. al. (2012), afirmam que os benefícios da atividade física nos idosos são semelhantes aos da população em geral. Uma pessoa fisicamente ativa apresenta um reduzido número de doenças crónicas, melhoria da saúde mental, entre outros benefícios inerentes à prática da atividade física, corroborando com o equilíbrio e a mobilidade, bem como capaz de prevenir quedas experimentando assim menos incapacidades relativas à saúde e uma melhor qualidade de vida em idades avançadas.

Com o mesmo resultado do domínio anterior, o Domínio Psicológico, representado pelos gráficos 31, 32, 33, 37 45 e 52, correspondente às questões acerca dos sentimentos positivos como pensar, aprender, memória e concentração, autoestima como imagem corporal e aparência e os sentimentos negativos, espiritualidade/religião/crenças pessoais, foi encontrado como resultado 3.7 na escala representando 74%.

No idoso, a qualidade de vida pode ser percebida de maneira distintas como boa ou ruim de acordo com a forma como cada indivíduo vivencia a velhice, podendo variar de opinião de individuo para individuo. Nesse sentido, a qualidade de vida depende também, então, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida.

Ficando assim o menor escore no domínio o Meio Ambiente com questões acerca da segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais:

disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico como (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte, com 3.2 como resultado o que corresponde a 64%, representado pelos gráficos 34, 35, 38, 39, 40, 49, 50 e 51.

Um dos pontos negativos apresentados pelas entrevistadas foi a carência de um lugar próprio para as mesmas realizarem suas atividades físicas, bem como, realização de reuniões encontro entre elas. Vale salientar que a atividade realizada pela fisioterapia é a única oportunidade que elas possuem para um momento de lazer.

Portanto, qualidade de vida é pensar a longo prazo, é buscar suprir necessidades básicas, melhorar seu estilo de vida, tendo hábitos saudáveis, realizando atividades físicas e tendo bons relacionamentos, como também incentivar a participação efetiva da sociedade em geral, familiares e do governo , pois só assim teremos idosos saudáveis e plenamente ativos nessa fase da vida.

PARTE 3: ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS COLHIDOS NA ENTREVISTA

Nesta etapa da pesquisa foram entrevistados 4 sujeitos que fazem parte do universo pesquisado. Assim, foram interrogadas 3 pacientes e um médico que trabalha no local do estudo.

Os dados apresentam-se na tabela abaixo, e relatam as principais ideias abordadas pelos sujeitos em função de quatro categorias chave:

- O tratamento das informações coletadas acerca dos assuntos relativos à promoção da saúde em âmbito familiar;

Categoria	Sujeito	Indicadores	Unidades de contexto
Aplicações das informações	P1.	Me lembro das informações que a fisioterapeuta nos dá, como a ***maneira correta de realizar as nossas atividades em casa***, ***maneira certa de dormir e de sentar***, ela nos avisa bastante quanto a ***prevenção de quedas*** retirando os tapetes dos corredores da minha casa e colocar ***tapete antiderrapante*** no banheiro. Tenho prestado	Entrevistado 1 Resposta 1

		atenção na hora de tomar minha ***medicação***, e ***não uso muito sal***, pois tenho pressão alta, e comecei a fazer ***caminhada*** todos os dias por que a doutora me explicou que é bom para minha saúde, e ***faço exercícios*** que a doutora passa pra gente fazer em casa para ***melhorar minha memoria*** e exercício com números.	
	P2.	Realizo pequenas atividades que nos é informada para uma melhor qualidade de vida como ***colocar tapetes que não escorregue no banheiro*** evitando assim eu cair e ***retirei os tapetes da sala*** para eu não cair e subo as escadas sempre firmando me nos ***corrimões***. Estou cozinhando usando ***pouco sal*** e separo uma parte sem sal pois meu esposo tem pressão alta.	Entrevistado 2 Resposta 1
	P3.	Faço tudo que a fisioterapeuta me orienta com intuito de diminuir as consequências das doenças que me acomete e mental também; assim ***aumenta minha qualidade de vida***, e meu exemplo em casa minha família aprende também e ***me da melhor assistência*** e assim ***to levando uma vida mais saudável***.	Entrevistado 3 Resposta 1
Os efeitos da fisioterapia na promoção da saúde a na qualidade de vida	P1.	***Melhorou bastante a minha qualidade de vida, meu equilíbrio***, minha filha já não se preocupa tanto quando saio sozinha, estou ***andando bem melhor***, estou me conhecendo melhor, conhecendo meu próprio corpo e meus limites, antes eu não caminhava pois eu me sentia cansada e a pressão subia, e minha auto estima aumentou, ***emagreci 03 kilos***, estou mais bonita e tenho mais amizades agora no grupo das idosas.	Entrevistado 1 Resposta 2
	P2.	***Satisfatório***, pois hoje mantenho uma vida mais saudável tendo mais atenção quanto ao preparo do	Entrevistado 2 Resposta 2

		alimento higienizando corretamente e sempre lavo as verduras antes de comer e estou mais atenta na minha higienização do meu corpo para não aparecer doença, melhorou minha amizades no grupo.	
	P3.	***Fisioterapia me dá conhecimento sobre meu corpo e as doenças da terceira idade***, me mostra como ser mais saldável, ***ser independente***, fazer os exercícios de forma correta respeitando meus limites, ***me sinto bem melhor***, e quando me reúno com todas estou mais solta, meu convívio social melhorou com pessoas da minha idade e trocamos experiências também.	Entrevistado 3 Resposta 2
Instrumentos utilizados para a melhoria da qualidade de vida	P1.	A doutora reúne todas e fala de coisas sobre saúde, ***explica o que são as doenças que agente tem***, o que podemos fazer p melhorar, pergunta o que gostaríamos de saber mas temos vergonha, ela faz ***cartazes*** com figuras pra falar das doenças e agente ***debate vários assuntos***, fazemos exercícios para lembrar das coisas, , ou imaginar animais, ***adivinhar objetos***, e alguns dias usamos ***brinquedos*** para forçar nossa mente, pois agente nessa idade é muito esquecida.	Entrevistado 1 Resposta 3
	P2.	ela faz ***palestras com cartazes*** com muitos assuntos de prevenção de quedas e de doenças, e alguns assuntos que agente indica, e fala bem natural para aprendermos uma melhor condição de vida. Sabemos que o principal é amar primeiro a nós mesmos.	Entrevistado 2 Resposta 3
	P3.	***atividades bem dinâmicas*** com coisas que nós mesmo produzimos, fazemos exercícios, caminhada, fazemos passeios a lugares que nunca fui, já fomos ao zoológico, e ao museu, ***fazemos***	Entrevistado 3 Resposta 3

		dança e fazemos natal e trocamos presentes, temos jogos e tem ***palestras*** sobre vários assuntos.	
Avaliação da aplicabilidade dos recursos públicos na saúde do idoso	P1.	O dinheiro está vindo que o governo manda, a fisioterapia comprou alguns equipamentos para fazermos exercícios, fazemos viagens, conhecemos museu, zoológico, fomos conhecer outro grupo de idosas em outra cidade e ela comprou jogos que é para melhorar nossa memoria e capacidade intelectual. ***Mas não temo um lugar só para nós, para ficar mais a vontade, para colocarmos nossas fotos e ninguém mais entrar só nós***.	Entrevistado 1 Resposta 4
	P2.	Os recursos financeiros tem sido enviados e aplicados corretamente na compra de materiais necessários. Também na realização de viagem com todas as mulheres do grupo, contamos ainda com a ***realização de projetos culturais como a dança. Todos tem se emprenhado ao máximo para propor uma melhor qualidade de vida.***	Entrevistado 2 Resposta 4
	P3.	***Na minha opinião, ainda existe carência nos programas voltados para terceira idade porem já melhorou bastante.*** O interesse dos profissionais é grande e a nossa classe tem se atentado a exigir uma melhor qualidade de vida.	Entrevistado 3 Resposta 4

Tabela 01: Análise qualitativa das entrevistas ás idosas no campo empírico
Fonte: Elaboração própria baseado em dados da pesquisa (2013)

Foi ainda realizada a pesquisa direta com um profissional da saúde, um médico responsável pelo atendimento destas pacientes. As respostas são transcritas a seguir.

Categoria	**Sujeito**	**Indicadores**	**Unidades de contexto**
Os efeitos da fisioterapia	M1	A fisioterapia é um serviço de grande importância na prevenção de doenças e promoção da saúde e	Entrevistado 4. Resposta 1

na promoção da saúde a na qualidade de vida		na qualidade de vida dos idosos, uma vez que, é um grupo que apresenta muitos problemas osteoarticulares, que melhoram sensivelmente com a ajuda da fisioterapia.	
Interação das equipes de saúde na família e equipes de fisioterapia e a educação na saúde	M1	Considero a equipe de fisioterapia fundamental como mais um elo de apoio às equipes de saúde da família tendo em vista o princípio básico que deve ser de atividade multidisciplinar.	Entrevistado 4. Resposta 2
Procedimentos realizados na assistência da saúde do idoso e as práticas preventivas	M1	A educação em saúde no idoso além do que se pratica nas equipes de saúde da família, no meu entender, necessita de um plano com mais objetivos para este grupo. Pois não temos no município um local onde ideias, para se descontrair, enfim, ter um laser orientado por uma equipe multidisciplinar. Assim seria mais fácil aplicar as praticas preventivas de educação em saúde.	Entrevistado 4. Resposta 3

Tabela 02: Análise qualitativa da entrevista ao médico no campo empírico
Fonte: Elaboração própria baseado em dados da pesquisa (2013)

Baseada nas escolhas e nos fatos enfatizados pelos respondentes da pesquisa direta, foi possível perceber que, em razão da primeira questão abordada, verificou-se que a opinião por parte da maior parte dos entrevistados foi positiva. As informações são repassadas aos sujeitos de forma a promover uma orientação das atividades que devem ser realizadas tanto no local do serviço, quanto aos que devem ser estendido às casas das pacientes (E.1; R.1). De acordo com uma das entrevistadas, além de aplicar todo conhecimento adquirido durante as sessões de fisioterapia em sua vida pessoal, outras orientações também são reforçadas, a exemplo do preparo de alimentos com pouco sal (E.2; R.1). Foi ressaltado por uma das entrevistadas que a fisioterapia estava atuando não apenas no sistema musculoesquelético mas também ela podia sentir uma melhora no sistema neuropsíquico melhorando assim sua qualidade de vida (E.3; R.1). As ideias contempladas pelo prestador de serviço do PSF, o médico clínico geral,

conduzem o leitor a refletir sobre a importância exercida pela fisioterapia na promoção da saúde e no aumento da qualidade de vida em pacientes idosos, principalmente em virtude de problemas osteoarticulares, que são atenuados quando da assistência fisioterápica (M.3; R1).

O ponto que se segue visou saber sobre os efeitos alcançados pelos pacientes com a prática fisioterápica na promoção da saúde e na promoção da sua qualidade de vida. Os efeitos da fisioterapia foram percebidos pela totalidade dos entrevistados. Fatores como equilíbrio recebeu destaque entre as entrevistadas.

Segundo um dos relatos colhidos, a melhora do equilíbrio facilitou a sua independência física facilitando o convívio harmonioso com seus familiares. O autoconhecimento corporal também foi citado, bem como, a diminuição de peso e a expansão do seu ciclo social (E.1; R.2). A higienização foi outro ponto levantado, de forma que afirmou a paciente que tanto no âmbito do lar, quanto o auto cuidado foram melhorados na busca de não ter novas enfermidades (E.2, R.2). A aprendizagem acerca das etapa de vida que acomete a terceira idade foi um ponto ressaltado por outra paciente, além de aprendizado sobre as doenças mais comuns nesta etapa da vida e as orientações que elevem os níveis de independência foram vistos como algo alcançado, bem como o convívio social que melhorou por conta das trocas de experiências entre os membros do grupo (E.3, R.2). A equipe de fisioterapia enquanto representante um elo importante na cadeia de interdisciplinaridade dos membros que compõem as equipes de saúde da família foi outra opinião acerca do serviço prestado (M.1; R.2).

O terceiro ponto pesquisado junto às colaboradoras da pesquisa buscou entender acerca dos instrumentos de educação em saúde que são usados pela fisioterapia no processo da sua melhoria na qualidade de vida. Os conhecimentos são repassados acerca da saúde e sobre as doenças de maior incidência, bem como o tratamento adequado de modo a desmistificar alguns conceitos que envolvem esta população, através de cartazes e figuras explicativas (E.1; R.3). Os assuntos preventivos elaborados através de cartazes, a linguagem simples e acessível do facilitador, buscando um melhor entendimento para as pacientes, bem como a busca de informar os assuntos de interesse das pacientes em busca de melhores condições de vida também foi mencionado pela entrevistada (E.2; R.3). Os assuntos ganham maior dinamismo, visto que o material produzido para as palestras são organizados e elaborados, em parte, pelas próprias pacientes. São realizados eventos extra-PSF, trabalhando a lúdico e incentivando o autoconhecimento (E.3; R.3).

O quarto e último ponto da pesquisa direta com as entrevistadas apontam para a avaliação da aplicabilidade dos recursos públicos percebidos por esta população. A percepção da maior parte é de que existem recursos vindos do governo para o pleno funcionamento do serviço, mas que, contudo, algumas melhorias devem ser promovidas. Há a realização de viagens entre o grupo a outras cidades, bem como de equipamentos para o aumento da capacidade intelectual (E.1. R.4). A aplicação dos recursos é vista como eficiente e feita de forma correta para a compra de materiais necessários. Além da realização de projetos culturais, que visam à melhoria da qualidade de vida (E.2. R.4). Existe uma percepção que indica o melhoramento, porém ainda existe uma carência nos programas que se dedicam a atender a terceira idade (E.3. R.4).

De acordo com a visão do médico entrevistado, o trabalho da fisioterapia é fundamental para garantir uma maior integralidade dos serviços de saúde prestados a população em geral (E.4; R.2) O planejamento de estratégias que busquem maior eficiência deve ser repensado, no sentido de promover o lazer orientado, assim como também a ação de uma equipe multidisciplinar para a aplicação das práticas preventivas de educação em saúde e de melhorias na qualidade de vida deste público (E.4; R.3).

Em síntese, percebeu-se que a fisioterapia influenciou significativamente na mudança de hábitos de vida, bem como, na promoção da qualidade de vida das idosas pesquisadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta foi uma etapa do estudo ora desenvolvido que apresenta as últimas considerações levantadas a partir da pesquisa proposta. Em relação à pesquisa direta desenvolvida alguns parâmetros puderam ser pontuados acerca da população idosa, bem como a sua importância na sociedade, suas alterações fisiológicas, suas patologias associadas e sua percepção do serviço de fisioterapia para melhora da qualidade de vida. Os resultados foram obtidos através das discussões e dos dados colhidos em validade dos instrumentos propostos, o questionário e a entrevista.

Alguns pontos na presente pesquisa devem ser retomados de maneira a realizar um resgate do estudo ora elaborado, pois é sabido que a população idosa é uma parcela responsável pela grande pressão acerca do sistema de saúde, isso é percebido tanto em função da demanda quanto em função dos custos.

Segundo a Carta Magna, citada no capitulo 2, preconiza a garantia da saúde para todos os indivíduos e encontra-se diretamente relacionada à implementação do SUS – Serviço Único de Saúde, bem como ao cumprimento de seus princípios e diretrizes em razão de todos os profissionais e órgãos envolvidos.

O sistema de saúde universal passa a exigir a necessidade de profissionais de fisioterapia para que estes possam efetivar um serviço pensado equitativamente que tenha como objetivo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a educação continuada e a participação da população local.

O Ministério da Saúde, para promover o acesso pleno à saúde da população, bem como concretizar as propostas das políticas de Saúde, realizou a reprogramação do modelo de atenção, visando aderir a uma concepção ampliada da saúde, bem como da concretização das políticas de Saúde do país, aumentando a participação e a capacitação de pessoas para exercício dos recursos humanos.

O serviço de saúde pública, em virtude de seu planejamento em todos os níveis de atenção à saúde, convida o profissional de fisioterapia a participar da educação da saúde básica, promoção e educação, nos serviços ambulatoriais e hospitais, no que se refere aos serviços de referência em reabilitação. Entretanto, é possível observar uma participação ainda ineficiente dos profissionais da área em programas de promoção e educação que se voltem à saúde.

A visão exclusiva que colocava a fisioterapia em um patamar exclusivamente no qual ela estava vinculada à reabilitação e à recuperação dos indivíduos, está, gradativamente, expandida de forma concreta para atividades que se voltam com maior atenção à Saúde Primária dos indivíduos. É direito do profissional se firmar no espaço da saúde pública, promovendo atenção específica na sua área, bem como agindo como educador e promovedor de ideias e ações que contribuam para o real controle das enfermidades.

Acerca dos processos de envelhecimento é possível entender que cada vez mais efetiva o idoso exerce um novo papel da sociedade. A sua cidadania está voltada para a promoção de sua autonomia, sendo estes indivíduos que possuem um nível de independência muito maior nos dias atuais, do que em tempos anteriores. Esta autonomia requer outros fatores a exemplo da comunicação com o mundo exterior, e a busca por independência no sentido em que busca obter.

Conforme se observou nesta pesquisa, ainda existe uma necessidade na busca por estratégias em que o idoso seja o coadjuvante no processo de promoção e bem estar de sua vida para que possamos tornar realidade a prática dos conceitos de promoção de saúde deste ambiente. Este é um desafio que, atualmente, representa um grande passo para os profissionais que se ocupam desta prática.

É nosso intuito da entender que esta pesquisa possa ser um instrumento de contribuição de alguma forma para o avanço, bem como a disseminação de conceitos a respeito da velhice e suas alterações fisiológicas que são decorrentes do passar dos anos. As etapas da vida humana são constituídos por processos de socialização, maturação, e, enfim, velhice. Os padrões de comportamento, normas e valores são decorrentes também do contexto nos quais se inserem a condição social à qual está vinculado o indivíduo. Estes são fatores primordiais para a determinação da qualidade de vida do ser humano.

Os fatores aqui analisados podem indicar mais do que um simples resultado estatístico. Os dados demonstram a pertinência da nossa pesquisa descritiva, com a finalidade de aplicar um instrumento que pudesse promover uma análise profunda dos fatores que implicam na qualidade de vida destes pacientes em virtude dos serviços prestados na fisioterapia. Além destes dois fatores base, ainda foram levados em consideração os sentimentos, a idade avançada, o lado emocional a afetividade entre demais fatores.

Em consideração aos objetivos aqui propostos, de maneira inicial, este estudo pode ser considerado como um estudo viabilizado de forma plena. A análise do trabalho

fisioterapêutica como elemento preventivo à saúde do idoso pode ser corroborada como uma condição de interdependência multidisciplinar.

Em razão do primeiro objetivo específico, (analisar um referencial teórico sobre a educação em saúde na melhoria da qualidade de vida dos idosos), percebeu-se que a educação em saúde na fisioterapia representa um elemento preventivo na saúde do idoso. O segundo objetivo, (observar a educação em saúde promovida pela fisioterapia, como elemento preventivo na saúde do idoso promovida por um município nordestino), também podem ser entendidos em maior profundidade, visto que a educação desta população promovido pelo fisioterapeuta representa uma condição importante na qualidade de vida dos indivíduos.

Segundo os dados da pesquisa realizada, o terceiro objeto (identificar o fisioterapeuta como ator de influencia no processo de prevenção, através da educação em saúde do idoso), o papel exercido pelo fisioterapeuta induz como um sujeito que atua na influência no processo de prevenção por meio da educação em saúde do idoso, conforme corroborado pelas entrevistadas. Por fim, o quarto objeto (Analisar a aplicabilidade da legislação vigente inerente a saúde do idoso), a legislação é cumprida no serviço pesquisado, bem como os recursos são aplicados de maneira eficiente para a promoção da saúde destas indivíduas.

Em resposta ao argumento que deu embasamento à pesquisa realizada, (o profissional da fisioterapia é capaz de influenciar, através de atividades educativas, ações preventivas que estejam diretamente ligadas à saúde e qualidade de vida do idoso?) pode-se afirmar que o profissional de fisioterapia é capaz de influenciar fortemente as atividades educativas, por meio de ações preventivas, que estão ligadas diretamente à saúde e à qualidade de vida do idoso, conforme se observou na pesquisa viabilizada no campo empírico escolhido.

Portanto, consideramos que este estudo tem relevância para o entendimento da relação entre a fisioterapia como elemento preventivo e a saúde do idoso, bem como do papel destes atores, sejam eles profissionais, idosos, instituição pública ou comunidade. Esta importância se faz não só pelas poucas investigações neste sentido, mas, também, porque temos consciência de que ela contribui para o conhecimento da realidade do nordeste e dará inicio a outras investigações sobre educação e saúde.

A construção compartilhada de saber é também objetivo da pedagogia proposta por Paulo Freire. Por não admitir o educador como detentor do saber, por entender que o ensinar e o saber é via de mão dupla (FREIRE, 2003), é que trouxemos o autor ao debate, por acreditar que também possa nos ajudar a estruturar alguns caminhos para as atuais práticas educativas.

Como se vê, os desafios estão cotidianamente sendo postos diante de nós, e nos impelem a continuar dialogando, investigando, perguntando, buscando e propondo.

A formação profissional do fisioterapeuta está focada para ação curativa/reabilitadora, é neste sentido que outros questionamentos poderão ser explorados com o intuito de investigações mais aprofundadas em termos de trabalho futuro como a dificuldade de mudança na formação profissional com ênfase em uma visão curativa/reabilitadora para uma lógica promocional/preventiva.

Finalizamos, pois, com o sentido de ter produzido conhecimento sobre a educação em saúde, para que o melhor seja feito no que concerne à participação de gestores, dos profissionais; e da sociedade na busca da integralidade e equidade em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBIERO, Jose Francisco g., BISS, Paula C., BORGES, Maria Fernanda, DECKER, et. al., **A utilização frequente de ansiolíticos e antidepressivos no PSF Frei João Maria - Blumenau/SC**: o combate pela fisioterapia preventiva. Revista de fisioterapia da FURB, v. 2 n. 1, 2005.

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região Metropolitana do Brasil. **Rev. Saúde Pública**., v.27, n.1, p.23-29, 1993.

ALMEIDA-FILHO, N. et. al., Determinantes sociais e padrões de consumo de álcool na Bahia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.38, n.1, p.45-54, 2004.

ANDRADE, F.A., PEREIRA, L.V., SOUSA. F.A.E.F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-americano de Enfermagem.** Março-abril, 2006. 14(2):271-6.

ARAÚJO, M. A. S.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVA, L. B.; BACHION, M. M. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO. ***R*evista da UFG**. v. 5, n. 2, dez 2003. Disponível em: <www.proec.ufg.br>, acesso em 22 de setembro 2010.

ARISTÓTELES. **Política**. Tradução de Maria da Gama Kury. 3. ed. Brasília: Editora UnB, 1997.

ASSIS, M. Aspectos sociais do envelhecimento. In A.L. Saldanha., Caldas, C.P (Ed.). **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Ineterciência, p.11-26,2004.

ASSIS, M.; HARTZ, Z.M.A.; VALLA,V.V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão de literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2004, v.9, n.3, p.557-81.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70 edições, 2007. (Obra original publicada em 1977)

BARRETO, Maria Letícia Fonseca**. Lazer e cultura na velhice**. Encontro Nacional de Recreação e Lazer. Belo Horizonte. Coletânea. Belo Horizonte, PBH/CELAR, p.130-136, 1997.

BARROS, C. F. M. de. Casa Segura: **uma arquitetura para a maturidade**. Disponível em: <http://www.casasegura.arq.br/>, acesso em 10 de setembro de 2012.

BERGER, L. e MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas Idosas: uma abordagem global.** Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700074&lng=en&nrm=iso>, acesso em 17 fevereiro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **PORTARIA nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2008. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/NASF_orientacoes_PORTARIA_N%C2%BA154.doc>, acesso em: 10 de maio de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado,1988.

BRASIL. Ministério da Justiça. **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.** É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/fraWeb?OpenFrameSet&Frame=frmWeb2&Src=%2Flegisla%2Flegislacao.nsf%2FViw_Identificacao%2Flei%252010.741-2003%3FOpenDocument%26AutoFramed>, acesso 27 de março de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Séries Pacto pela saúde. v. 04. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: **programa de saúde da família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da saúde. Quedas em idosos. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1>, acesso em 07 julho de 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde Caderneta de da Pessoa Idosa**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_idoso.pdf>, acesso 19 de agosto de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde em família: uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de atenção básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília , 2007.
BUSS P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. (2000). 5(1):163-177.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMARANO, A. A. & El Ghaouri S.K. Idoso brasileiro: que dependência é essa?, pp. 281-306. In Camarano AA (org.) **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. IPEA, Rio de Janeiro, 1999.

CAMARANO, A. A. & PASINATO, M. T. Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária. Como ficam as mulheres da população brasileira: uma contribuição demográfica. **Texto Para Discussão**. N. 858. IPEA, Rio de Janeiro, 2000.

CAPITANINI, M. E. **Sentimento de solidão, bem estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

CAROMANO, F. A.; KERBAUY, R. R.; TANAKA, C.; IDE, M. R.; CRUZ, C. M. V. Efeito da caminhada no sistema musculoesquelético - estudo da flexibilidade. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 18, n. 2, p. 95-101, maio/ago., 2007. . Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v18n2/07.pdf>, acesso 17 de abril de 2010.

CARVALHO FILHO, Erico Thomaz de, NETTO, Matheus Papaléo. **Geriatria**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: atheneu, 2006.

Cavallini et. al, **Avaliação da qualidade de vida subjectiva nos idosos:** uma comparação entre diferentes faixas etárias. XVII seminário do ensino, pesquisa e extensão. Novembro, 2012.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez, GALON, Cátia. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia**., 2009; 12(3):345-359.

CHAIMOWICS, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. **31** (2): 16-20, Abr. 1997.

COELHO FABRÍCIO, Suzele Cristina; PARTEZANI, Rosalina A. Rodrigues; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Pública**. 2004;38(1):93-9 93.

COELHO, F.JM; RAMOS R.L. Epidemiologia do Envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.5, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL **(COFFITO)**. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27>, acesso em: 02 de maio de 2009.

COOPER, Arber S & H. Gender differences in health in later life: the new paradox? **Social Science & Medicine**, 1999. 48:61-76.

COSTA, Lima M. F., PEIXOTO, S.V., GIATTI L. **Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros**. Epidemiol Serv Saúde 2004; 13:217-28.

CREFITO. **Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3º Região.** Disponível em: <http://www.crefito.com.br/>, acesso em 02 de Abril de 2009.

DACHS, JNW, SANTOS, APR. **Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil**: análise dos dados da PNAD/2003. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11(4): 887-894.

DE VITTA. A. Atividade física e bem-estar na velhice. In A.L. Neri e S.A.Freire. (orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, p.25-38, 2000.

DE VITTA. A. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

DELIBERATO, P.C.P. **Fisioterapia Preventiva**: Fundamentos e Aplicações. São Paulo: Manole, 2002.

DELIBERATO, Paulo C.P. **Fisioterapia Preventiva**: fundamentos e aplicações. Barueru: manole, 2002.

DIOGO, M. J. D. E. **O arranjo familiar no cuidado do idoso com amputação de membros inferiores**. Acta Paul, Enf., v. 10. n.2, p. 88-97, 1997.

FAMED – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/HCPA. (1998) **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL).** Disponível em: < http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL.html>, acesso em: 11 de julho de 2010.

FERNANDES, ALINE HELENE SILVA; MAGALHÃES, PAMELLA MIKAELLE; BARBOSA, LUCENA DE BRITO; OLIVEIRA, GEORGES WILLENEUWE DE SOUSA. **Importância do alongamento ativo para manutenção da saúde em idosos**: uma revisão bibliográfica**.** Universidade Potiguar, Mossoró, RN, Brasil. 2 Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Disponível em: <http://www.sanny.com.br/pdf_eventos_conaff6/resumo33.pdf >, acesso: 08 de fevereiro de 2010.

FLECK, Marcelo P.A; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra; PINZON, Vanessa. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref"**. **Rev Saúde Pública**. 2000;34(2):178-83. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>, acesso em 10 de fevereiro de 2013.

FLORIANO, Petterson de Jesus. **O perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do Centro de Saúde de Sousas, no município de Campinas - SP** / Petterson de Jesus Floriano -- Campinas, SP: [s.n.], 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à pratica educativa. 27ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FREITAS JR. Alterações no funcionamento do sistema de controle postural em idosos: uso da informação visual. **Revista portuguesa ciência desportiva**. 2006. 6(1): 94-105.

GADOTTI, Moacir. **Perspectivas atuais do educador**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GANDOLFI, L. M; SKORA, M. C. **Fisioterapia preventiva em grapos da terceira idade idade**. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v. XIII, n. 2, p. 55-62, out. 2000/ mar. 2001.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter; CATALDO NETO, Alfredo; WAINBERG, Ricard; NUNES, Magda Lahorgue. **Sono e envelhecimento**. *Revista. psiquiatria. Rio Gd. Sul* [online]. 2003, vol.25, n.3, pp. 453-465. ISSN 0101-8108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n3/19618.pdf>, acesso em 14 setembro 2010.

GOMERCINDO, Maria Cristina Haneiko; GARCEZ, Eliane Maria Stuart. Avaliação da capacidade funcional de idosos de uma comunidade do município de porto união em Santa Catarina. **Rev. Saúde Pública**. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 30- 45, maio/ago. 2012.

HALLIWELL, E.; DITTMAR, H. A qualitative investigation of women's and men's body image concerns and their attitudes toward aging. **Sex Roles**. v. 49, p. 675-684, 2003.

HELME, R.D.; GIBSON, S.J. Pain in the elderly. In: Jensen TS, Turner JA, editors. **Proceedings of the 8th Word Crongress on Pain**. Seattle: IASP Press. p. 919-44. 1997.

HEREDIA, Olga Collinet. **Idoso Urbano no Rio Grande do Sul**. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002. Disponível em: <www.unicamp.br>, acesso novembro 2010.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Censo Demográfico, 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br/censo/censodemografico2000/população>, acesso em: 11 de Maio 2010.

IBGE. **Figura 1**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1476&id_pagina=1>, acesso em 28 de novembro de 2009.

INCA. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal**. (2003) Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/consumoalcool.pdf>, acesso em: 17 de setembro de 2010.

LAWTON, M.P. Environment and other determinants of Will-being in older people. In: **Gerontologist**. v.23, pp. 349-355, 1983.

LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIMA-COSTA M. F. F. & VERAS R., 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun. 2003.
Lusodidactica, 1995.

MACHADO & cols. MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual, Ciência & Saúde Coletiva**. 12(2):335-342, 2007.

MALTA, D. C, LEAL, M. C, COSTA, M.F.L., NETO, O.L.M. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2008; 11(1): 159-67.

MELO, Mônica Cristina de et al . A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800031&lng=en&nrm=iso>, acesso em: 11 de julho de 2010.

MENDES, R. Importância da ocupação como determinante da saúde-doenca: aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.67, n. 17, p. 18-30, set.1989.

MOACYR SCLIAR. História do Conceito de Saúde. PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

MORIN, Edgar. **Setes saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2000.

NEGREIROS, Teresa Creusa de Góes Monteiro. **Sexualidade e gênero no envelhecimento**. v.5 - n.9 - p. 77 a 86 - jul./dez. 2004. Disponível em: <http://publique.rdc.puc-rio.br/revistaalceu/media/alceu_n9_negreiros.pdf>, acesso em 29 setembro 2010.

NEUWALD, Marla Finkler; ALVARENGA, Luiz Fernando. FISIOTERAPIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INVESTIGANDO UM SERVIÇO AMBULATORIAL DO SUS. **Boletim da Saúde** | Porto Alegre, v. 19. n. 2 | Jul./Dez. 2005.

OKUMA, S.S. **O idoso e a atividade física**. 2. ed. São Paulo: Papirus; 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE. In. **Brasília**: OPAS - OMS, 2005. p. 1-59.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso:** elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PERFIL DOS IDOSOS COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS EM DIFERENTES CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL. Ariene Angelini Dos Santos, Sofia Cristina Iost Pavarini2, Tábatta Renata Pereira de Brito. 2010 jul-set; 14 (3): 496-503. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a10.pdf>, acesso em: 11 de julho de 2010.

POPE, Catherine; MAYS, Nick. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. **British Medical Journal**. n. 311, p. 42-45, 1995.

PRESTE, M.L.M. **A Pesquisa e a Construção do Conhecimento Científico**: do Planejamento aos Textos, da Escola à Academia. 2. ed. São Paulo: Rêspel, 2003.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf >, acesso 23 de novembro 2010.

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE GENEBRA - Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck Professor Adjunto. **Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre – RS – Brasil.** Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/breve.PDF>, acesso em 14 setembro 2010.

REBELATTO, Jose Rubens; BOTOMÉ, Silvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

REBELATTO, José Rubens; MORELLI, José Geraldo. **Fisioterapia geriátrica**: a prática de assistência ao idoso. São Paulo: Manoel, 2004.

RICHARDSON, Roberto Jarry et. al., **Pesquisa Social**: Métodos e Técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RUGISKI, M.; PILATTI, L.A.; SCANDELARI,L. WHOQOL-100 e sua utilização: uma pesquisa na Internet. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção. **Anais. XXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção XI International Conference on Industrial Engineering and Operations Management**. o. PUCRS. Porto Alegre, 2005.

SALDANHA, Assuero Luiz . CALDAS, Célia Pereira. **Saúde do idoso**: a arte de cuidar. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Interciencia, 2004.

SANTOS, B.R.L. O PSF e a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2000; 53(N Esp): 49-53.

SHARAN, Merrian. **Clase stuy research in edication: qualitative approach**. San Francisco: Jossey- Bass Publishers, 1998.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os Profissionais. **Revista Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/arquivos/pdf/Texto%20B6%20v9n16a03.pdf>, acesso em: 04-05-09.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, June 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016&lng=en&nrm=iso>, acesso em 15 de fevereiro de 2010.

SLUZKI, C. E. De como a Rede Social afeta a saúde do indivíduo e a saúde do indivíduo afeta a Rede Social. In: SLUZKI, C. E. (Org.) **A rede social na prática sistêmica:** alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p.67-85.

SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2000; 53(N Esp):25-30.

SOUZA, Marcelo Medeiros Coelho de. **TEXTO PARA DISCUSSÃO n. 639**. O Analfabetismo no Brasil sob o Enfoque Demográfico. Brasília, abril de 1999. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_99/td_639.pdf>, acesso em: 27 agosto 2010.

SOUZA**,** Paulo Cézar dos Santos. **A Fisioterapia e a construção de novos saberes e práticas a partir do Programa de Saúde da Família/ PSF**. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/fisioterapia/artigos/5610/a-fisioterapia-no-psf>, acesso em 14 setembro 2010.

TEODORO, LC. S. **Educar para participar**. O enfermeiro e a prevenção da AIDS com alunos de 8. Serie da cidade de Passos – MG. 1997. 209f. Dissertação de Mestrado Escola e Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

THOMAS, Jerry. R e NELSON, J.K. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.4, n.7, p.37-56, 2000.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.11-9.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.11.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VERAS, R. P. (orgs). **Terceira idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: UnATI. Relume Dumará. pp. 95,1995.

VIANA, Helena Brandão. **Influências da atividade física sobre a avaliação subjetiva da qualidade de vida de pessoas idosas**. Campinas: [S.n], 2003.

VIEIRA, E.B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e família. 2 ed., Rio de Janeiro, 2004.

SCAMBLER, Victor, C.; BOWLING, Bond, J. A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. **Reviews in Clinical Gerontology**. v.10, n. 4, p. 407-417, 2000.

WEINBERG, R.S.; GOULD, D. **Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico**. Barcelona: Ariel, 1996.

WHOQOL – ABREVIADO. Organização Mundial de Saúde, Divisão de Saúde Mental, Grupo WHOQOL. Versão em Português dos **Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)***,* 1998.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 2000.

ZIMERMAN, David Epelbaum; OSÓRIO, Luiz Carlos. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Nome: _____

2. Gênero: Masculino ( ) Feminino ( )

3. Idade: ____ anos Data de nascimento: __/__/___

4. Procedência: Rural ( ) Urbana ( )

5. Estado Conjugal: Casado ( ) Viuvo (a) ( ) Divorciado (a)/ desquitado (a)/ separado (a)/ solteiro (a)

6. Reside: Sozinho (a) ( ) acompanhado (a) de esposo(a) ( ) acompanhado (a) de familiares ( )

7. É alfabetizado (a) ? Sim ( ) Não ( )

8. se sim, quantos anos você frequentou a escola?

1-4 anos (primário) ( ) 5-8 anos (secundário) ( ) Terminou o colegial/técnico ( ) Terminou a faculdade ( ) Outra ( )

9. É o principal responsável pelo sustento da família?

Sim ( ) Não ( )

10. Se não é o principal responsável para sustento da família, contribui financeiramente para o sustento da família?

Sim ( ) Não ( )

11. Eu necessito de cuidados para o dia-a-dia?

Sim ( ) Não ( )

Meus hábitos de vida:

12. Fumo?

Sim ( ) Não ( )

( ) fumo frequentemente ( ) fumo raramente ( ) parei de fumar

13. Bebida alcoolica

Sim ( ) Não ( )

( ) bebo frequentemente ( ) bebo raramente ( ) parei de beber

14. Fora a fisioterapia você realiza outra atividade física?

Sim ( ) Não ( )

( ) faço frequentemente ( ) faço raramente ( ) parei de beber

15. Como está minha saúde?

( ) ótima ( ) boa ( ) razoável ( ) ruim

Histórico de quedas no ultimo ano:

16. Foi hospitalizado (a) no ultimo ano?

Sim ( ) N. vezes: _____ Não ( )

17. Sofreu alguma fatura no ultimo ano?

Sim ( ) Porque? _____ Não ( )

18. Caso tenha respondido sim, em que local você caiu?

Na cozinha ( ) No quarto ( ) No banheiro ( ) Na escada ( ) Outro ( ) Não sabe informar ( )

Dados clinico de saúde

19. tem dor?

Sim ( )

Local: pes ( ) joelhos ( ) Quadril ( ) Coluna ( ) Maos ( ) Antebraços ( ) Braços ( ) Ombros ( ) Outros ( )

Intensidade: Forte ( ) Moderada ( ) Fraca( )

Frequência: sempre ( ) as vezes ( ) nunca ( )

Não ( )

Dados da fisioterapia

20.nos atendimentos fisiterapeuticos realizados com o grupo da melhor idade, com que frequência há explicações acerca de assuntos relacionados à prevenção em saúde?

Sempre ( ) as vezes ( ) nunca ( )

21. Após o inicio de sua participação no grupo de fisioterapia, você considera que:

Minha saúde melhorou bastante ( ) minha saúde melhorou pouco ( ) não houve alteração em minha saúde ( ) piorou minha saúde ( )

22. em sua opinião o exercício fisioterapêutico previne o aparecimento de outras doenças e/ou evolução de doenças já existentes?

Previne bastante ( ) previne ( ) previne pouco ( ) não previne ( )

23. Voce considera a fisioterapia:

Importante para minha vida ( ) pouco importante para minha vida ( ) não tem importância para minha vida ( )

APÊNDICE II: ENTREVISTA AO PACIENTE

Entrevistado 1

Paciente 1: C.C.M

1- Como você põe em prática as informações recebidas sobre assuntos que tratem da promoção da saúde em seu âmbito familiar?

Resposta 1 - Me lembro das informações que a fisioterapeuta nos dá, como a maneira correta de realizar as nossas atividades em casa, maneira certa de dormir e de sentar, ela nos avisa bastante quanto a prevenção de quedas retirando os tapetes dos corredores da minha casa e colocar tapete antiderrapante no banheiro. Tenho prestado atenção na hora de tomar minha medicação, e não uso muito sal, pois tenho pressão alta, e comecei a fazer caminhada todos os dias por que a doutora me explicou que é bom para minha saúde, e faço exercícios que a doutora passa pra gente fazer em casa para melhorar minha memoria e exercícios com números.

2- Na sua visão quais os efeitos da fisioterapia na promoção da saúde e na sua qualidade de vida?

Resposta 2 - Melhorou bastante a minha qualidade de vida, meu equilíbrio, minha filha já não se preocupa tanto quando saio sozinha, estou andando bem melhor, estou me conhecendo melhor, conhecendo meu próprio corpo e meus limites, antes eu não caminhava pois eu me sentia cansada e a pressão subia, e minha auto estima aumentou, emagreci 03 kilos , estou mais bonita e tenho mais amizades agora no grupo das idosas.

3- Quais os instrumentos de educação em saúde que a fisioterapia tem utilizado no processo da sua melhoria da qualidade de vida?

Resposta 3 - A doutora reúne todas e fala de coisas sobre saúde, explica o que são as doenças que agente tem, o que podemos fazer p melhorar, pergunta o que gostaríamos de saber mas temos vergonha, ela faz cartazes com figuras pra falar das doenças e agente debate vários assuntos, fazemos exercícios para lembrar das coisas, , ou imaginar animais, adivinhar objetos, e alguns dias usamos brinquedos para forçar nossa mente, pois agente nessa idade é muito esquecida.

4- Como você avalia a aplicação dos recursos públicos na saúde do idoso?

Resposta 4 - O dinheiro está vindo que o governo manda, a fisioterapia comprou alguns equipamentos para fazermos exercícios, fazemos viagens, conhecemos museu, zoológico, fomos conhecer outro grupo de idosas em outra cidade e ela comprou jogos que é para melhorar nossa memoria e capacidade intelectual. Mas não temo um lugar só para nós, para ficar mais a vontade, para colocarmos nossas fotos e ninguém mais entrar só nós.

Entrevistado 2

Paciente 2: O. M.S

1- Como você põe em prática as informações recebidas sobre assuntos que tratem da promoção da saúde em seu âmbito familiar?

Resposta 1 - realizo pequenas atividades que nos é informada para uma melhor qualidade de vida como colocar tapetes que não escorregue no banheiro evitando assim eu cair e retirei os tapetes da sala para eu não cair e subo as escadas sempre firmando me nos corremões. Estou cozinhando usando pouco sal e separo uma parte sem sal pois meu esposo tem pressão alta.

2- Na sua visão quais os efeitos da fisioterapia na promoção da saúde e na sua qualidade de vida?

Resposta 2 - satisfatório, pois hoje mantenho uma vida mais saudável tendo mais atenção quanto ao preparo do alimento higienizando corretamente e sempre lavo as verduras antes de comer e estou mais atenta na minha higienização do meu corpo para não aparecer doença, melhorou minha amizades no grupo.

3- Quais os instrumentos de educação em saúde que a fisioterapia tem utilizado no processo da sua melhoria da qualidade de vida?

Resposta 3 - ela faz palestras com cartazes com muitos assuntos de prevenção de quedas e de doenças, e alguns assuntos que agente indica, e fala bem natural para aprendermos uma melhor condição de vida. Sabemos que o principal é amar primeiro a nós mesmos.

4- Como você avalia a aplicação dos recursos públicos na saúde do idoso?

Resposta 4 - Os recursos financeiros tem sido enviados e aplicados corretamente na compra de materiais necessários. Também na realização de viagem com todas as mulheres do grupo,

contamos ainda com a realização de projetos culturais como a dança. Todos tem se emprenhado ao máximo para propor uma melhor qualidade de vida.

Entrevistado 3

Paciente 3: L. D. X. F

1- Como você põe em prática as informações recebidas sobre assuntos que tratem da promoção da saúde em seu âmbito familiar?

Resposta 1 - Faço tudo que a fisioterapeuta me orienta com intuito de diminuir as consequências das doenças que me acomete e mental também; assim aumenta minha qualidade de vida, e meu exemplo em casa minha família aprende também e me da melhor assistência e assim "to" levando uma vida mais saudável.

2- Na sua visão quais os efeitos da fisioterapia na promoção da saúde e na sua qualidade de vida?

Resposta 2 - a fisioterapia me dá conhecimento sobre meu corpo e as doenças da terceira idade, me mostra como ser mais saldável, ser independente, fazer os exercícios de forma correta respeitando meus limites, me sinto bem melhor, e quando me reúno com todas estou mais solta, meu convívio social melhorou com pessoas da minha idade e trocamos experiências também.

3- Quais os instrumentos de educação em saúde que a fisioterapia tem utilizado no processo da sua melhoria da qualidade de vida?

Resposta 3 - atividades bem dinâmicas com coisas que nós mesmo produzimos, fazemos exercícios, caminhada, fazemos passeios a lugares que nunca fui, já fomos ao zoológico, e ao museu, fazemos dança e fazemos natal e trocamos presentes, temos jogos e tem palestras sobre vários assuntos.

4- Como você avalia a aplicação dos recursos públicos na saúde do idoso?

Resposta 4 - Na minha opinião, ainda existe carência nos programas voltados para terceira idade porem já melhorou bastante. O interesse dos profissionais é grande e a nossa classe tem se atentado a exigir uma melhor qualidade de vida.

APÊNDICE III: ENTREVISTA AO MÉDICO RESPONSÁVEL.

Questionário aplicado ao Médico responsável.

Entrevistado 4
Médico 1: S. S. C
Especialidade: Clinica médica do PSF.

1- Na sua visão quais os efeitos da fisioterapia na promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos participantes do grupo pesquisado?
Resposta 1 - A fisioterapia é um serviço de grande importância na prevenção de doenças e promoção da saúde e na qualidade de vida dos idosos, uma vez que, é um grupo que apresenta muitos problemas osteoarticulares, que melhoram sensivelmente com a ajuda da fisioterapia.

2- Qual a sua opinião com relação à interface (interatividade) entre as equipes saúde da família e equipe de fisioterapia do município com relação à educação em saúde?
Resposta 2- Considero a equipe de fisioterapia fundamental como mais um elo de apoio às equipes de saúde da família tendo em vista o princípio básico que deve ser de atividade multidisciplinar.

3- De acordo com as políticas públicas de saúde ao idoso, quais os procedimentos realizados na assistência da saúde do idoso que refletem as práticas preventivas da educação em saúde?
Resposta 3 - A educação em saúde no idoso além do que se pratica nas equipes de saúde da família, no meu entender, necessita de um plano com mais objetivos para este grupo. Pois não temos no município um local onde ideias, para se descontrair, enfim, ter um laser orientado por uma equipe multidisciplinar. Assim seria mais fácil aplicar as praticas preventivas de educação em saúde.

ANEXOS

ANEXO 1 -TERMO DE LIVRE E CONSENTIMENTO

FICHA DE CONSENTIMENTO

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre saúde e educação- a fisioterapia como elemento preventivo a saúde do idoso. Para isso gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas varias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

- Instituição: Universidade Lusófona de Humanidades e tecnologias
- Orientador: José Duarte
- Pesquisadora: Marília da Luz Garcia Amaral

Autorizo a utilização dos dados fornecidos através dos questionários respondidos por mim, na pesquisa de mestrado e realizada pelas pessoas acima citadas.

Data: ___:___:___

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Entrevistador: Marília da Luz Garcia Amaral

Assinatura: _____

ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE WHOQOL-BREF

Instruções
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito

				nem insatisfeito		
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o** **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a- dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade	1	2	3	4	5

	de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com	1	2	3	4	5

	o seu acesso aos serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO