

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADO DO TERRITÓRIO

Fernanda Partelli Giacomini

**“AUTOESTIMA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE
FISIOTERAPIA EM DIFERENTES TERRITÓRIOS”**

Governador Valadares

2015

FERNANDA PARTELLI GIACOMIN

**“AUTOESTIMA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE
FISIOTERAPIA EM DIFERENTES TERRITÓRIOS”**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Gestão Integrada do Território.

Área de Concentração: Estudos Territoriais

Orientadora: Prof.^a Dra. Suely Maria Rodrigues

Governador Valadares

2015

Dedico este trabalho aos meus Pais
Fernando e Valdete, pilares da minha
vida. Renato, meu irmão querido.
E ao meu amado esposo Júlio Eymard,
incentivador, companheiro, amigo.
Presente de Deus!

AGRADECIMENTOS

Ao meu Eterno Deus, pela sua infinita bondade, misericórdia e amor. Que me permitiu vivenciar a experiência do Mestrado.

À minha orientadora Suely Maria Rodrigues, por contribuir comigo com todo o seu conhecimento, tempo e dedicação para que eu pudesse me tornar uma melhor pessoa e profissional. Obrigada, Mestre!

A todos os Professores e Mestres que durante este processo passaram por mim e deixaram seus ensinamentos. Com orgulho levarei o aprendizado por toda a vida.

Aos idosos entrevistados nesta pesquisa e todos os profissionais envolvidos, essenciais em meu trabalho.

Agradeço aos meus familiares pela torcida e apoio.

E também aos meus irmãos em Cristo Jesus, que durante todo o tempo em que estive me aventurando no universo do Mestrado, intercederam por mim em suas orações.

Especialmente sou grata aos meus pais e ao meu esposo, por serem fundamentais em minha vida. Pelo apoio, pela força, pelo carinho e pelo amor.

Ao meu querido esposo Júlio Eymard, pela paciência, por permanecer ao meu lado me incentivando mesmo nos momentos mais difíceis, por ser o meu suporte. Obrigada por tudo!

“Saber envelhecer é uma arte...”

Adoniran Barbosa

RESUMO

A prática de exercícios físicos é apontada como uma atividade importante para a manutenção da saúde e da autoestima positiva, principalmente quando estes são praticados de forma coletiva, como acontece na fisioterapia realizada em grupo. Este estudo objetivou conhecer a autoestima de idosos participantes de grupos de fisioterapia nos diferentes territórios, Nanuque (MG) e Pinheiros (ES). Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, que utiliza abordagem quantitativa. Participaram desta pesquisa 84 idosos (com 60 anos ou mais), de ambos os sexos, funcionalmente independentes, participantes de dois grupos de fisioterapia coletiva. Para a coleta de dados foi aplicado dois instrumentos, um questionário sócio-demográfico para conhecer os indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde; e na identificação da Autoestima foi utilizado o questionário Escala de Rosenberg (1965). Para análise dos dados quantitativos, foi utilizado o programa “Software Package for the Social Sciences” (SPSS for Windows, version 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Os resultados demonstraram que a idade mínima estabelecida para participar do estudo foi de 60 anos. No Grupo 1 a idade máxima encontrada entre os idosos foi de 85 anos, com uma média de 67,8 anos (dp = 6,0). Evidenciou-se que neste grupo todos os participantes eram mulheres (n=45). A idade máxima encontrada entre os idosos do Grupo 2 foi de 84 anos, com uma média de 69,4 anos (dp = 5,5), a maioria dos participantes era de mulheres (89,7%) e apenas 10,3% de homens. Pode-se observar que a amostra estudada (n=84) possui maior porcentagem de idosos viúvos (41,7%) e baixa frequência de união estável (2,4%). Com relação à escolaridade verificou-se que nos dois territórios pesquisados (G1 e G2) pequeno ou nenhum nível de escolaridade, 50% dos idosos estudaram entre a 1ª e 4ª série e 22,6% são considerados analfabetos, entretanto notou-se neste estudo que ainda é elevado o número de idosos que não sabem ler e escrever, 22,2% do Grupo 1 e 23,1% do Grupo 2. Quanto à Situação de Trabalho, constatou-se que 54,8% dos idosos pesquisados são aposentados. Em relação à vivência familiar observou que 34,5% dos idosos vivem sozinhos e 30,9% vivem como companheiro. Os dados relacionados à Renda Familiar demonstrou que a maioria dos idosos (92,8%) vive com uma renda mensal de 1 a 2 salários mínimos. A maioria dos idosos (78,6%) procurou os serviços de saúde nos últimos 06 meses. Com relação ao número de medicamentos usados habitualmente nos últimos 06 meses 57,1% dos idosos utilizam entre 1 e 3 medicamentos habitualmente, porém quanto ao número de doenças diagnosticadas pelo Médico do SUS, observou-se que 42,8% relataram ter uma (1) doença e 29,7% terem duas (2). A Escala de Autoestima evidenciou que a maioria dos indivíduos (91,6%) do Grupo 1 e Grupo 2 (n=84) aproximaram-se das pontuações máximas relacionadas as perguntas tanto positivas, “Concordo” e “Concordo Plenamente”, quanto negativas, “Discordo” e “Discordo Plenamente”, dessa maneira, em ambos, uma pontuação alta (acima de 25), considerado na escala de auto-estima elevada. Nenhum indivíduo obteve pontuação menor que 15, ou seja, não houve presença de sujeito classificado com baixa autoestima. Pode-se concluir que a maioria dos idosos (88,8%) apresentou autoestima elevada. Provavelmente, a fisioterapia coletiva tenha contribuído como um instrumento de atuação relevante para a elevada autoestima desses idosos.

Palavras-chave: Idosos. Autoestima. Fisioterapia em Grupo. Território.

ABSTRACT

The practice of physical exercises is pointed out as an important activity for the maintenance of health and positive self-esteem, especially when they are practiced in a collective way, as happens in physical therapy in group. This study aimed to identify the self-esteem of elderly participants of groups of physiotherapy in the different territories, Nanuque (MG) and Pine (ES). It is an observational study, descriptive, cross-sectional, which uses quantitative approach. Participated in this research 84 elderly (60 years or more), of both genders, functionally independent, participants of both groups of physiotherapy collective. For the data collection was applied two instruments, a sociodemographic questionnaire to know the indicators of health and use of health services; and the identification of Self-esteem was used the questionnaire Scale Rosenberg (1965). For the analysis of the quantitative data, we used the program "Software Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, version 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). The results showed that the minimum age established to participate in the study was 60 years. In Group 1 the maximum age found among the elderly was 85 years, with an average of 67.8 years (sd = 6.0). It was evident that in this group, all participants were women (n= 45). The maximum age found among the elderly in Group 2 was 84 years, with an average of 69.4 years (sd = 5.5), the majority of the participants were women (89.7 %) and only 10.3% of men. It can be observed that the sample studied (n= 84) has the highest percentage of elderly widowed (41.7 %) and low frequency of stable union (2.4 %). With respect to education level it was found that in the two territories surveyed (G1 and G2) little or no schooling, 50% of the elderly patients studied between the 1ST and 4TH grade and 22.6% are considered illiterate, however it was noted in this study that is still high the number of elderly people who do not know how to read and write, 22.2% in group 1 and 23.1% in group 2. The working situation, it was found that 54.8% of the elderly respondents are retired. In relation to family life observed that 34.5% of the elderly living alone and 30.9% live as companion. The data related to family income showed that the majority of older people (92.8 %) live with a monthly income of 1 to 2 minimum wages. The most older people (78.6 %) sought health services over the past 06 months. Regarding the number of drugs used commonly in the last 06 months 57.1% of the elderly using between 1 and 3 medications usually, but as the number of diseases diagnosed by the physician of the SUS, it was observed that 42.8% reported having one(1) disease and 29.7% had two (2). The Self-esteem scale showed that the most individuals (91.6 %) of Group 1 and Group 2 (n= 84) were closer to the high scores related questions both positive, "I agree" and "Strongly agree", and negative, "I disagree" and "Strongly Disagree", this way, in both, a high score (above 25), considered the scale of high self-esteem. None of them scored less than 15, that is, there was no presence of subject rated low self-esteem. It can be concluded that most elderly (88.8%) had high self-esteem. Probably the collective physiotherapy has contributed as an important performance tool for high self-esteem of the elderly.

Keywords: Elderly. Self-Esteem. Physiotherapy Group. Territory

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população estudada.....	51
Tabela 2 – Distribuição da média de idade entre os gêneros feminino e masculino da população estudada.....	00
Tabela 3 – Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos participantes do estudo. Grupo 1 (n=45) e Grupo 2 (n=39).....	00
Tabela 4 – Distribuição da frequência das variáveis Indicadores de Saúde e Utilização de Serviços dos idosos participantes do estudo. Grupo 1 (n=45) e Grupo 2 (n=39).....	00

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição da frequência das respostas às perguntas positivas e negativas do Grupo 1 – Pinheiros/ES e Grupo 2 – Nanuque/MG.....	00
Gráfico 02 – Distribuição da frequência dos valores/escores totais da Escala de autoestima do Grupo 1 – Pinheiros/ES.....	00
Gráfico 03 – Distribuição da frequência dos valores/escores totais da Escala de autoestima do Grupo 2 – Nanuque/MG.....	00

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVDs – Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS – Atenção Primária à Saúde
AVDs – Atividades de Vida Diária
AVE – Acidente Vascular Encefálico
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
DAB – Departamento de Atenção Básica
DNTs – Doenças não Transmissíveis
DOU – Diário Oficial da União
DP – Desvio Padrão
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GRAF – Gráfico
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SPSS – *Software Package for the Social Sciences*
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce
USB – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	13
2 – REVISÃO DE LITERATURA.....	Erro! Indicador não definido.16
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO.....	Erro! Indicador não definido.16
2.1.1 – Aspectos Biofísicos do Envelhecimento	Erro! Indicador não definido.17
2.1.2 – Aspectos Psicológicos do Envelhecimento.....	Erro! Indicador não definido.21
2.1.3 – Aspectos Sociais do Envelhecimento	Erro! Indicador não definido.24
2.1.4 – Política Nacional do Idoso.....	27
2.2 - AUTOESTIMA.....	31
2.3 – FISIOTERAPIA NA SAÚDE COLETIVA.....	33
2.3.1 – Fisioterapia Geriátrica e Gerontológica.....	Erro! Indicador não definido.35
2.3.2 – Aplicações da Fisioterapia na Saúde Coletiva.....	38
2.4 – TERRITÓRIO E SAÚDE.....	41
3 – OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.45
GERAL.....	Erro! Indicador não definido.45
ESPECÍFICOS	Erro! Indicador não definido.45
4 – METODOLOGIA.....	46
4.1 – Abordagem do Estudo	46
4.2 – Tipo de Estudo.....	46
4.3 – Universo do Estudo	46
4.4 – Amostra	49
4.5 – Critérios de Inclusão/Exclusão	50
4.6 – Estudo Piloto	50
4.7 – Coleta dos Dados	51
4.8 – Análise dos Dados	52
4.9 – Aspectos Éticos	52
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1 – Caracterização da Amostra.....	53
5.2 – A Autoestima dos Idosos.....	62
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Erro! Indicador não definido.72
8 – ANEXOS.....	90

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), até 2025 o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas. Portanto torna-se urgente a necessidade de investigações que possam contribuir com a melhoria e/ou manutenção da saúde e qualidade de vida nessa faixa etária. Este crescimento provoca mudanças na pirâmide etária, que avança em uma proporção geométrica, ao passo que a preparação para esta metamorfose ocorre em proporções aritméticas.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira é algo presente nas projeções demográficas, e se dá, sobretudo, a urbanização adequada, melhoria nutricional, melhores condições de saneamento básico, maior cuidado com a higiene pessoal, maior acesso à educação, redução nas taxas de mortalidade e controle da natalidade. A isto, soma-se o avanço da ciência e tecnologia aplicado à área da saúde, cujas pesquisas e resultados científicos conseguiram aumentar a média de vida (NOGUEIRA et al., 2008).

Todo esse processo de envelhecimento populacional vivenciado na atualidade não é exclusividade do Brasil. De fato, o mundo está envelhecendo, embora de maneiras heterogêneas, essa realidade acontece tanto nos países industrializados quanto nos países em desenvolvimento (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

Tanto em termos absolutos como relativos esse crescimento tem provocado profundas alterações na sociedade. Já se pode sentir este impacto na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde. E, na medida em que o país continua em transição demográfica, o impacto deverá ser ainda maior no futuro (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; WONG E CARVALHO, 2006).

A saúde é uma das áreas de maior preocupação quando se refere ao idoso, sobretudo como os vários mecanismos de atendimento estão reagindo a este emergente perfil demográfico. As necessidades de saúde desta população podem se contrapor ao desenvolvimento do sistema de atendimento de saúde no Brasil, tipicamente voltado às populações mais jovens, especialmente crianças. Mesmo que esta ênfase tenha justificativas históricas e se possam observar sucessos com esta perspectiva – por exemplo, na redução da mortalidade infantil e da incidência de várias doenças infectocontagiosas – se nota que a área de saúde está despreparada para o novo perfil demográfico e epidemiológico (GARRIDO; MENEZES, 2002; VERAS, 2007).

Esse grupo etário requer uma atenção diferenciada de diversos setores da sociedade, em especial da equipe envolvida nos cuidados com a saúde. Tal necessidade se deve as diversas transformações que podem ocorrer no processo de envelhecimento e acarretar despesas elevadas com tratamentos complexos e onerosos, pois as doenças nos idosos, na maioria das vezes, são crônicas, consumindo mais recursos da área de saúde, quando comparadas com as demais faixas etárias, e nem sempre este custo significa um cuidado adequado às suas necessidades específicas (CARBONI; REPPETTO, 2007).

Durante o processo natural do envelhecimento, ocorre um aumento de doenças, sendo, em sua maioria, patologias crônico-degenerativas, situação que vem se tornando muito comum em nosso país. Surge então, a importância da reabilitação fisioterapêutica para a população idosa, que tem como finalidade restaurar e/ou manter o melhor funcionamento possível do indivíduo, proporcionando também ao longo a sua auto-suficiência e a independência nas Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) cuja manutenção é um grande desafio aos profissionais da saúde. É fundamental que a reabilitação se inicie precocemente, a fim de melhorar a qualidade de vida do idoso e prevenir ou retardar os processos que apresentam incapacidades permanentes (KNORST; BÓS, 2003).

É importante enfatizar a prevenção gerontológica, pois dessa forma será possível prolongar a vida com saúde, ou seja, com qualidade de vida. E para que isto ocorra é necessário ter como objetivos a promoção de fatores que possibilitem o retardo dos declínios decorrentes do envelhecimento prematuro ou patológico e a redução das situações que provoquem perda da capacidade de independência e autonomia do idoso (YUASO; SGUIZZATTO, 1996).

A fisioterapia é a ciência que estuda o movimento humano, e está voltada para o entendimento da funcionalidade. Além disso, diagnostica, previne e trata os distúrbios da cinesia humana decorrentes de alterações de órgãos e sistemas. Dessa forma pode contribuir com conhecimentos e recursos fisioterápicos, com a finalidade de compreender melhor os fatores que possam originar perdas ou diminuição da qualidade de vida e bem-estar na população (YUASO; SGUIZZATTO, 1996).

Quando o idoso insere o exercício físico de forma regular em sua vida, sempre orientado por um profissional capacitado, como é o caso do fisioterapeuta, terá como benefício maior longevidade, diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, redução do

número dos medicamentos prescritos, melhora da capacidade fisiológica em pessoas com doenças crônicas, prevenção da decadência cognitiva, manutenção dos status funcional elevado, diminuição da frequência de quedas, manutenção da independência e autonomia, e também benefícios nos aspectos psicológicos como melhoria da autoestima, da autoimagem, da convivência social e do prazer pela vida (TERRA; DORNELLES, 2003).

Com o processo de envelhecimento observa-se uma diminuição da autoestima. Uma autoestima prejudicada agrava o sofrimento psíquico do indivíduo, que se torna o viés para um quadro depressivo; a depressão por si favorece o agravamento de eventuais doenças orgânicas que acometem o idoso, aumentando a morbidade e o risco de morte (KRAWCZYNSKI; OLSZEWSKI, 2000; STELLA et al., 2002).

A prática de exercícios físicos é apontada como uma atividade importante para a manutenção da saúde e da autoestima positiva. Quando esses exercícios são praticados de forma coletiva, como acontece na fisioterapia realizada em grupo, ocorre um aumento da autonomia e um enaltecimento do valor destes indivíduos, tornando-os mais ativos na sociedade e ampliando o seu círculo de amizades, proporcionam também melhoria da sua composição corporal e autoestima sendo visível a satisfação com a autoimagem, tudo ocasionado pela alegria e pelo humor oriundos do prazer em realizar atividades em grupo (CARVALHO; CARVALHO, 2008).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Caracterização do Idoso

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1983) classifica a população da terceira idade de acordo com o desenvolvimento do país, no qual o indivíduo está inserido. Em países desenvolvidos, são aqueles indivíduos com idade de 65 anos ou mais, e em países em desenvolvimento, indivíduos com 60 anos ou mais.

No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos, existindo uma legislação específica do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996). É esta legislação que regulamenta a Política Nacional do Idoso e prevê a formação do Conselho Nacional do Idoso. Nesta política está contemplada a questão da saúde e assistência social, à qual todo idoso tem direito (BRASIL, 1998).

Baseado no conceito de autonomia ou habilidade/capacidade funcional, a OMS (1983) classificou os pacientes idosos em 3 grupos:

1. Funcionalmente independente - são indivíduos sadios, que podem apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e/ou com algum declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda.

2. Parcialmente independente - são indivíduos lúcidos, porém com problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda do seu sistema de suporte social, o que faz com que estejam incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria dessas pessoas vive com a família ou em instituições com serviços de suporte.

3. Totalmente dependente - são aqueles, cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter autonomia. Essas pessoas estão impossibilitadas de viver com independência e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente.

Estes conceitos são úteis ao contexto do envelhecimento, pois estão ligados à manutenção da autonomia dos idosos, ou seja, ao grau de independência com que desempenham as funções no dia-a-dia dentro de seu contexto sócio-econômico e cultural. Do ponto de vista prático, estas funções podem ser medidas através do desempenho das atividades diárias, como por exemplo, a capacidade de cuidado pessoal (higiene), preparo das refeições, manutenção básica da casa. A operacionalização deste conceito é difícil, mas seus resultados são mais detalhados do que os obtidos apenas com utilização do conceito de envelhecimento cronológico (WHO, 2002).

2.1.1 Aspectos Biofísicos do Envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que se instala em cada indivíduo desde o nascimento e o acompanha por todo o tempo de vida, culminando com a morte (JORDÃO NETTO, 1997). Este, por sua vez, imprime alterações naturais em todo o organismo, sendo que seu processo biológico traduz-se por um declínio harmônico de todo o conjunto orgânico, tornando-se mais acelerado a partir dos 70 anos de idade (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009).

O envelhecimento deve ser visto como uma etapa natural do desenvolvimento, caracterizado pela degenerescência física e psicológica do ser humano, sendo comum à todos seres vivos em idade avançada (TERRA; DORNELLES, 2003).

Segundo Veras (1994), o corpo e tempo se entrecruzam no devir do processo do envelhecimento, e como consequência disso, nascerá à diversa velhice e sua consequente múltipla representação. Alguns biogerontologistas caracterizam o envelhecimento pela incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional, ocasionando maior vulnerabilidade e uma maior incidência de patologias, que podem levar o idoso à morte (PAPALÉO NETTO; PONTE, 1996).

Quando se fala de envelhecimento, é importante destacar as diferenças entre senescência e senilidade. Senescência é a velhice normal, fisiológica, caracterizada por processos biológicos naturais e relativamente conhecidos; senilidade é a superposição de elementos patológicos diversos, evidenciados por uma sintomatologia específica e que pode ser diagnosticada e tratada adequadamente (VILELA; CARVALHO; ARAÚJO, 2006).

Segundo Góes (2007) o envelhecimento biológico representa um episódio terminal, geneticamente, determinado pelo desenvolvimento normal, que conduz as imperfeições funcionais, ou seja, algum processo intrínseco, inevitável e irreversível. O envelhecimento patológico admite duas possibilidades: uma considera que o envelhecimento é essencialmente um processo autodestrutivo, auto-imune, no qual o organismo reage imunologicamente contra seus próprios constituintes como se eles fossem estranhos. A segunda admite o envelhecimento como sendo o resultado final do acúmulo progressivo de experiências traumáticas ao acaso, associadas tanto à vida como às doenças.

As modificações fisiológicas que ocorrem no processo do envelhecimento resultam de interações complexas entre os inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos e manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais, entretanto, o envelhecimento celular, não ocorre simultaneamente em todas as células, tecidos, órgãos e sistemas, cada um tem o seu tempo de envelhecimento (CARDOSO, 2009).

As mudanças estruturais que acometem o ser humano durante o envelhecimento são inúmeras. No sistema cardiovascular, observam-se modificações importantes na estrutura e funcionamento, podendo-se destacar: aumento de gordura, espessamento fibroso, substituição do tecido muscular por tecido conjuntivo e calcificação do anel valvar. Nas artérias, ocorre acúmulo de gordura (aterosclerose), perda de fibra elástica e aumento de colágeno. Dessa forma, a função cardiovascular fica prejudicada, diminuindo a resposta de elevação de frequência cardíaca ao esforço ou estímulo, aumentando a disfunção diastólica do ventrículo esquerdo e dificultando a ejeção ventricular. Com isso ocorre maior prevalência de hipertensão arterial sistólica isolada com maior risco de eventos cardiovasculares (PASI, 2006).

No sistema gastrointestinal o autor evidencia alterações na cavidade oral, havendo perda do paladar, redução da inervação do esôfago, redução na secreção de lípase e insulina pelo pâncreas, diminuição da metabolização de medicamentos pelo fígado, dificuldade de esvaziamento da vesícula biliar, discreta diminuição da absorção de lipídeos no intestino delgado; no cólon se observa o enfraquecimento muscular, alteração de peristalse e dos plexos nervosos da musculatura do esfíncter exterior.

Mazo; Lopes; Benedetti, (2009) descrevem as alterações determinadas pelo envelhecimento no sistema respiratório como sendo: diminuição da elasticidade e complacência dos pulmões pelas modificações nos tecidos colágenos e elásticos; dilatação dos

bronquíolos, ductos e sacos alveolares; atrofia dos músculos esqueléticos acessórios na respiração; redução da caixa torácica e diminuição da ventilação pulmonar. Em consequência destas alterações, há insuficiência respiratória (restritiva, obstrutiva e disfuncional), observada principalmente mediante esforço físico.

No sistema urinário a função renal é diminuída em torno de 50% aos 80 anos. A atrofia da uretra, com enfraquecimento da musculatura pélvica associado à perda de elasticidade uretral e de colo vesical favorecem o aumento de frequência e urgência urinária e incontinência urinária de esforço. Este problema é mais frequente em mulheres do que em homens (ERMIDA, 1995; SOUZA, 2002; TERRA, 2003).

No sistema imunológico observa-se que as respostas imunológicas se tornam menos eficientes, principalmente pela redução do timo, que perde em torno de 95% de sua massa até os 50 anos. Nota-se que, pela diminuição gradual das funções do sistema imunológico facilita o desenvolvimento de patologias infecciosas e alguns tipos de cânceres (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009; CARDOSO, 2009).

Evidenciam alterações que acometem também o sistema músculo-esquelético. Ocorre uma redução do número de células musculares e da elasticidade dos tecidos; o tecido muscular é substituído por colágeno. Aos 50 anos, as mulheres perdem em torno de 30% da massa óssea, e os homens, em torno de 17%; as costas tendem a ficar arqueadas, curvadas e corcundas (cifose) devido a alterações posturais; e há uma redução na mobilidade articular.

Shephard (2003) descreve mudanças significativas no envelhecimento do sistema nervoso, como alterações na função cerebral global, na visão, na audição e outros sentidos. Ocorre uma desaceleração de reações, tais como morte celular, perfusão cerebral deficiente e uma secreção alterada de neurotransmissores, bem como uma sensibilidade a neurotransmissores. Em consequência, Park *et al.* (2001) afirmam que adultos mais velhos têm mais dificuldade de assimilar novas informações, e as habilidades de raciocínio são diminuídas. Os idosos tornam-se mais lentos para responder algumas tarefas cognitivas, e são mais suscetíveis ao rompimento da informação.

Beauvoir (1990) ressalta outros acontecimentos presentes no corpo do indivíduo idoso:

Os cabelos embranquecem e tornam-se mais ralos, também os pelos embranquecem embora proliferem em certos lugares – como por exemplo, no queixo das velhas. A pele se enruga em consequência da desidratação e da perda de elasticidade do tecido dérmico subjacente. Caem os dentes. A perda dos dentes provoca um encurtamento da parte inferior do rosto, de tal maneira que o nariz – que se alonga verticalmente por causa da atrofia de seus tecidos elásticos – aproxima-se do queixo. A

proliferação senil da pele traz um engrossamento das pálpebras superiores, enquanto se formam papos sob os olhos; o lábio superior mingua e o lóbulo da orelha aumenta (p. 34).

No que diz respeito às alterações funcionais, geralmente estão associadas à maior prevalência de doenças crônicas, que, por sua vez, podem deteriorar a habilidade de manutenção da independência. Este é um dos principais motivos pelos quais pessoas idosas tornam-se dependentes. Assim, a manutenção da qualidade de vida está diretamente ligada à autonomia e independência, que são bons indicadores de saúde para a população idosa (PAPALÉO NETTO; PONTE, 1996).

Doenças comuns do envelhecimento, as chamadas doenças não transmissíveis (DNTs), tais como doenças cardiovasculares, hipertensão, derrame, diabete, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite, osteoporose, depressão, diminuição da visão e/ou cegueira, entre outras, tornam-se as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade entre os idosos (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009).

Cardoso (2009) explica que síndromes geriátricas são comuns e geralmente estão relacionadas ao envelhecimento dos órgãos e sistemas, e podem ser agravados de acordo com o estilo de vida adotado pelo idoso. Observa-se, em relação aos problemas musculoesqueléticos, a prevalência de osteopenia, osteoporose, osteoartrite, reumatismos, instabilidade postural e quedas. Os problemas neurológicos mais comuns são Parkinson, Acidente Vascular encefálico (AVE), demências, Mal de Alzheimer e alterações nos padrões de sono. Já no sistema cardiovascular, a hipertensão, as cardiopatias e a arteriosclerose prevalecem entre os idosos.

Quanto mais anos de vida, aumenta em 80% a probabilidade de o idoso contrair uma ou mais doenças crônicas, bem como limitações físicas incapacitantes. Em muitos casos torna-se difícil distinguir se tratam de alterações decorrentes do processo de envelhecimento ou se são manifestações patológicas (HOEMAN, 2000).

É certo que o processo do envelhecimento é um resultado de múltiplos fatores, como a base genética; o ambiente em que o indivíduo é exposto, em que há inúmeras agressões durante o ciclo vital, como poluição, radiação solar, entre outras; estilo de vida, visto que a pessoa adquire alguns hábitos, como o tabagismo, alcoolismo, drogas, estresse, que irão resultar em danos celulares, moleculares e teciduais, esses diretamente envolvidos com a diminuição da capacidade homeostática do organismo (SANTIN; COSTA, 2008).

Embora o envelhecimento humano não seja provocado por uma única causa ou mecanismo, como visto acima, torna-se comum que as pessoas reduzam o entendimento sobre o envelhecimento aos aspectos biológicos, pois eles, na maioria das vezes, são mais visíveis e mais facilmente mensurados (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

2.1.2 Aspectos Psicológicos do Envelhecimento

Cada indivíduo vivencia o envelhecer de forma diferenciada, apesar de ser um processo biológico universal, dinâmico, progressivo e irreversível. O envelhecimento é um equilíbrio entre limitações e potencialidades do ser humano, o qual possibilitará lidar com diferentes graus de eficácia, mediante perdas inevitáveis (BALTES, 1987).

O envelhecimento é evidenciado psicologicamente por um processo dinâmico e extraordinariamente complexo, muito influenciado por fatores individuais, que se inicia com um declínio lento e depois acentuado das habilidades que o indivíduo conseguia desenvolver anteriormente. Basicamente, resume-se na caracterização de Weschler (1954), citado por Vargas (1981) que distingue no processo de envelhecimento “a comparação entre aquilo que se tem e aquilo que não se tem mais” (VARGAS, 1981).

A maioria das pessoas tem dificuldade para aceitar e enfrentar as transformações típicas da idade. Há uma recusa à passagem do tempo, não querem decair, e voltam-se para o seu antigo eu com a convicção de terem permanecido imutáveis (Beauvoir, 1990).

A autora diz:

Tenho necessidade de que se prolongue indefinidamente essa aventura na qual minha vida se inscreve. Amo a juventude; desejo que nela continue nossa espécie, e que esta última conheça tempos melhores. Sem essa esperança, a velhice para a qual eu me encaminho parecer-me-ia inteiramente insuportável (p.507).

A percepção de Morin (1997) acerca do processo de envelhecimento é de que o ser humano, rejeitando a morte como rejeita, recusando-a com todas as suas forças tende a rejeitar também a velhice, talvez por ser a fase da vida que mais aproxima o indivíduo da morte, tornando o envelhecer um peso.

Para Belsky (1990) a velhice é um período de stress extremo, o que possibilita o surgimento de distúrbios psicológicos. Em sua Teoria Psicanalítica, sustenta a ideia de que na

velhice ocorrem *life events*¹ stressantes que se transformam em testes para analisar o funcionamento psicológico, demonstrando a capacidade do ego em se adaptar. Nesta fase da vida, se o indivíduo viveu experiências que não foram boas em sua infância, provavelmente ele desenvolverá mecanismos de defesa para enfrentar estes *life events*, tendo como consequência problemas psicológicos.

Alguns eventos podem ocasionar distúrbios psicológicos aos idosos: o aparecimento de doenças crônicas degradando a saúde, a viuvez, morte de amigos e parentes próximos, carência de papéis sociais valorizados, progressivo isolamento e problemas financeiros advindos da aposentadoria que afetam profundamente a autoestima, podendo gerar crises. Outros fatores como modificações orgânicas, que não são doenças, mas sim, indicadores da passagem do tempo, como rugas, cabelos brancos, pós-menopausa, declínio da potência e da atividade sexual, postura encurvada, e lentidão dos reflexos, transformam a autoimagem, podendo levar a transtornos emocionais mais agudos. Envelhecer e adoecer não são sinônimos, mas não se pode ignorar que algumas patologias são mais comuns em indivíduos longevos, e estas podem levar a uma restrição das atividades diárias, e em muitos casos a necessidade de internação e o tempo de permanência intra-hospitalar aumenta. Essas condições físicas exercem grande influência sobre o estado mental. Somando-se também ao fato de que cada indivíduo percebe seu estado físico de maneira diferente, podendo desencadear um grave desequilíbrio na conservação da sua saúde mental (GATTO, 1996).

Zimerman (2007) afirma que o envelhecimento traz ao ser humano uma série de mudanças psicológicas, e estas podem resultar em dificuldade de adaptação a novos papéis, desmotivação, dificuldade em planejar o futuro, dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas e necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais, além de alterações psíquicas que muitas vezes exigem tratamento, como a depressão, a hipocondria, somatização, paranóia, tendência ao suicídio, e baixa autoimagem e autoestima. Da mesma maneira que as características físicas do envelhecimento estão relacionadas à hereditariedade, à história e à atitude de cada indivíduo, as de caráter psicológico também estão. Pessoas mais saudáveis e otimistas têm mais condições de se adaptarem às transformações advindas do envelhecimento.

¹*Life events*— segundo a ideia do autor *life events* são acontecimentos, circunstâncias, fatos, e/ou eventos que acontecem no decorrer da vida de qualquer ser humano.

Elas são mais propensas a verem o envelhecimento como um tempo de experiência acumulada, de maturidade, de liberdade para assumir novas ocupações e até mesmo de liberação de certas responsabilidades.

Para Geis (2003) o tempo deve ser compreendido como um *continuum*, no qual o ser humano apresenta-se em constante desenvolvimento, e não envelhecendo. Desse modo, o foco não será para as perdas, mas sim para as conquistas e redescobertas.

A capacidade do indivíduo em adaptar-se às transformações que ocorrem ao longo da vida, podendo ser elas físicas, sociais e/ou emocionais, determinará o impacto que terá na sua saúde mental e psicológica, interferindo num envelhecimento bem-sucedido ou não (RIGO; TRAPP, 2008).

Um envelhecimento bem-sucedido passa pelo conceito da senescência psíquica e sua implicação. O cuidado com o emocional e com a qualidade dos afetos que o indivíduo desenvolve durante a vida é imprescindível para tanto. A construção do envelhecimento bem-sucedido passa pela percepção e pela relação que cada ser tem com os acontecimentos e com a vida, muito mais do que pelos fatos em si (JACOB FILHO; KIKUCHI, 2011).

Neri; Yassuda (2004) afirmam que o desejo por ter uma boa velhice é um anseio ancestral do ser humano. Ecoa em construções filosóficas, religiosas, artísticas, literárias e científicas correntes em diferentes períodos da história da humanidade. Observa-se que explicações e prescrições oriundas de diferentes fontes e geradas em diferentes épocas possuem aspectos comuns: um é a preocupação com a preservação da saúde e da independência física e cognitiva; o outro é a manutenção da autonomia moral. Paralelamente, aparecem preocupações com a preservação da atividade, da produtividade e dos papéis sociais de adulto, bem como a expectativa de ter uma vida feliz, satisfeita e bem realizada. Uma velhice não sucedida seria uma velhice patológica, esta, por sua vez traduz um sinônimo de fragilidade. É fundamentalmente associada a eventos biológicos, mas se relaciona com eventos socioestruturais, ecológicos e psicossociais, que podem contribuir para o seu agravamento mais rápido ou para o seu abrandamento, e está intimamente relacionada com a queda do bem-estar subjetivo e com a perda da independência e da autonomia.

Para Mazo; Lopes; Benedetti, (2009) o bem-estar psíquico do idoso está entrelaçado à possibilidade de manter a sua autonomia e independência.

2.1.3 Aspectos Sociais do Envelhecimento

Beauvoir (1990, p.265) "uma sociedade é uma totalidade destotalizada" para ela os membros desta sociedade estão separados, mas unidos por relações de reciprocidade. Entretanto, a sociedade, de maneira geral, se acomoda com as condições vivenciadas pelas pessoas idosas.

Muito longe de oferecer ao velho um recurso contra seu destino biológico assegurando-lhe um futuro póstumo, a sociedade de hoje o rechaça, ainda vivo, para um passado ultrapassado (Beauvoir, 1990, p.468).

A realidade social impõe a negação da velhice, valorizando os que conseguem disfarçá-la. O velho sábio desapareceu de nossa realidade, permanecendo apenas como um conceito abstrato, por isso, apesar das novas políticas públicas e recentes propostas da Gerontologia, o idoso na atualidade ainda é visto com preconceito, o que configura um segmento desconsiderado e rejeitado, principalmente por não estar mais inserido no processo produtivo (VERAS, 1994).

Lazaeta (1994) considera que os principais fatores de influência na sociedade sobre o indivíduo idoso são de resposta social ao seu declínio biológico, como o afastamento do trabalho, a mudança de identidade social, a desvalorização social do idoso e a indefinição sociocultural de atividades em que o mesmo possa perceber-se útil e alcançar reconhecimento social. Segundo Neri (1995), a velhice precisa ser compreendida não somente pelos declínios comuns desta fase, mas também acreditando no possível desenvolvimento dos idosos.

Para Boutique e Santos (1996) é importante considerar que não existe apenas um envelhecer, mas sim processos de envelhecimento – de gênero, etnia, de classe social, de cultura – que são determinados socialmente. As diversidades do processo de envelhecimento se devem às condições desiguais de vida e de trabalho no qual as pessoas idosas foram submetidas.

Nas sociedades primitivas, a valorização pessoal esteve diretamente ligada à capacidade física, força, vitalidade, beleza, pois os homens que se mantinham vigorosos até a senectude tiveram mais consideração social do que os que apresentavam as fraquezas e mazelas típicas do envelhecimento (LEME, 1996).

Já, na sociedade atual, a identificação do idoso é construída pela contraposição à idade de jovem e, nesta mesma perspectiva se tem também a contraposição das qualidades: atividade, força, memória, beleza, potência e produtividade como características peculiares e normalmente atribuídas aos jovens e as qualidades opostas a estas últimas, presentes nos idosos (MERCADANTE, 1996).

É fato que o processo de envelhecimento desencadeia uma diminuição do potencial biológico. Entretanto, paralelamente a este processo, ocorre por parte do idoso a necessidade de utilização de recursos psicológicos, sociais e materiais oferecidos pela cultura, para se compensar tais perdas (BALTES, 1997).

Segundo Duarte (1999) há uma divisão proposta por Birren, sobre as idades de um indivíduo, que as classifica em três idades: social, biológica e psicológica. A idade social avalia a capacidade funcional do indivíduo, levando em consideração os papéis que ele vem desempenhando na sociedade. A idade biológica baseia-se nas modificações físicas, que podem servir para definir o envelhecimento, como a perda de força, diminuição da coordenação motora e o surgimento de algumas patologias. Já a idade psicológica é a modificação cognitiva e afetiva que se produz ao longo de sua vida.

Durante grande parte da História da humanidade somente uma em cada 10 pessoas teria sobrevivido ao 65º ano. Atualmente, nos países desenvolvidos oito em cada 10 pessoas ultrapassam a idade de 65 anos. No Brasil, isto acontece entre seis de cada 10 homens e sete de cada 10 mulheres. O fenômeno da longevidade determinou uma revolução no curso de vida das pessoas, onde foi redefinida as relações de gênero, arranjos e responsabilidades familiares, modificando o perfil das políticas públicas (CAMARANO et al., 1999).

Em virtude deste novo perfil demográfico, a Organização das Nações Unidas (ONU) consagrou o ano de 1999 como o Ano Internacional do Idoso, onde os princípios definidos pelas Nações Unidas objetivaram assegurar a atenção prioritária às pessoas idosas. Os pontos fundamentais a serem considerados são: dignidade, participação, independência, cuidados e auto-realização. Esta preocupação com a população idosa ao final do século XX se deu pelo aumento visível da longevidade. O aumento da perspectiva de vida deve ser reconhecido como uma conquista social, pois em grande parte, se deve ao processo da medicina e a uma ampla e maior cobertura dos serviços de saúde (CAMARANO et al., 1999).

O envelhecimento populacional é considerado uma das maiores conquistas deste século. Não é mais um privilégio de poucas pessoas, chegar a uma idade avançada. No

entanto, muitas sociedades não são consequentes com essas mudanças demográficas, pelo fato que as mesmas conferem valores relacionados com a competitividade para seus grupos, valorizam a capacidade para o trabalho, para a independência e para a autonomia funcional, entre outras, porém, na realidade, muitos desses créditos e valores nem sempre podem ser acompanhados pelos longevos, pois algumas mudanças e perdas estão frequentemente associadas ao envelhecimento (VELOZ; NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 1999).

As crenças positivas sobre o processo de envelhecimento permitiram que várias correntes teóricas desmistificasse o paradigma vigente e inevitável de crescimento, estabilidade e contração sobre o ciclo vital humano (NERI, 2001). Isso mostra que investigações gerontológicas possibilitaram modificar a noção de que o envelhecimento está diretamente associado com a deterioração do organismo, mas sim a um estágio do ciclo vital.

Moscovici (2003) descreve que os aspectos sociais podem ser percebidos de duas formas. A primeira, estruturas cognitivas, avaliativas, afetivas e simbólicas, acerca de fenômenos socialmente importantes e que podem ser partilhados entre os indivíduos na sociedade. A segunda é entender a representação da sociedade como um processo público de criação, elaboração, difusão e mudança de conhecimentos divididos no discurso cotidiano das pessoas e dos grupos sociais, ou seja, são as representações construídas grupalmente que nos orientam em direção ao que é visível, como o que nós temos de responder; ou que relacionam a aparência à realidade. Isto não quer dizer que a representação não corresponde ao mundo externo, é apenas a representação que nós temos. Todas as interações humanas, podendo ser elas entre duas pessoas ou entre dois grupos, implicam em representações.

Segundo Debert (2004) o envelhecimento é visto como uma fase da vida caracterizada pelo declínio físico e pela ausência de papéis sociais. Este é tido como um processo contínuo de perdas e de dependência – que daria uma identidade de condições aos idosos – passando a ser responsável por um conjunto de imagens negativas correlacionadas à velhice, mas que se tornou também um artifício essencial para a legitimação de direitos sociais, como, por exemplo, a universalização da aposentadoria. Desde a última década vêm-se multiplicando, no Brasil, os programas voltados para os idosos, como as “escolas abertas”, as “universidades para a terceira idade” e os “grupos de convivência de idosos”. Estes programas estimulam e encorajam a busca da auto-expressão e a exploração de identidades, antes exclusivo da juventude, favorecendo a vivência de experiências coletivas inovadoras e mostrando que a sociedade brasileira é hoje mais sensível aos problemas do envelhecimento.

Os temas envelhecimento e longevidade humana são abordados desde a história remota, tanto na busca pela fórmula da eterna juventude, esta associada à felicidade plena; quanto na preocupação constante do homem em todos os tempos; cujo maior destaque vem desde a última década, devido, sobretudo a sua expansão em nível mundial e na realidade brasileira, se tornando objeto de investigação na comunidade acadêmica e na sociedade civil (ARAÚJO; CARVALHO, 2005).

O fato de a longevidade estar ocupando um espaço significativo está levando a sociedade a adaptar-se com essa nova realidade, valorizando a capacidade e potenciais deste grupo e desenvolvendo estruturas que atendam as suas necessidades (SILVA; FOSSATTI; PORTELLA, 2007).

Para Matsuo (2007) os idosos consideram a saúde como um instrumento de configuração subjetiva a continuação de sua vida, relacionada à disposição e à independência de realizar tarefas e desempenhar papéis sociais, assumindo a saúde como um meio para alcançar seus desejos. Neste sentido, a doença é vista como uma forma incapacitante.

Na busca para obtenção de um envelhecimento bem-sucedido é necessário que o idoso se torne um indivíduo ativo, com maior participação na vida familiar e social e mantendo o seu autocuidado. Hoje em dia existem inúmeros grupos de terceira idade, que incentivam a prática da leitura, do cinema, do artesanato, da pintura, da espiritualidade, entre outros, que promovem o envelhecer ativo (RIGO; TRAPP, 2008).

2.1.4 Política Nacional do Idoso

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa 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 Sistema Único de Saúde - SUS (LEI nº 8.842/94 e DECRETO nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionada ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Essa política assume

que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (PORTARIA nº 702/SAS/MS, de 2002) tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (PORTARIA nº 249/SAS/MS, de 2002).

O Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou no ano de 2003 o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. Este Estatuto amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção (MENDES, 2009).

Foi publicado em fevereiro de 2006, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (MENDES, 2009).

A Lei nº 1041 de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, assegura:

O idoso deve gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata o estatuto, assegurando-lhes, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social. O estatuto destina-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos; e instituí penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos idosos.

Saúde - o idoso tem direito a atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS); à distribuição gratuita de próteses e órteses e a remédios, principalmente os de uso continuado (hipertensão, diabetes).

- Os planos de saúde não podem ajustar as mensalidades utilizando como critério à idade.
- Quando internado, em qualquer unidade de saúde, o idoso tem direito à acompanhante, pelo tempo determinado pelo profissional de saúde que o atende.

Transporte Coletivo - os idosos maiores de 65 anos têm direito ao transporte coletivo gratuito; é obrigatório também, a reserva de 10% dos assentos, com aviso.

- Nos transportes coletivos interestaduais, o Estatuto garante a reserva de duas vagas gratuitas em cada veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos; se o número de idosos exceder esta cota, devem ser concedidos 50% de desconto no valor da passagem, levando-se em conta a renda do idoso.

Violência e Abandono - nenhum idoso poderá ser objeto de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão.

- Àquele que discriminar o idoso, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transportes ou a qualquer outro meio de exercer sua cidadania, poderá ser condenado a penalidades previstas no estatuto.
- Para os casos de idosos submetidos a condições consideradas desumanas, privação de alimentação e de cuidados indispensáveis, também há previsão de penalidade.

Entidades de Atendimento ao Idoso - os dirigentes de instituições de atendimento a idosos responderão civil e criminalmente pelos atos praticados contra os idosos sob seus cuidados; ficarão sujeitos também às penalidades previstas em lei.

- As entidades de atendimento que descumprirem as determinações do Estatuto ficarão sujeitas às penalidades previstas em lei, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal de seus dirigentes. Sujeita também à advertência, multa, suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas, interdição de unidade ou suspensão de programa e proibição de atendimento a idosos.
- As entidades governamentais estão sujeitas à advertência, afastamento provisório ou definitivo de seus dirigentes e ao fechamento de unidade ou interdição de programa.

Lazer, Cultura e Esporte - todo idoso tem direito a 50% de desconto em todas as atividades de cultura, esporte e lazer.

Trabalho - é proibido a discriminação por idade e a fixação de limite máximo de idade na contratação de empregados, sendo passível de punição quem o fizer; o primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao candidato de idade mais avançada.

Habitação - é obrigatória a reserva de 30% das unidades residenciais para idosos nos programas habitacionais públicos ou subsidiados com recursos públicos:

- É obrigatória a implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso; eliminação de barreiras arquitetônicas (escadas, pisos derrapantes.) ou qualquer outro equipamento que dificulte a acessibilidade de idosos.

Política de Atendimento ao Idoso - a política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais da União, dos Estados e dos Municípios.

Do Acesso à Justiça - é assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos de diligências judiciais em que configure como parte ou interessado, pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, em qualquer instância; a prioridade não cessará com a morte do beneficiário, estendendo-se em favor do cônjuge ou companheiro (a).

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (YAMAMOTO, 2010).

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - Portaria nº 2.528 (19/10/2006) - é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. Tem como diretrizes:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2.2 AUTOESTIMA

A autoestima é abordada por Filósofos desde a antiguidade. É o que revelam as reflexões do imperador romano estóico Marco Aurélio em "Pensamentos para mim mesmo": "Minha alma! (...) Quando estarás plenamente satisfeita por teu estado? Quando encontrarás prazer em todas as coisas que te acontecem? Quando te convencerás de que encerras tudo em ti?". Na modernidade, o primeiro autor a empregar o termo foi o psicólogo americano William James, em 1890, em Princípios de psicologia quando diz: "Há dois tipos de autoestima: a satisfação e o descontentamento consigo mesmo" (ANDRÉ, 2006).

"A autoestima é o apreço ou valorização que uma pessoa confere a si própria, permitindo-lhe ter confiança nos próprios atos e pensamentos". É o que diz a etimologia da palavra: **AUTO** vem do grego "autós", que quer dizer eu mesmo, ele mesmo, mesmo; **ESTIMA**, da conjugação **estimar** que, vem do latim "aestimo", significa fixar o preço ou o valor de, avaliar, apreciar, considerar (DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2014, GRIFO NOSSO).

A autoestima é definida por Dini; Quaresma; Ferreira, (2004) como sendo o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si mesmo, em outras palavras, o quanto ela gosta de si, como ela se enxerga e o que pensa sobre ela própria.

A autoestima reflete o julgamento implícito da nossa capacidade de lidar com os desafios da vida e o direito de ser feliz, ela é um combinado de sentimentos de competência e de valor pessoal, acrescida de autorrespeito e autoconfiança. Desenvolver a autoestima é estar convicto de que se é capaz de viver tornando merecedor da felicidade e, deste modo capaz de enfrentar a vida com confiança, boa vontade e otimismo, que nos ajudam a alcançar nossas metas e a sentirmo-nos realizados. Desenvolver a autoestima é ampliar a capacidade de ser feliz. Quando o indivíduo está com a autoestima elevada ele se sente confiante e adequado à vida, tornando-se assim competente e merecedor. Em contrapartida, quando está com a autoestima baixa sente-se inadequado à vida, sente-se errado, não sobre este ou aquele

assunto, mas errado como pessoa. Quando ao indivíduo oscila entre sentir-se adequado ou inadequado, certo ou errado como pessoa e expressar essa inconsistência no comportamento – às vezes agindo com sabedoria, às vezes como tolo – e assim, reforçando a incerteza, ele está com a autoestima média (BRANDEN, 1995).

A autoestima constitui-se do sentimento de valor que acompanha a percepção que temos de nós mesmos, sendo a resposta no plano afetivo de um processo originado no plano cognitivo, ou seja, é a avaliação daquilo que sabemos a nosso respeito (MOYSÉS, 2011).

Segundo Mosquera (1974) a autoestima decorre de atitudes positivas ou negativas do ser perante si mesmo, sendo atribuído um valor ao “eu”. O autor explica que o mundo é formado por eventos simbólicos que se materializam por intermédio de formas para conseguir construir a autoimagem e afirmar a autoestima, julgadas por nós com um simples olhar no espelho. Para ele a autoimagem e autoestima estão interligadas, sendo dependentes uma da outra.

Khoury (2002) diz que “a autoestima pode ser definida como a avaliação objetiva, honesta e favorável da própria pessoa – que influencia todas as suas experiências e a sua qualidade de vida”, pois ela fundamenta-se na autoconfiança para responder eficientemente às mudanças, sendo impossível desenvolvê-la se você não acredita na sua influência sobre tudo o que se passa ao seu redor. Dessa forma é preciso adaptar-se sempre, já que a nossa vida está em constantes transformações. É fato que as pessoas que se sentem bem consigo mesmas, dispõem de maior energia para encarar os novos desafios, desta perspectiva, tendem a gozar de uma melhor qualidade de vida.

O autoconceito possui vários aspectos, pois é o resultado das diferentes percepções que a pessoa faz de si próprio, que se baseiam na aparência física, nas habilidades sociais, no desempenho intelectual e nas habilidades motoras. Todo o processo de percepção está sujeito a inúmeros fatores externos e internos à própria pessoa, pois são informações que colhemos aqui e ali, a nosso respeito, resultado de opiniões alheias, que vão formando os primeiros rudimentos do nosso auto-conceito. Essas informações se somam a outras provenientes das avaliações que nós mesmos fazemos dos nossos desempenhos, ações, habilidades e características pessoais, formando assim, na nossa estrutura cognitiva, uma área de conhecimento acerca de nós próprios (MOYSÉS, 2011).

Independentemente da fase da vida em que o ser humano se encontra, ele convive com grupos diversificados de pessoas que, contribuem a todo o momento com a construção de

sua autoestima (SOUZA, 2002). Pessoas que apresentam problemas de baixa autoestima estão sempre predispostos a apresentar comportamentos de auto-proteção, vivem defensivamente, exagerando no emprego de táticas psicológicas para se preservar. Abusam nos argumentos de defesa negativa ao se depararem com informações que não estão de acordo com sua percepção negativa de si mesmo (SHEEHAN, 2005).

Vale ressaltar que identidade e autoestima não são atributos dados, e sim construídos, e se dão por três vias de acesso: como o outro me vê, como eu acho que ele me vê e como eu me vejo em função disso (MIRANDA; RIBEIRO, 2006).

É fundamental para a saúde psíquica do ser humano manter a boa autoestima, mas nem sempre é fácil valorizar-se e respeitar as próprias limitações, sem usá-las para se torturar, sobretudo quando nos sentimos mais vulneráveis. Situações de crise ou de fracasso são propícias para o desencadeamento de quadros patológicos como ansiedade, depressão ou bulimia. Centrado no próprio sofrimento, o indivíduo irrita-se com as próprias dificuldades, repete incessantemente pensamentos depreciativos e se concentra em si mesmo, esquecendo o universo ao seu redor e estabelecendo um círculo vicioso. A relação satisfatória consigo mesmo se dá pela ausência desses monólogos interiores autoconcentrados. Quando é possível olhar para o mundo e se interessar pelo que está fora de si torna-se mais fácil suportar as próprias dificuldades. Alguns psicólogos acreditam que a boa autoestima é como um motor que cumpre sua função de maneira silenciosa: facilita o vínculo com o mundo externo e o faz menos assustador (ANDRÉ, 2006).

2.2 FISIOTERAPIA NA SAÚDE COLETIVA

Desde a sua origem, a fisioterapia possui essencialmente, um caráter reabilitador e curativo, proveniente das guerras e do índice elevado de acidentes do trabalho onde se gerou um número exorbitante de óbitos e mutilados, que em sua maioria, eram homens em idade produtiva, desencadeando uma baixa na força de trabalho. Mediante essa situação, surgiu a necessidade de reingressar os indivíduos lesionados e mutilados ao setor produtivo. A partir daí nasceram os centros de reabilitação, com o objetivo de restaurar a capacidade física dos acidentados e mutilados, e quando não mais possível restaurar a capacidade física original,

desenvolver a capacidade residual, adaptando-a para outra função (NASCIMENTO et al., 2006).

A Fisioterapia, como profissão da área da saúde, tem em suas práticas a característica reabilitadora. No entanto, sua atuação estende-se a prevenção de doenças e a promoção da saúde de um indivíduo ou da coletividade (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008).

No Brasil a Lei que regulamenta a fisioterapia como profissão foi sancionada no dia 13 de outubro de 1969, através do Decreto Lei N. 938, publicado no Diário Oficial da União (DOU) nº.197 de 14/10/69 - retificado em 16-10-1969Sec. I - Pág. 3.658, onde prevê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO, 2014).

De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO, a fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais que acometem órgãos e sistemas do corpo humano, causados por alterações genéticas, traumas ou por doenças adquiridas. Suas ações são fundamentadas em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e das disciplinas comportamentais e sociais.

O COFFITO prevê como áreas de atuação da fisioterapia: a) Fisioterapia Clínica: Ambulatórios, Consultórios, Centros de reabilitação, Hospitais e Clínica; b) Saúde Coletiva: Ações básicas de saúde, Fisioterapia do Trabalho, Programas Institucionais, Vigilância Sanitária; c) Educação: Direção e coordenação de cursos, Docência – níveis: secundário e superior, Extensão, Pesquisa, Supervisão técnica e administrativa; d) Outras: Esporte, Indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico.

De acordo com as DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS, (2014), na formação do profissional Fisioterapeuta, deve-se assegurar as seguintes habilidades e competências:

I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V - contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

VI - realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;

VII - elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;

VIII - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

IX - desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;

X - emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

XI - prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;

XII - manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

XIII - encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;

XIV - manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;

XV - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

XVI - conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia;

XVII - seus diferentes modelos de intervenção.

Na organização do presente estudo, tornou-se necessário evidenciar aqui neste capítulo as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia, pois julgou-se importante mostrar habilidades e competências na formação do bacharel em Fisioterapia.

2.3.1 Fisioterapia Geriátrica e Gerontológica

A fisioterapia tem como principal objeto de estudo o movimento humano. Busca colaborar com conhecimentos e recursos fisioterápicos, para melhor compreensão dos fatores que possam originar perdas ou diminuição da qualidade de vida e bem-estar na população. A prevenção gerontológica é um meio provável de prolongar a vida com saúde e conseqüentemente com qualidade de vida. E para que isto ocorra é necessário ter como objetivos a promoção de fatores que possibilitem o retardo dos declínios decorrentes do envelhecimento prematuro ou patológico, bem como a redução das situações que provoquem perda da capacidade de independência e autonomia do idoso (YUASO; SGUIZZATTO, 1996).

A promoção e a atenção à saúde do idoso enfocam medidas preventivas, restauradoras e reabilitativas, objetivando preservar, manter, restaurar ou desenvolver função, quer seja por distúrbios motores, sensoriais, cognitivos, psíquicos, sociais ou por variáveis múltiplas associadas, com a finalidade de proporcionar qualidade de vida. As práticas preventivas ocupam um lugar de destaque, em qualquer especialidade, sobretudo nos longevos cuja

condição patológica geral tenha ocasionado diminuição significativa de suas possibilidades de mobilização e independência (YUASO; SGUIZZATTO, 1996).

Segundo Paschoal (1996) “Envelhecer sem incapacidade é um fator indispensável para a manutenção da boa qualidade de vida”.

A reabilitação fisioterapêutica é de suma importância para a população idosa, pois tem como finalidade restaurar e/ou manter o melhor funcionamento possível do indivíduo. É fundamental que a reabilitação se inicie precocemente, pois os casos identificados tardiamente tem maior probabilidade de apresentar incapacidades permanentes. Possibilita auto-suficiência e a independência nas Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), cuja manutenção se torna um desafio aos profissionais da saúde. É imprescindível descobrir a origem da incapacidade funcional, pois o acesso a essa informação será de grande utilidade para se montar um protocolo de condutas a fim de melhorar a qualidade de vida do idoso e prevenir ou retardar o processo que o torna incapacitante (KNORST; BÓS, 2003).

Na área da Fisioterapia gerontológica, tem-se observado benefícios indiscutíveis aos longevos, pois além de ser enfatizada a prevenção, instalação e a evolução de doenças, promove-se também a educação e a conscientização dos processos naturais do envelhecimento que estão acontecendo em seu corpo, proporcionando-lhes, dessa forma, melhores condições de mobilidade, preservando uma postura correta e uma boa condição física, com os sentidos ágeis e o corpo ativo. Assim, previnem-se doenças causadas por alterações ósseas e articulares, como a osteoporose e a artrose, e também as alterações musculares que levam a perda de força e desequilíbrio, comprometendo a marcha. O tratamento preventivo deve ser feito com uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, pois dessa forma é possível alcançar melhores resultados do trabalho fisioterápico, tendo um amplo conhecimento das patologias e discutindo o caso específico de cada pessoa com toda a equipe multiprofissional (RIGO; TRAPP, 2008).

Dadas às mudanças demográficas e epidemiológicas pelas quais o Brasil está passando, o momento é oportuno para a busca de opções inovadoras nos campos da Geriatria e da Gerontologia. A fisioterapia geriátrica e gerontológica deve ter como meta a reinserção social em aspectos preventivos, reabilitadores e curativos, mas para romper o ciclo da doença, é necessária uma abordagem que ultrapasse o modelo biomédico e valorize os aspectos sociais e multidimensionais do indivíduo idoso (GRAVE; ROCHA; PÉRICO, 2012). Neste enfoque a

fisioterapia contribuirá para um envelhecimento bem-sucedido educando e informando o idoso, e principalmente orientando sobre a importância de hábitos saudáveis, como a prática do exercício físico.

2.3.2 Aplicações da Fisioterapia na Saúde Coletiva

A fisioterapia aplicada à geriatria inserida em um grupo de idosos poderá facilitar sua manutenção, provavelmente pelo compromisso com os demais membros do grupo, apoio social, investimento em novas relações pessoais e diversão e trabalha realizando atividades como: 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 profissional fisioterapeuta está cada vez ocupando maior espaço na saúde coletiva e adquirindo importância nos serviços de atenção primária como no caso das ESF's. Esta inserção é um processo em construção, que maximiza o seu trabalho, alcançando grupos de pessoas e influenciando positivamente na melhoria da qualidade de vida da sociedade (MACIEL et al., 2005; RAGASSON et al., 2006).

O profissional deve pautar suas ações de forma integrada à equipe, é ser capaz de planejar, implementar, controlar e executar políticas em saúde pública, tendo uma visão integral em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, dando assistência integral as famílias, desde a criança até o idoso. Deverá ainda realizar uma construção coletiva da educação e orientação postural, levando em consideração os hábitos, costumes e crenças os quais podem influenciar na postura daquela comunidade específica. Assim, o fisioterapeuta pode atuar em grupos de escolares, gestantes, idosos trabalhadores, entre outros (RAGASSON et al., 2006; BISPO JUNIOR, 2010).

O atendimento fisioterapêutico não deve ser exclusivamente individualizado, mas proporcionar atendimento em grupo, com ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Desenvolvendo uma prática profissional baseada em decisões coletivas, numa perspectiva interdisciplinar. Assim, a profissão teve que agregar novos valores à sua prática,

atuando em intervenções domiciliares, em escolas, salões das UBS, igrejas, praças, entre outros (FREITAS, 2006).

Para Kisner e Colby (1992) os benefícios dos exercícios terapêuticos são inúmeros e englobam a prevenção de disfunções, assim como desenvolvimento, melhora, restauração ou manutenção da normalidade da força, resistência à fadiga, mobilidade e flexibilidade, relaxamento, coordenação e habilidade.

Na atividade terapêutica é comum a utilização de sobrecargas e forças que são colocadas nos sistemas corporais de forma positiva, progressiva e apropriadas, com a finalidade de melhorar a função geral do indivíduo nas demandas da vida diária. A prática dos exercícios terapêuticos para o tratamento das deformidades articulares deve focar dois objetivos: o da manutenção do tônus e trofismo musculares e a preservação da amplitude do movimento (KISNER; COLBY, 1992; YUASO; SGUIZZATTO, 1996).

Um programa de exercícios bem elaborado pode evitar perda da força muscular e, conseqüentemente limitações na realização das atividades de vida diária. Orientações quanto a ações que evitem o estabelecimento de deformidades é hoje a principal meta dos profissionais que atuam diretamente com esses pacientes (MARQUES; KONDO, 1998).

Quando bem orientada, a prática regular de atividade física pode proporcionar maior longevidade, diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, redução do número dos medicamentos prescritos, melhora da capacidade fisiológica em pessoas com doenças crônicas, prevenção da decadência cognitiva, manutenção dos status funcional elevado, diminuição da frequência de quedas, manutenção da independência e autonomia, além de benefícios psicológicos como melhoria da autoimagem, da autoestima, da convivência social e do prazer pela vida (TERRA; DORNELLES, 2003).

Segundo a teoria de Pazolini descrita por Terra e Dornelles (2003) a realização de exercício físico, engloba a participação dos sistemas cardiovascular, respiratório e osteomuscular. Com o movimento da musculatura, o coração precisará bombear maiores quantidades de sangue oxigenado, de forma crescente, para atender as solicitações energéticas da massa muscular em atividade. Esta energia provém dos carboidratos (presentes nos alimentos ricos em glicose), proteínas (carnes e seus derivados) e lipídeos (a conhecida “gordura”). Os efeitos da atividade física abrangem o controle efetivo dos níveis de colesterol, glicose, pressão arterial e melhora o desempenho das atividades diárias.

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 de patologias, inclusive da doença aterosclerótica, e evitando diversas alterações provenientes do envelhecimento. 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 (VIEIRA, 2004).

É fundamental conscientizar o idoso de que o exercício físico orientado torna-se uma indicação importante como prevenção de doenças, tais como a osteoporose e acidentes vasculares cerebrais, além melhorar progressivamente o condicionamento físico, melhorando o controle da pressão arterial e dos batimentos cardíacos. Em níveis psíquicos, a prática regular de exercícios proporciona um aumento dos níveis de endorfinas (substâncias que agem no cérebro), gerando sensação de bem-estar e reduzindo os níveis de estresses físico e emocional, e contribuindo no tratamento da depressão e da ansiedade. Dessa maneira, haverá uma melhoria na qualidade de vida e aumento da longevidade (FERREIRA, 2007; CARVALHO; CARVALHO, 2008).

Vale ressaltar que atividades de lazer, grupos de encontro e atividades físicas possibilitam retardar os prejuízos funcionais decorrentes do processo de envelhecimento e funcionam como um meio satisfatório para aumentar a qualidade de vida do idoso (BUSSE; BLAZER, 1999).

Muitos idosos buscam por projetos como estes visando adquirir novos conhecimentos, amizades, ocupação do tempo livre e um novo sentido para a vida. (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2010).

Quando se pratica exercícios em grupo, o idoso aumenta a sua autonomia e a dignidade; ocorre um enaltecimento do valor destes indivíduos, ajudando-os a ser mais ativos na sociedade, e ampliando o seu círculo de amizades. Observa-se também, uma melhora na composição corporal e da autoestima, sendo visível a satisfação com a autoimagem, ocasionada pela alegria e pelo humor oriundos do prazer em realizar atividades em grupo (CARVALHO; CARVALHO, 2008).

Segundo Borges; Rauchbach (2004) idosos que não praticam atividades físicas apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem estados depressivos em todas as

categorias, daí a importância de projetos que incentivem atividades que estimulem a cognição e o físico dos idosos, pois estes promovem o bem-estar e a saúde deste grupo.

Projetos como estes, além de terem um baixo custo quando comparado às demais políticas públicas, possibilitam interações e permitem que os idosos interajam com os demais, propiciando um envelhecimento bem sucedido. Esta consequência se daria, pois estes espaços oferecem suporte emocional, instrumental e informacional a esse grupo, fazendo com que seus componentes desenvolvam habilidades sociais e capacidade de resolver problemas decorrentes da velhice (ARGIMON et al., 2011).

2.4 TERRITÓRIO E SAÚDE

De acordo com Raffestin (1993) o território é todo e qualquer espaço caracterizado pela presença de um poder, ou ainda, “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder”. O poder “se manifesta por ocasião da relação”, e “toda relação é ponto de surgimento do poder”. Quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder dá-se o nome de ‘territorialidades’, sendo assim uma área que abriga várias territorialidades podem ser considerados vários territórios. Espaço e território não são termos equivalentes. O espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, e é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreto ou abstrato, o ator “territorializa” o espaço.

Numa visão marxista, o espaço é anterior, preexistente a qualquer ação. O espaço é “dado” como se fosse uma matéria-prima. Preexiste a qualquer ação. É o “local” de possibilidades, é a realidade material preexistente a qualquer conhecimento e a qualquer prática dos quais será o objeto a partir do momento em que um ator manifeste a intenção de dele se apoderar. O território se apóia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção, a partir do espaço. Produção essa, por causa de todas as relações que envolvem, se inscreve num campo de poder. Produzir uma representação do espaço já é uma apropriação. Qualquer projeto no espaço que é expresso por uma representação revela a imagem desejada de um território, ou seja, de um local de relações (RAFFESTIN, 1993).

A forma de relacionamento entre a sociedade e o espaço se deu através do desenvolvimento histórico, do povoamento, da apropriação e da fixação de grupos humanos em áreas do globo. Longe de representar alguma causalidade natural ou mesmo uma exaustão das áreas disponíveis para as antigas práticas de coleta, a fixação numa dada porção do território manifesta mudanças qualitativas ao nível das relações de trabalho, das necessidades sociais de consumo e, mais importante, nas formas de organização social. As sociedades humanas estabelecem relações vitais com o seu espaço para reproduzirem as condições de sua existência. O espaço terrestre apresenta uma série enorme e complexa de fenômenos naturais e sociais que se estendem sobre o espaço concreto. Os próprios processos sociais manifestam-se sobre a superfície terrestre. É importante ressaltar que a espacialidade, então, não pertence à esfera deste ou daquele lugar concreto, mas é uma característica imanente do qualquer processo, seja ele natural ou social. Nesse sentido, não cabe uma ontologia do espaço, pois este é um atributo dos seres e não de um ser (MORAES; COSTA, 1999).

Para Rosendahl; Corrêa (1999) dentre os fenômenos sociais que se estendem sobre o espaço, há a identidade socioterritorial. Trata-se de uma identidade em que um dos aspectos fundamentais para sua estruturação está na alusão ou referência a um território, tanto no sentido simbólico quanto concreto. Desse modo, pode-se assim dizer que identidade social e territorial são a mesma coisa quando o referente simbólico central para a construção desta identidade parte do ou transpassa o território. Território que pode ser percebido em suas múltiplas perspectivas, desde aquela de uma paisagem como espaço cotidiano, “vivido”, que “simboliza” uma comunidade, até um recorte geográfico mais amplo e em tese mais abstrato, como o do Estado-nação.

A identidade como um todo se refere, antes de tudo, a algo estável, a-temporal e a-espacial (ou com um tempo-espaço fixo e imutável, pelo menos nas suas origens), “eterno”, “figuras particulares (...) encarnadas na história e na geografia. Uma das características importantes da identidade territorial, é que ela recorre à uma dimensão histórica, do imaginário social, de modo que o espaço que serve “condense” a memória do grupo (ROSENDAHL; CORRÊA, 1999).

Para Carvalho (2001) o território possui inúmeros lugares, e é nessa porção do espaço que se desenvolve a trama das relações sociais de cada ser humano, e que produz a identificação do indivíduo com o lugar. O significado de cada lugar é dado pelo seu uso: lugar de adoecer e lugar de curar; lugar de amar e lugar de lutar.

“O território nunca está pronto, mas sim em constante transformação” (p.40). Assim, o território é um resultado, é também condição para que as relações sociais se concretizem, e desse modo é construído no processo histórico, portanto é historicamente determinado, ou seja, pertence a uma dada sociedade, de um dado local, que articula as forças sociais de uma determinada maneira (MENDES, DONATO, 2003).

A concepção de território que mais atende às necessidades de análise das ciências sociais e humanas é a sociopolítica. Falar em demarcação ou delimitação só é possível em contextos nos quais exista uma pluralidade de agentes. Desse modo, a noção de território é decorrência da vida em sociedade (NUNES, 2006).

Não há sociedade sem espaço para lhe servir de suporte. A instituição da sociedade é, pois, sempre inseparável daquela do espaço. Ela toma formas variadas (CLAVAL, 2007). A categoria espaço vem sendo utilizada no campo da saúde há quase duas décadas, e desde então esta abordagem tem sido fundamental para dar suporte ao conceito de risco, em virtude das inúmeras possibilidades que se tem em localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se espacializar a situação de saúde através da distribuição de indicadores sócio-econômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior (GODIM et al., 2008).

Segundo Godim et al. (2008) no setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988.

É importante dizer que o território é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação do Estado, das agências e de seus cidadãos, sendo assim, torna-se fundamental estratégias para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidades da população que o habita e o produz socialmente. Desse modo a territorialização torna-se um dos pressupostos básicos para trabalho com a saúde (GODIM et al., 2008; PEREIRA; BARCELOS, 2006).

Neste território da saúde pública se desenvolvem produções coletivas de atenção à saúde com o intuito de prevenir riscos e evitar danos à mesma, tendo como base um

diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida das populações em áreas delimitadas (MONKEN et al., 2008).

O território é o cenário das relações sociais e é essencial tanto para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, quanto para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas. Pode-se citar como exemplo o planejamento territorial urbano que pode evitar a produção de doenças, controlando a ocupação de áreas inadequadas e criando uma estrutura ambientalmente saudável, e assim tornar mais eficaz a ação da saúde pública, instalando equipamentos e serviços que sejam condizentes com as realidades territoriais a que se destinam (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Neste sentido, Monken (2003) ressalta que a concretização dessas ações e práticas sociais, conduzidas por este entendimento diferenciado dos usos do território, permitem revelar contextos vulneráveis para a saúde contribuindo para possíveis tomadas de decisões.

A ampla abordagem do território permite estabelecer relações entre os territórios em diferentes escalas. Desse modo, torna-se possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, etc.) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia, etc.) e, a partir daí, estabelecer a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda, entre outros. A eficácia dos programas de saúde pública depende, visivelmente, de uma boa gestão territorial. A gestão do território supõe ações integradas que contemplem a educação, saúde, moradia, saneamento básico, transporte, entre outros. Por isso, torna-se necessário a exigência de um trabalho interdisciplinar que não se limita à visão dicotômica que muitas vezes se tem produzido em saúde no Brasil (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Os autores ressaltam que a definição de uma área territorial para implementação de ações práticas em saúde irá depender diretamente da concepção teórica e política do pesquisador/planejador. A busca por uma nova abordagem territorial em saúde, que contemple múltiplos olhares, torna-se ainda mais necessária em escala urbana, onde tudo é mais complexo. Obviamente as relações sociais mais intensas, os conflitos, os fluxos e os usos diferenciados produzem territórios e territorialidades das mais variadas. Nesses territórios urbanos diferenciados, o processo saúde-doença pode ser investigado como um evento diferenciado ou particular. O fenômeno biológico, como um fenômeno social, pode ser entendido em sua dependência territorial urbana.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Conhecer a autoestima de idosos participantes de grupos de fisioterapia nos diferentes territórios, Nanuque (MG) e Pinheiros (ES).

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra estudada;
- Comparar a autoestima de idosos residentes em diferentes territórios dos grupos estudados.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

Foi adotada nesta investigação uma abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa é um método orientado à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. É descrito como objetivo, reprodutível e generalizável, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

4.3 UNIVERSO DO ESTUDO

O universo do estudo foi constituído por idosos participantes de um Projeto denominado “Boa Postura”(praticada fisioterapia coletiva), na cidade de Pinheiros/ES. Este Projeto é mantido pela Prefeitura local. A criação deste grupo se deu pela necessidade de atender a demanda de pacientes com doenças crônicas degenerativas, que aguardavam por um longo período, uma vaga para serem atendidos na Clínica de Fisioterapia do município.

O Projeto está em vigor há cinco anos, e funciona com auxílio de dois profissionais fisioterapeutas. Na Clínica, cada paciente, no início do tratamento, é avaliado por um fisioterapeuta, e nesta avaliação verifica-se se os mesmos têm condições, ou não, de fazer parte do grupo, se for constatado que o paciente tem alguma restrição em fazer os

exercícios propostos no grupo, ele permanecerá na Clínica Municipal, onde fará o seu tratamento individualizado.

Atualmente o projeto acontece no pátio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e conta com a participação de 45 (quarenta e cinco) idosos, nas quais se reúnem duas vezes por semana, sempre as segundas e quartas-feiras pela manhã, com duração de 30 minutos por encontro, totalizando 1 hora semanal.

Cada idoso leva uma toalha (utilizada para deitar-se), um bastão (geralmente confeccionado de cabo de vassoura) e uma pequena corda para execução de alguns exercícios. O fisioterapeuta orienta e, se necessário, corrige os idosos a todo o momento. São realizados alongamentos ativos, para cabeça, tronco e membros superiores e inferiores, em seguida são feitos exercícios de fortalecimento, também de forma ativa com e sem o auxílio do bastão, para membros superiores e inferiores e tronco. Os exercícios são realizados em diferentes posturas, de pé, sentado e deitado em decúbito dorsal. Por fim, é feito um momento de relaxamento, no qual os idosos se deitam em decúbito dorsal, e fazem a respiração diafragmática de forma lenta e tranquila, com intuito de normalizar a frequência cardíaca. Dessa forma se encerra o encontro.

O município de Pinheiros/ES teve a sua origem no século XX, com a exploração de madeira, em suas vastas e densas matas. Os primeiros exploradores vieram de São Mateus, via Itauninhas, por volta de 1940. Depois destes, ainda na mesma década vieram os desbravadores, de Minas Gerais e da Bahia, via Nanuque, na época chamada de “Bueno”. Muitos com o desejo de adquirir terras na região, para formarem fazendas. Em 22 de abril de 1964 Pinheiros deixou de ser “Vila”, até então denominado de Vila de “Barrinha”, pois pertencia ao município de Conceição da Barra/ES, para se tornar “Município” (Prefeitura Municipal de Pinheiros, 2014).

Com uma área territorial 973.135km², Pinheiros está localizado no norte do estado do Espírito Santo, a uma altitude de 120 metros, sendo as coordenadas geográficas de 18° 24’ 44” latitude sul e 40° 12’ 55 longitude oeste (W. Gr.). Localiza-se a uma distância de 286,0 km de Vitória – capital do Estado (Prefeitura Municipal de Pinheiros, 2014). Possui uma população de 23.895 habitantes. Os idosos representam 11,36% desta população, e são em números de 2.716 habitantes (IBGE, 2010). Atualmente, o município tem como principais fontes rentáveis a agricultura, a agropecuária e o comércio (Prefeitura Municipal de Pinheiros, 2014).

E por idosos que praticam fisioterapia coletiva no pátio do Centro de Convivência da Terceira Idade. As ações de atividade física e práticas corporais são desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Nanuque/MG.

Este trabalho iniciou-se em 2009, e surgiu pela necessidade de cumprir com a proposta do NASF nas unidades de saúde do município, as ESF, como descritos abaixo pelo Departamento de Atenção Básica – DAB- (2014):

A equipe do NASF e as equipes da saúde da família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família. O NASF está dividido em nove áreas estratégicas sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

As atividades são orientadas por dois profissionais de saúde; um fisioterapeuta e um profissional de educação física. Atualmente 39 (trinta e nove) idosos participam desse Projeto. Os encontros acontecem no pátio do Centro de Convivência da Terceira Idade, e acontecem duas vezes por semana, sempre as terças e quintas-feiras à tarde, com duração de 1 hora por encontro, totalizando 2 horas semanais.

Por solicitação dos profissionais envolvidos, cada idoso leva um bastão, feito com cabo de vassoura, garrafas pet de vários tamanhos, para serem cheias com água e areia, alterando assim o peso das mesmas, e também um arco “bambolê”, feito de mangueira.

No início das atividades os idosos realizam alongamentos ativo de cabeça, tronco e membros superiores e inferiores, sempre orientados pelos profissionais. Em seguida são realizados exercícios de fortalecimento para os membros superiores e inferiores, e tronco, todos executados de forma ativa com e sem o auxílio do bastão, com e sem auxílio das garrafas pet, e com e sem auxílio dos arcos. Os exercícios são realizados de pé. Logo após são realizados exercícios para amplitude de movimento com e sem o auxílio dos arcos. Ao final, os idosos fazem uma leve caminhada (cerca de 5 minutos), ao redor do pátio onde realizam as atividades. Desse modo encerra-se o encontro.

A área onde hoje se localiza o Município de Nanuque durante muito tempo se caracterizou de zona rica em recursos naturais, isso propiciou aos aventureiros a busca de

pedras preciosas, e aos madeireiros, a obtenção de grandes lucros. Os empresários da madeira vieram atraídos pelo valor comercial de alguns exemplares de árvores que o Município possuía em grande quantidade. O Rio Mucuri e a exuberante vegetação da Mata Atlântica foram os principais elementos naturais de atração socioeconômica que favoreceram a ocupação da área (Prefeitura Municipal de Nanuque, 2014).

O processo de povoamento de Nanuque iniciou-se com o antigo povoado Santa Clara e representou o ponto de apoio das expedições que abriram caminho para a colonização de todo o Vale do Mucuri. A origem da palavra Nanuque é uma simplificação da designação patronímica da tribo indígena Nacknenuck (Bugres dos Cabelos Negros – Índios Botocudos) que habitava a região, mais precisamente, nas nascentes do córrego Jacupemba (Cerqueira Neto, 2005). Em 1º de Janeiro de 1949, Nanuque é elevado a categoria de município, antes distrito do município de Carlos Chagas (Prefeitura Municipal de Nanuque, 2014).

Nanuque possui uma área de 1.542,97 Km², está localizado na mesorregião mineira do Vale do Mucuri, microrregião pastoril de Nanuque. Tem sua posição geográfica determinada pelo paralelo 17° e 49'12" de latitude sul e pelo meridiano 40° e 20'30" e a altitude varia entre 120m a 320m. Localiza-se a uma distância de 615,0 km de Belo Horizonte – capital do Estado (Cerqueira Neto, 2005). Possui uma população de 40.834 habitantes. Os idosos representam 13,62% desta população, e são em números de 5.564 habitantes (IBGE, 2010).

Atualmente a economia do município conta com o comércio, prestações de serviços, indústrias (frigorífico e usina de álcool anidro e fábrica de açúcar), na agropecuária o município se destaca pela criação de gado bovino de corte e leite (Prefeitura Municipal de Nanuque, 2014).

4.4 AMOSTRA

A população estudada foi constituída por 84 (oitenta e quatro) idosos (com 60 anos ou mais), de ambos os sexos, funcionalmente independentes, participantes de dois grupos de fisioterapia coletiva, um na cidade de Pinheiros (ES) e outro em Nanuque (MG).

A escolha desses grupos deu-se pelo fato de serem os únicos que praticam fisioterapia coletiva nas referidas cidades. A opção dos municípios deu-se por afinidade da pesquisadora onde a mesma residiu (Pinheiros - ES) e onde reside e trabalha atualmente (Nanuque - MG).

Os grupos foram divididos em:

TABELA 1
Distribuição da população estudada

Grupo	Município	Total Idoso
1	Pinheiros (ES)	45
2	Nanuque (MG)	39

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Foram incluídos na amostra indivíduos idosos (com 60 anos ou mais), de ambos os sexos, funcionalmente independentes, com função cognitiva preservada para responder aos questionários utilizados na pesquisa e praticantes de fisioterapia coletiva de um grupo do município de Pinheiros (ES) e outro de Nanuque (MG).

4.6 ESTUDO PILOTO

Visando verificar o modo de abordagem das questões e tempo gasto com as perguntas do inventário sócio-demográfico e o questionário, foi realizado um estudo piloto com 05 indivíduos idosos que participam do grupo de fisioterapia coletiva no município de Pinheiros (ES). Porém, estes não foram considerados para o estudo principal.

Segundo Marconi; Lakatos (2003) a importância do estudo piloto consiste na possibilidade de verificar se os dados a serem levantados apresentam fidedignidade, validade e operacionalidade, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

4.7 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, foi realizada, inicialmente, uma reunião com os Gestores responsáveis pelos dois grupos de fisioterapia coletiva, “Boa Postura” e “Centro de Convivência da Terceira Idade”. Nessa reunião foram detalhados os objetivos e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo, bem como solicitada autorização para realização da pesquisa (ANEXOS B e C).

Após autorização, foram agendados com os profissionais responsáveis pelas atividades com os idosos dias e horário adequados para realização da coleta, levando em consideração que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe.

Na data estabelecida, a pesquisadora se reunia com os idosos presentes para participar das atividades de fisioterapia coletiva explicando os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais serão submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não-identificação. Reforçava que a pesquisa possui caráter voluntário e que os todos participantes, que aceitassem participar deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme ANEXO D. Esclarecia ainda sobre o direito de não aceitar, sem prejuízo na sua participação nas atividades do grupo de fisioterapia coletiva.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal, em um local reservado objetivando um adequado clima para aplicação dos questionários, procurou-se um local que permitisse, sobretudo, reduzir a interferência de terceiros. Cada indivíduo participante da pesquisa foi encaminhado para o local da coleta de dados com o auxílio de um membro da equipe de atividade de grupo. Proporcionou-se, assim, um ambiente com privacidade e tranquilidade evitando causar qualquer constrangimento, medo ou estresse ao idoso.

A coleta de dados foi realizada utilizando dois instrumentos:

Instrumento1 - Para caracterização da amostra, foi utilizado um inventário sócio-demográfico (ANEXO E), baseado no estudo de Fleck et al. (2008), com objetivo de conhecer os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas são: idade, sexo, situação conjugal, renda mensal individual e familiar, escolaridade, vivência familiar, número de consultas médicas realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) (nos últimos 6

meses), número de doenças referidas (nos últimos 6 meses), número de medicamentos utilizados diariamente (nos últimos 6 meses) e modelo de trabalho presente na UBS freqüentada.

Instrumento 2 - Na identificação da autoestima foi utilizado o questionário Escala de Auto-estima de Rosenberg (1965) de acordo com ANEXO F. Tem por objetivo avaliar a autoestima de um indivíduo. É composto por dez (10) perguntas, sendo cinco (5) de percepção positiva e cinco (5) de percepção negativa.

Para análise do questionário cada resposta tem uma pontuação, os itens a, c, d, g, j, que correspondem às perguntas positivas são calculadas da seguinte forma: Concordo Plenamente = 3; Concordo = 2; Discordo = 1 e Discordo Totalmente = 0; e as perguntas negativas, que são os itens b, e, f, h, i, são calculados da seguinte forma: Concordo Plenamente = 0; Concordo = 1; Discordo = 2 e Discordo Totalmente = 3. A escala varia de 0 – 30. Pontuações entre 15 e 25 estão dentro da faixa normal; pontuações abaixo de 15 sugerem baixa auto-estima e acima de 25 é indicativo de auto-estima elevada.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando-se o programa “Software Package for the Social Sciences” (SPSS for Windows, version 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Com este software foi realizada a organização dos dados e análise descritiva de percentuais e associações previstas entre as variáveis dependentes e independentes.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-UNIVALE) e aprovado conforme parecer CEP/UNIVALE 752.937 (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados, neste capítulo, os resultados e a análise obtidos a partir da coleta de dados quantitativos referentes ao perfil sócio-demográfico e à autoestima de idosos participantes de grupos de fisioterapia coletiva.

Os resultados encontrados não podem ser generalizados para toda a população idosa dos dois municípios estudados. Porém, a amostra pode ser considerada suficiente para responder aos objetivos, tendo em vista a delimitação do estudo, focado em dois territórios. A importância da autoestima no estudo de uma série de problemáticas sociais e de saúde exige às vezes o enfrentamento de desafios teórico-metodológicos e esse trabalho pode abrir caminhos ou incitar propostas para a discussão da questão na região e possivelmente no país.

5.1. Caracterização da Amostra

A idade mínima estabelecida para participar do estudo foi de 60 anos. No Grupo 1 a idade máxima encontrada entre os idosos foi de 85 anos, com uma média de 67,8 anos (dp = 6,0). Neste grupo todos os participantes eram mulheres (n=45). A idade máxima encontrada entre os idosos do Grupo 2 foi de 84 anos, com uma média de 69,4 anos (dp = 5,5). Neste grupo a maioria dos participantes era de mulheres (89,7%) e apenas 10,3% de homens. Na Tabela 2 pode-se observar a distribuição da média de idade entre os homens e mulheres de ambos os grupos.

TABELA 2- Distribuição da média de idade entre os gêneros feminino e masculino da população estudada.

Idade	Grupo 1		Grupo 2	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Média	67,8	0	68,8	75,5
Desvio Padrão	6,0	0	4,9	7,0

Visando identificar o perfil dos entrevistados foram coletadas algumas variáveis. Todas as características sociodemográficas estão referenciadas na Tabela 3.

TABELA 3 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos participantes do estudo. Grupo 1 (n=45) e Grupo 2 (n=39).

VARIÁVEL		Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)
Idade	60 - 65 anos	19 (42,2)	11 (28,2)
	66 - 70 anos	12 (26,7)	12 (30,8)
	71 - 75 anos	08 (17,8)	12 (30,8)
	76 - 80 anos	05 (11,1)	02 (5,1)
	Acima de 80 anos	01 (2,2)	02 (5,1)
Sexo	Masculino	0 (0)	04 (10,3)
	Feminino	45 (100)	35 (89,7)
Estado Civil	Casado(a)	16 (35,6)	11 (28,2)
	Viúvo(a)	15 (33,3)	20 (51,3)
	Solteiro(a)	07 (15,6)	03 (7,7)
	União Consensual	01 (2,2)	01 (2,6)
	Separado(a)	06 (13,3)	04 (10,3)
Escolaridade	Analfabeto	10 (22,2)	09 (23,1)
	1ª a 4ª Série	27 (60,0)	15 (38,5)
	5º ao 9º Ano	05 (11,1)	03 (7,7)
	Ensino Médio (incompleto)	01 (2,2)	07 (17,9)
	Ensino Médio (Completo)	02 (4,4)	03 (7,7)
	Ensino Superior	0 (0)	02 (5,1)
Situação de Trabalho	Aposentado(a)	26 (57,8)	20 (51,3)
	Pensionista	07 (15,6)	07 (17,9)
	Aposentado(a) e Pensionista	04 (8,9)	06 (15,4)
	Do Lar	06 (13,3)	02 (5,1)
	Auxílio-Doença	01 (2,2)	01 (2,6)
	Outro Auxílio	01 (2,2)	04 (10,3)
Vivência Familiar	Esposo(a)	17 (37,8)	09 (23,0)
	Filhos	13 (28,9)	08 (20,5)
	Sozinho(a)	12 (26,7)	17 (43,6)
	Outros Parentes	03 (6,6)	05 (12,9)
Renda Familiar*	Menos de 1 Salário Mínimo*	02 (4,4)	0 (0)
	1 a 2 Salários Mínimos	39 (86,7)	39 (100)
	Acima de 2 Salários Mínimos	03 (6,7)	0 (0)
	Nenhum	01 (2,2)	0 (0)

*Salário Mínimo (R\$ 724,00)

Neste estudo ficou evidenciada a maior participação de mulheres (95,2%). Esses dados demonstram que a predominância da presença do sexo feminino neste estudo também pode estar associada ao fenômeno da “feminização da velhice”, ou seja, as mulheres representam a maioria da população idosa mundial, com diferença na expectativa de vida entre os gêneros. Em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens (IBGE, 2010).

O elevado percentual de mulheres encontrada nas pesquisas decorre da sua maior longevidade, pois, dentre outras causas, estas possuem menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças (ROMERO, 2002). A maior presença de mulheres entre os idosos ocorre nas áreas urbanas. Nas rurais, predominam os homens. A maior participação das mulheres no fluxo migratório rural implica em necessidades distintas de cuidados para a população idosa (CAMARANO, 2003).

De acordo com Couto et al. (2010) e Pinheiro et al. (2002) a grande participação de mulheres em seus estudos esta relacionada à maior atenção e cuidado dado ao aparecimento de problemas de saúde, com conseqüente aumento pela procura e utilização de atendimento médico. Apesar dos homens apresentarem maiores necessidades de cuidado, os mesmos demonstram acomodação e aceitação diante do processo de envelhecimento e dos problemas de saúde. Já as mulheres apresentam maior flexibilidade e dinamismo em relação ao envelhecimento, buscando sempre que possível sanar as demandas cotidianas de saúde. Para Gomes e Nascimento (2006), as dificuldades dos homens têm relação direta com a estrutura de identidade de gênero (a noção de invulnerabilidade, a busca de risco como um valor), a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência.

Pode-se observar que a amostra estudada (n=84) possui maior porcentagem de idosos viúvos (41,7%) e baixa frequência de união estável (2,4%). Este fato pode estar relacionado há existência de uma desigualdade de gênero na expectativa de vida, ou seja, as mulheres vivem, em média, sete anos mais do que homens. Outra característica deste grupo populacional é a maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária. Uma razão que poderia explicar essa situação é que, por tradição, a mulher tende a se casar com homens mais velhos do que ela, o que, associado a uma mortalidade masculina maior do que a feminina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. Outra explicação seria o fato de que os viúvos voltam, mais do que as viúvas, a se casar depois de enviudar. Essa situação é a mesma para os divorciados (SALGADO, 2002).

Segundo Motta (2004) a viuvez entre os homens, é considerado um fenômeno demográfico de incidência baixa, mesmo entre os mais velhos; a repercussão social é tranqüila e seu modo de vida pouco se transforma, pois geralmente ocorre recasamento. Enquanto que para as mulheres é uma questão demográfica e cultural a qual envolve conceitos extremos que vai da prevaricação ao modelo ímpar de viver.

Com relação à escolaridade pode-se observar nos dois territórios pesquisados (G1 e G2) pequeno ou nenhum nível de escolaridade. 50% dos idosos estudaram entre a 1ª e 4ª série e 22,6% são considerados analfabetos. Esses valores provavelmente sejam decorrentes da falta de oportunidade de acesso ao ensino, ou seja, da exclusão desses indivíduos do sistema educacional quando em idade escolar. É possível que reproduzam o cenário nacional, no qual existem diversas desigualdades, quanto ao acesso e à permanência do indivíduo no sistema escolar.

O Ministério da Saúde considera que a escolaridade pode interferir na qualidade de vida, pois indivíduos com menores taxas de escolaridade apresentam maiores dificuldades em sanarem definitivamente certas doenças, por não poderem romper com as condições sociais e ambientais, que as geraram, ou porque sua situação de classe não lhes permite acesso a certas práticas curativas capazes de eliminá-las (BRASIL, 2006).

Idosos com baixa escolaridade apresentam pior estado de saúde em função de hábitos inadequados, maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente (NORONHA; ANDRADE, 2005). Segundo Prietsh et al. (2003), o índice de pouco ou nenhum nível de escolaridade pode apresentar uma implicação direta na qualidade de vida e de saúde da comunidade, sendo considerado como um fator determinante para ocorrência de doenças.

De acordo com Wilkinson (1999) existe evidência de que indivíduos com baixo nível de escolaridade possuem pior saúde, quando comparados a seus opostos em melhores condições. Esta relação existe no mundo inteiro e inclui uma ampla extensão de indicadores de saúde como taxa de mortalidade, esperança de vida ao nascer, taxas de doenças agudas e crônicas.

Quanto a Situação de Trabalho, constatou-se que grande parte dos idosos pesquisados (54,8%) são aposentados. O dado em questão pode ser resultado da ampliação da cobertura da previdência e da legislação da assistência social estabelecida pela Constituição de 1988, que garante aos idosos carentes maiores de 65 anos um salário mínimo mensal (BRASIL,1999). Uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Problemas financeiros podem reduzir o bem-estar em idosos, atuando como fator de risco à saúde. Quanto menor o poder aquisitivo, menor é o acesso aos serviços de saúde bucal e à informação (FREEMAN, 2002).

O Trabalho é considerado uma construção sócio-histórica, um processo instável e em constante mudança, uma invenção humana que se institui em cada posto de trabalho e em cada trabalhador. É dinâmico, varia de uma sociedade para outra e ao longo do tempo, pode ser entendido no contexto em que está sendo analisado (MAGGI; TERSAC, 2004).

O trabalho possui diversas acepções. Pode ter o significado de organizador social e revestir os atores sociais de identidade, pois, por meio dele, o sujeito se reconhece e é reconhecido na sua atividade profissional. Esse valor proporciona ao trabalho um espaço privilegiado para compreender os processos de construção de subjetividades do indivíduo e da sociedade, e ocasiona um olhar ampliado, procurando a construção singular e coletiva nos postos de trabalho, nas interações, no dito e no não dito, no próprio trabalho e na falta dele (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011).

Na perspectiva do território, cabe reconhecer os processos produtivos nele instalados, bem como os que se situam em seu entorno, ou mesmo remotamente, e identificar suas relações com o ambiente e com a saúde dos trabalhadores e dos moradores. A territorialização é um processo de “habitar um território” (KASTRUP, 2001). O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos - não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais - mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade (CECCIM, 2005).

Em relação à vivência familiar pode-se observar que 34,5% dos idosos vivem sozinhos e 30,9% vivem como companheiro. Indivíduos que moram sozinhos não significam um problema em si, mas sim uma opção. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) considera esta condição como estado de risco, haja vista a possibilidade de perda da autonomia, o risco de solidão e de sentimentos de vulnerabilidade.

A situação familiar dos indivíduos durante o processo de envelhecimento reflete o efeito acumulado de eventos sócio-econômico-demográficos e de saúde ocorridos durante o ciclo vital. O tamanho da prole, a renda familiar, as migrações, a viuvez, vão confirmando, ao longo do tempo, distintos tipos de arranjos familiares e domésticos, os quais, com o passar da idade, adquirem características específicas, que podem colocar o idoso do ponto de vista emocional e material, em situação de segurança ou de vulnerabilidade (ARAÚJO et al., 2003).

Um estudo realizado em São Carlos (SP) com intuito de avaliar a estrutura familiar de idosos pertencentes a uma unidade de saúde da família apontou que uma parte dos idosos (54%) vivia com um companheiro, este mesmo estudo revelou que apenas 10% dos idosos viviam sozinhos (PAVARINI et al., 2008). Outra pesquisa, desenvolvida em Ribeirão Preto (SP) com objetivo de identificar o arranjo domiciliar dos idosos mais velhos mostrou que 71,4% dos idosos do sexo feminino viviam sozinhas, em contrapartida 28,6% dos idosos do sexo masculinos (PEDRAZZI, 2010).

Os dados relacionados à Renda Familiar demonstrou que a maioria dos idosos (92,8%) vive com uma renda mensal de 1 a 2 salários mínimos. A escolaridade e a renda têm sido associadas à melhor qualidade de vida e longevidade. Com base nos resultados apresentados constatou-se que a população estudada apresenta pouca escolaridade, baixos recursos de renda e saúde, o que provavelmente reflete na qualidade de vida destes indivíduos. Isto também foi constatado em um estudo feito por Santos; Tavares; Barbosa (2010) pois os idosos com menor escolaridade e renda apresentaram maior número de morbidades e internações quando comparados com os que possuíam maior renda e escolaridade.

Viver confortavelmente com uma renda elevada favorece a melhor condição de saúde, entretanto o menor poder aquisitivo demanda em mais doenças e, por sua vez, em maior necessidade de atenção à saúde. Nesta pesquisa observou-se que (86,7%) do primeiro grupo e (100%) do segundo convivem com uma renda entre 1 a 2 salários mínimos, considerado relativamente baixo. Uma menor renda pode estar associada a condições de trabalho mais desgastantes, a uma maior exposição a fatores de risco, uma menor preocupação com a saúde, bens de consumo, alimentos saudáveis e educação, tornando, portanto mais vulneráveis as morbidades (LOUVISON et al., 2008).

Notou-se neste estudo que ainda é elevado o número de idosos que não sabem ler e escrever, (22,2%) do Grupo 1 e (23,1%) do Grupo 2, apesar de ocorrer uma melhora na taxa de analfabetismo no Brasil (8,3%) em 2013, quando comparado com (13,3%) em 2000 (IBGE, 2015). Santos; Tavares; Barbosa (2010), alertam para o cuidado em realizar educação em saúde, utilizando quando possível uma linguagem acessível ao cliente atendido, da mesma forma na confecção de cartazes, valorizar a comunicação visual por meio de figuras, visando atingir o público alvo. Por outro lado, com o processo de envelhecimento humano pode ocorrer diminuição da capacidade visual e auditiva, interferindo na comunicação, assim, é

possível melhorar a interação falando de frente para o idoso, para que ele visualize os lábios, pausadamente.

A atenção para as questões de saúde no processo do envelhecimento tem crescido nas últimas décadas em virtude da crescente população idosa mundial. O aumento da expectativa de vida é considerado uma valiosa conquista humana e social. Um olhar sobre o envelhecimento e a saúde do idoso é um ponto inicial a partir do qual se busca refletir sobre a promoção do envelhecimento saudável e sobre as diretrizes para as políticas de atenção ao idoso. Na Tabela estão apresentados os resultados referentes aos indicadores de saúde e utilização dos serviços do SUS.

TABELA 4 - Distribuição de frequência das variáveis Indicadores de Saúde e Utilização de Serviços dos idosos participantes do estudo. Grupo 1 (n=45) e Grupo 2 (n=39).

VARIÁVEL		Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)
Nº de Consultas Médicas no SUS Local nos últimos 06 meses	Nenhuma	03 (6,7)	15 (38,5)
	1 a 3	19 (42,2)	16 (41,0)
	4 ou mais	23 (51,1)	08 (20,5)
Nº de Medicamentos usados habitualmente nos últimos 06 meses	Nenhum	03 (6,7)	06 (15,4)
	1 a 3	26 (57,8)	22 (56,4)
	4 ou mais	16 (35,6)	11 (28,2)
Nº de Doenças Diagnosticadas pelo Médico do SUS	Nenhuma	04 (8,9)	11 (25,6)
	1	16 (35,6)	20 (53,8)
	2	20 (44,4)	05 (12,8)
	3	04 (8,9)	0 (0)
	4 ou mais	01 (2,2)	03 (7,7)

Evidenciou-se neste estudo que a maioria dos idosos (78,6%) procurou os serviços de saúde nos últimos 06 meses. Os idosos frequentemente convivem com problemas crônicos de saúde, isto conseqüentemente acarreta a maior utilização de serviços de saúde e elevado consumo de medicamentos.

Os idosos utilizam com freqüência regular o serviço de saúde. Este dado pode ser devido ao fato da organização do serviço e a distribuição das Unidades de Saúde estarem nas proximidades da moradia do usuário, facilitando a efetiva utilização, sendo este local o primeiro acesso ao sistema de saúde. Para Louvison et al. (2008) as desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer, diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar serviços de saúde. A capacidade de acesso aos serviços identifica o movimento da busca, da capacidade do idoso acessar e usar os serviços de saúde

conforme sua disponibilidade e necessidade. A utilização dos serviços demonstra sua acessibilidade e, indiretamente, indica a equidade de um sistema de saúde. Essa capacidade está diretamente relacionada, além da renda e escolaridade, à disponibilidade da oferta da rede pública e privada. Mas, a maior utilização não está necessariamente relacionada a uma melhor atenção à saúde do idoso.

Pesquisa realizada por Lima-Costa et al. (2011) analisando as condições de saúde de idosos brasileiros em dez anos, revelou que a realização de três ou mais consultas médicas nos 12 meses precedentes aumentou 21% entre 1998 e 2008, e as hospitalizações diminuíram 10% no mesmo período. A probabilidade de possuir conhecimento em relação a doença é maior entre aqueles que usam mais serviços de saúde, o que tenderia a aumentar o número de consultas médicas. Quanto à redução dessas internações, isto pode estar associado a uma ação efetiva da Estratégia de Saúde da Família.

Com relação ao número de medicamentos usados habitualmente nos últimos 06 meses, 57,1% dos idosos utilizam entre 1 e 3 medicamentos habitualmente. Este resultado provavelmente se relaciona à maior presença de condições crônicas e queixas entre idosos, fatores este que podem aumentar a probabilidade de prescrição médica.

No Brasil, estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e realizada por Lima-Costa; Barreto; Giatti (2003) aponta que 50% dos idosos utilizam múltiplos medicamentos. Além disso, é comum encontrar, em suas prescrições, doses e indicações inadequadas, interações medicamentosas, associações e redundância, além do uso de medicamentos sem valor terapêutico.

A presença de doenças crônicas na população idosa converge para a necessidade, na maioria dos casos, da utilização de mais de um medicamento. Em geral, as doenças entre esse indivíduos (crônicas e múltiplas) perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante da saúde, especialmente no que se refere ao uso contínuo de medicamentos (FANHANI et al., 2007).

Quanto ao número de doenças diagnosticadas pelo Médico do SUS, observou-se que 42,8% relataram ter uma (1) doença e 29,7% terem duas (2). Idosos requerem maior atenção à saúde, pois o processo de envelhecimento traz consigo limitações diversas que podem ser o viés para patologias das mais variadas. Com base num estudo realizado por Domingues e Neri (2009) 49% dos idosos entrevistados relataram ter três ou mais doenças, sendo as mais comuns: hipertensão (65,3%), artrite ou artrose (47,2%), osteoporose (42,4%),

depressão (34%) e diabetes (24,3%). Em outro estudo, 62,1% dos idosos referiram possuir ter mais de três morbidades (SANTOS; TAVARES; BARBOSA, 2010). Em ambos o percentual está acima do obtido neste estudo.

Conhecer o perfil da população atendida é essencialmente necessário. Esse conhecimento propicia uma atuação eficiente das autoridades e profissionais, que utilizarão políticas e práticas de saúde eficazes, a fim de alcançarem resultados satisfatórios. Para tal, torna-se necessário uma abordagem territorial que direcione e auxilie todo esse processo.

É por meio de critérios populacionais, político-comunitários, fisiográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços que o território de atuação é definido. Isto demonstra a preocupação com as diversas variáveis que compõe a condição de vida e saúde de uma determinada população, permitindo uma visão ampliada e sistêmica do conceito saúde-doença (BRASIL, 1997).

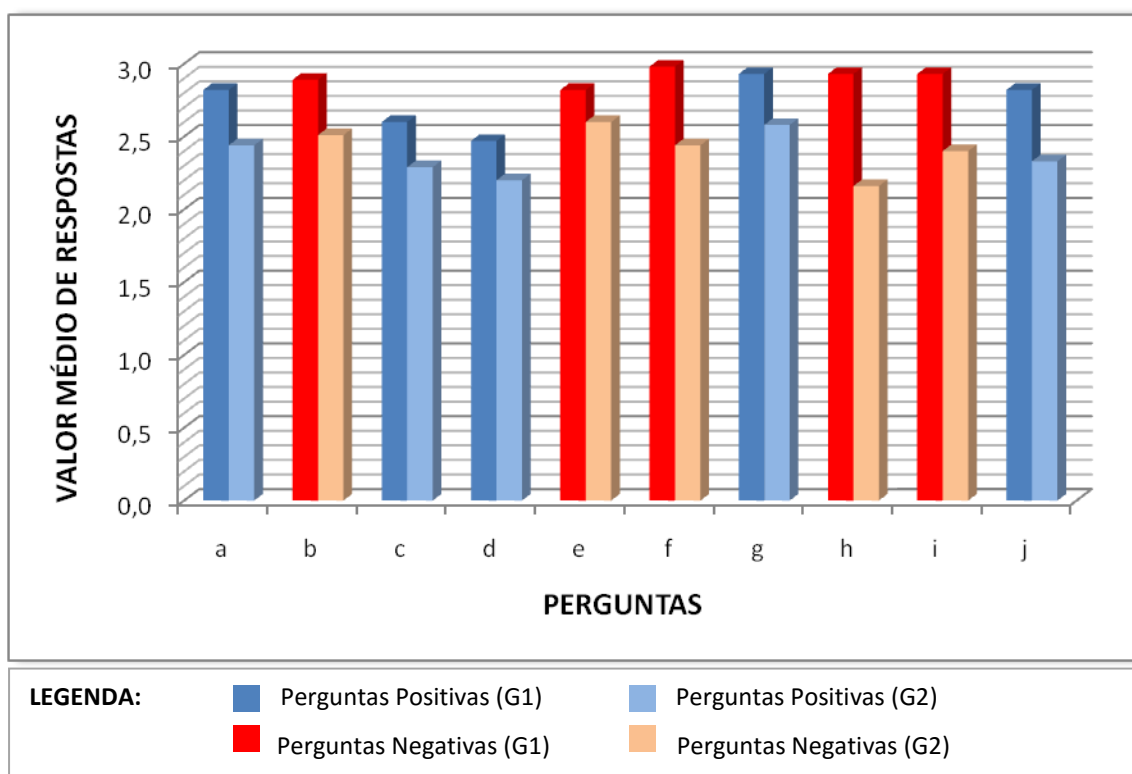
A territorialização em saúde, dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), é um elemento fundamental no processo de reconhecimento da realidade local, para o entendimento e consideração das singularidades dos sujeitos, compreendendo sua complexidade dentro de seus aspectos socioculturais envolvidos nos processos de vivência comunitária (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Desse modo, a territorialização em saúde perpassa dentro de contextos de trabalhos das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para o desenvolvimento de ações integrais que impacte na situação de saúde das comunidades, autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Sendo assim, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), afirma que o exercício destas práticas de cuidado e gestão deve ser trabalhado em equipe, dirigida à população de territórios definidos. E ainda, estas equipes deverão se municiar tecnologias do cuidado (complexas e variadas) que norteiam as necessidades de saúde de maior relevância dentro do seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2012b).

5.2 A autoestima dos idosos

Autoestima está relacionada ao amor-próprio, como o indivíduo se reconhece e se ama, dependendo de suas particularidades, respeitando e entendendo seus limites, evitando o sentimento de culpabilidade ou de inferioridade, mediante ações que lhe são requeridas ou as que decidem realizar. Pode-se observar no Gráfico 1 o resultado geral da Escala de Auto-Estima de Rosenberg dos dois grupos pesquisados.

GRÁFICO 1- Distribuição da frequência das respostas às perguntas positivas e negativas do Grupo 1 - Pinheiros/ES e Grupo 2 - Nanuque/MG.



Os dados demonstram que a maioria dos indivíduos (91,6%) do Grupo 1 e 2 (n=84) aproximaram-se das pontuações máximas relacionadas as perguntas tanto positivas, “Concordo” e “Concordo Plenamente”, quanto negativas, “Discordo” e “Discordo Plenamente”, dessa maneira, em ambos, uma pontuação alta (acima de 25), considerado na escala de auto-estima de Rosenberg (1965), como autoestima elevada.

A elevada autoestima pode indicar que os idosos encaram o processo de envelhecimento de uma forma prazerosa e sem grandes conflitos. Não há uma percepção de

frustrações, conflitos e dramaticidade na forma de vivenciarem a velhice, além de não possuírem identificados sentimentos de rejeição ou inferioridade face às mudanças e perdas do envelhecimento. Assim, uma adequada autoestima pode ser vista como uma forma apropriada de entender e vivenciar o processo de envelhecimento (JARDIM, 2006; CHAIM, 2009).

Observou-se, que para os Grupos 1 e 2, a pergunta de aspecto positivo que obteve maior pontuação foi a letra “g”. Essa questão está relacionada ao sentimento de valor que esse indivíduo possui em relação as outras pessoas em termos de competência e sentimento de utilidade na vida; o valor médio do Grupo 1 foi 2,93 e do Grupo 2 foi 2,58. Este resultado revela que estes idosos praticantes de fisioterapia coletiva, possivelmente em relação à aspectos psicológicos, possuem autoestima elevada e auto-respeito e orgulho próprio.

Segundo Wilson; Rodrigues (2002) a autoestima pode ser um dos fatores que motivam os idosos a praticar atividades físicas. Quando o idoso passou ou está passando por experiências positivas sua autoestima é alta, mas se vivenciou apenas experiências negativas, sua autoestima conseqüentemente será baixa. Os resultados adquiridos com a prática de atividade física refletem na personalidade do indivíduo por meio de uma posição positiva em relação ao seu próprio corpo, às capacidades intelectuais, pela disponibilidade para contatos sociais, pela melhora de sua autoestima e estado de saúde. Para Silverstone; Salsali (2003), o estudo da autoestima permeia complexidades e contradições, uma vez que questões culturais, psicológicas e individuais perpassam esse sentimento positivo e negativo de si mesmo.

A pergunta de aspecto positivo que obteve menor pontuação para os Grupos 1 e 2 foi a letra “d”. Essa questão considera a capacidade do indivíduo em ser capaz de realizar atividades tão bem quanto a maioria das outras pessoas. O valor médio obtido no Grupo 1 foi 2,47 e para o Grupo 2 foi 2,20. Em relação ao uso de habilidades físicas (força, coordenação motora fina e grossa, equilíbrio, entre outras) observou-se que alguns destes idosos apresentam certa insegurança com sua capacidade física. No entanto, esse resultado classifica-o dentro dos padrões de autoestima elevada.

Pode-se assinalar que os indivíduos deste estudo encaram o processo de envelhecimento sem grandes conflitos, pois apresentaram, em média, uma elevada autoestima. A autoestima, segundo Magalhães et al. (2008) engloba aspectos que podem ser pesquisados separadamente: autoimagem, autopercepção, autoconfiança, autovalorização,

entre outros aspectos. Assim, uma boa autoestima pode ser vista como uma forma adequada de entender e vivenciar o processo de envelhecimento.

Conhecer a relação que o idoso mantém com seu corpo e as implicações disto na sua autoestima são fundamentais para que os profissionais de saúde considerem, em suas práticas – avaliações e intervenções – todos os aspectos que envolvam a saúde do indivíduo, sejam eles físicos, psicológicos, emocionais, mentais, entre outros, objetivando entender e estimular o idoso holisticamente (CHAIM; IZZO; SERA, 2009).

Quanto as perguntas de aspecto negativo, a que obteve maior pontuação para o Grupo 1 foi a letra “f”, o valor médio de respostas foi 2,98. Esta pergunta reflete uma avaliação negativa de si mesmo, englobando aspectos não valorativos e de sentimento de incompetência pessoal (falta de orgulho por si e/ou por conquistas pessoais, falta de respeito por si e sentimento de fracasso). Para o Grupo 2 foi a letra “e” com valor médio de respostas de 2,60. Essa questão interroga sobre a insatisfação do indivíduo em relação as atividades que realiza, e sentimento de que não tem do que se orgulhar. Em ambos os resultados, observou-se que estes idosos não sentem-se inúteis e orgulham-se das coisas que fazem, mesmo apresentando certas limitações advindas do processo de envelhecimento. Isto provavelmente demonstra a função da fisioterapia coletiva na melhoria dos aspectos biopsicossociais dos idosos.

Na pergunta de aspecto negativo a que alcançou menor pontuação para o Grupo 1 foi a letra “e”, com um valor médio de respostas de 2,82. Esta questão pesquisa a insatisfação do indivíduo em relação as atividades que realiza e sentimento da percepção de qualidades pessoais e de competências de que não há do que se orgulhar. Para o Grupo 2 foi a letra “h”, apresentando valor médio de repostas de 2,16. Essa questão identificou a valorização do indivíduo dado por ele mesmo e o desejo de ter mais respeito por si mesmo. Vale ressaltar, que mesmo estas respostas tendo alcançado menores pontuações, ainda estão classificadas dentro dos padrões de autoestima elevada, o que torna possivelmente a fisioterapia coletiva um instrumento eficaz na prevenção e tratamento de idosos com as mais diversas patologias físicas e psicológicas, merecendo um lugar de destaque no atual cenário nacional, que caminha para uma população formada, em sua maioria, de idosos.

Mediante esses resultados, pode-se considerar que um programa de exercícios físicos bem elaborados, como utilizado na fisioterapia coletiva, pode ser considerado um recurso essencial à manutenção das capacidades funcionais, à prevenção de doenças crônicas

e ao tratamento primário ou secundário de alguns distúrbios que acometem os idosos. Sozinho ou associados a outros tratamentos, o exercício físico contribui para o aumento e manutenção das relações sociais, melhora a autoestima e o humor, diminui o estresse e a ansiedade, e melhora a satisfação, as funções cognitivas e o senso de autoeficácia (DOMINGUES; NERI, 2010; FUKUKAWA et al.,2004).

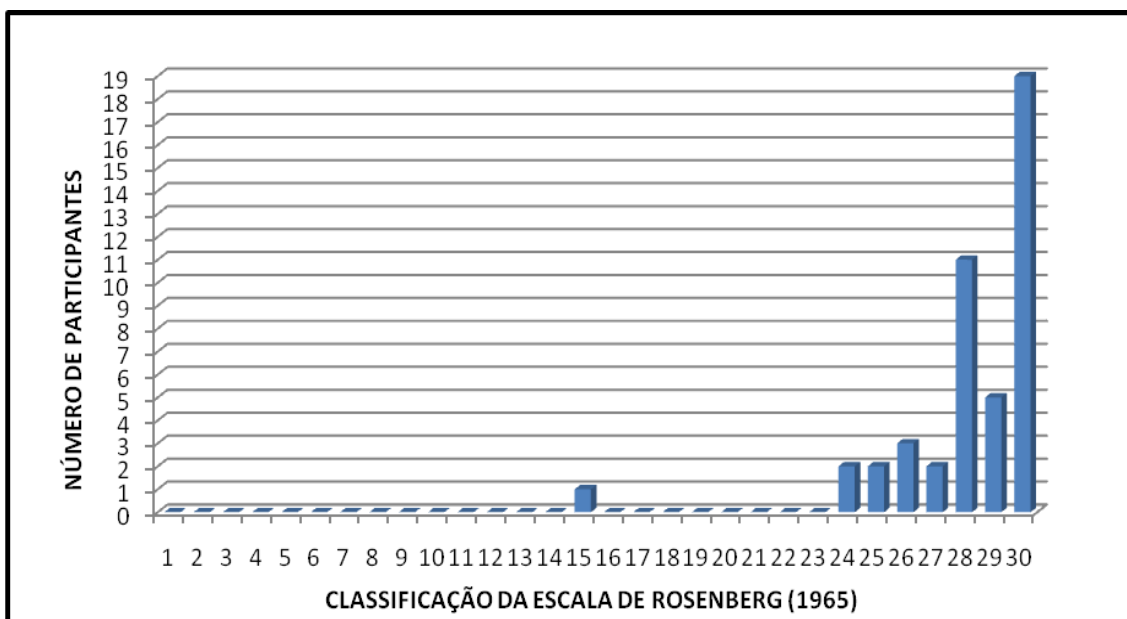
Os programas de atenção à saúde de idosos beneficiam-se do conhecimento sobre a relação entre a prática de atividades físicas, a saúde física e o bem-estar subjetivo de idosos. Esse conhecimento contribui para adoção de medidas preventivas e de reabilitação e pode oferecer subsídios para políticas de saúde e de educação em saúde na velhice (DOMINGUES; NERI, 2009).

Vale ressaltar que a abordagem territorial é eficiente na avaliação e implantação destes serviços, pois permite a integração dos vários setores da gestão pública, tornando possível a análise das condições de vida e saúde da população atendida (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Como observado neste estudo, à implantação destes grupos de fisioterapia coletiva, que beneficiam à população idosa, tornou-se possível, provavelmente, devido a uma avaliação territorial eficiente associada à eficaz ação da gestão pública nestas cidades.

É necessário entender que o conceito de território não está conectado à apenas uma ótica administrativa ou de gestão física, mas relaciona-se também a uma visão simbólica e cultural. Desse modo, torna-se possível a identificação de problemas de saúde e propostas de prevenção e intervenção dentro de áreas delimitadas que podem ser diferentes, com necessidades desiguais, individualizando-se de acordo com tempo, espaço, condições ambientais e culturais (ESPIRITO SANTO, 2008; BRASIL, 2001b). Enfim, uma compreensão ampla do território é fundamental para abranger, abordar e planejar ações assistenciais envolvendo a saúde do idoso.

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg é conceituada como o conjunto dos pensamentos e sentimentos do indivíduo com referência a si próprio enquanto objeto. O valor/escore total da medida constituída por dez itens varia de 0 a 30. Nos gráficos 2 e 3 pode-se observar os valores/escores totais da Escala de autoestima dos grupos pesquisados.

GRÁFICO 2 - Distribuição da frequência dos valores/escores totais da Escala de autoestima do Grupo 1 - Pinheiros/ES.



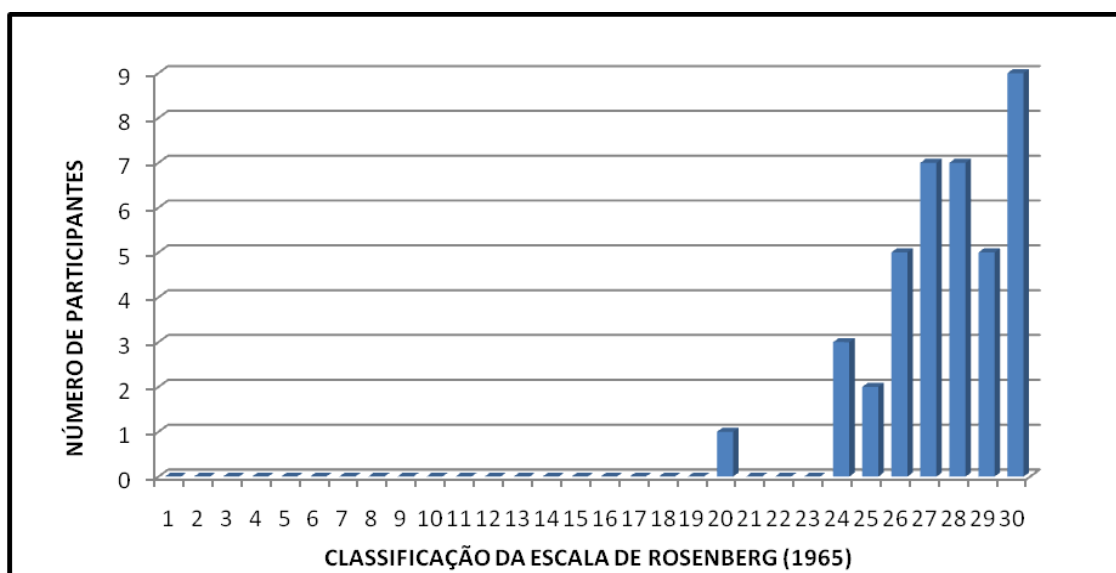
Nota-se com esses resultados que a maioria dos idosos (88,8%) apresentou autoestima elevada. Nenhum indivíduo obteve pontuação menor que 15, ou seja, não houve presença de sujeito classificado com baixa autoestima. Entretanto, vale ressaltar que apenas um indivíduo está na faixa de transição, pois o mesmo adquiriu pontuação igual a 15, número esse que o fará sair da zona de baixa autoestima para os padrões normais de autoestima. Considerando que as pontuações entre 15 – 25 estão dentro dos padrões normais, observou-se que 05 (cinco) indivíduos estão inseridos nessa classificação. Ressalta-se que duas pessoas alcançaram pontuação igual a 25, pois as mesmas encontram-se na zona de transição de padrões normais de autoestima para a autoestima elevada.

Os dados apresentados evidenciam que o trabalho de fisioterapia coletiva desenvolvido com este grupo de idosos provavelmente ocasiona resultado positivo em relação aos aspectos biopsicossociais. A convivência dos idosos com os profissionais de saúde possivelmente propicia uma abordagem em saúde, com visão ampliada de bem-estar físico, psíquico e social, como o próprio conceito de saúde estabelecido pela OMS “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Desse modo, os idosos participantes destes grupos de fisioterapia podem se beneficiar de todas as ações para sua saúde, uma vez que a prática de exercícios físicos em grupo pode oferecer, em destaque nesta pesquisa, a melhoria da autoestima.

Pesquisa realizada por Benedetti; Petroski; Gonçalves (2007) visando verificar a influência dos exercícios físicos na autoimagem e autoestima de 29 idosos asilados, constatou que o programa de exercício físico sistemático aplicado na instituição asilar apresentou melhora significativa na autoimagem e autoestima desses participantes. No estudo desenvolvido por Steglhich (1978), com objetivo de avaliar a autoimagem e autoestima em três grupos de idosos acima de 65 anos, não aposentados, aposentados ativos e aposentados inativos, observou que os aposentados inativos possuem autoimagem e autoestima significativamente mais baixas que os idosos não aposentados e aposentados ativos, e entre esses não houve diferença significativa na autoimagem e autoestima. O domínio que apresentou com maior diferença estatística foi o emocional, principalmente no item felicidade pessoal.

Mazo; Cardoso; Aguiar (2006) afirmam que o exercício físico dá ao indivíduo a oportunidade de ter uma sensação de sucesso, isto, por sua vez, reforça a autoestima elevada. Desenvolver a autoestima é estar convicto de que se é capaz de viver tornando-se merecedor da felicidade. É ampliar a capacidade de ser feliz (BRANDEN, 1995).

GRÁFICO 3- Distribuição da freqüência dos valores/escores totais da Escala de autoestima do Grupo 2- Nanuque/MG.



Evidenciou-se que nenhum indivíduo obteve uma pontuação menor que 15, ou seja, ninguém foi classificado com baixa autoestima. Considerando que as pontuações entre 15 – 25 estão dentro dos padrões normais, observou-se que 06 (seis) pessoas estão inseridas

nessa classificação. Ressalta-se que duas pessoas alcançaram pontuação igual a 25, pois as mesmas encontram-se na zona de transição de padrões normais de autoestima para a autoestima elevada.

Baseado nos resultados dos gráficos 2 e 3, percebeu-se que a fisioterapia coletiva pode ser considerado um instrumento de atuação relevante em relação a autoestima de idosos, uma vez que em ambos os grupos estudados está classificada como elevada.

Para Davis (1997), Fox (1997) e Hasse (2000) é normal que durante o processo de envelhecimento ocorra uma diminuição da autoimagem e autoestima. O ser humano é dependente de seu corpo, das habilidades, roupas, cabelos, bem como da integração e harmonia com relação ao “eu”. A atividade física se constitui em uma forma de envelhecer ativo, para que os idosos possam ter autonomia e independência por mais tempo com melhor autoestima.

Outra contribuição do exercício físico regular e planejado é a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, oferecendo oportunidade de envolvimento psicossocial, elevação da autoestima, implementação das funções cognitivas, e até mesmo a saída do quadro depressivo com menores taxas de recaída. Proporciona também efeitos positivos na prevenção e tratamento de outros agravos comuns em pessoas idosas. Vale ressaltar que baixa autoestima está entre os sintomas que propiciam ao idoso um quadro de depressão; doença essa que segundo alguns estudiosos atingem boa parte da população idosa, e em geral, está associada à presença de doenças físicas (STELLA et al., 2002; PEARSON; BROWN, 2000).

A autoestima e autoimagem relacionam-se diretamente. Quando elevadas corroboram para uma percepção positiva da aparência física e da capacidade funcional, proporcionam satisfação em relação à vida, contribuem para a percepção de felicidade, e colaboram com o processo de aceitação e adaptação à idade (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009).

Stella et al. (2002) afirma que a prática de exercício físico regular pode e deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica para o tratamento de diversas doenças psicológicas e crônico-degenerativas, pois oferece, em relação ao tratamento medicamentoso, a vantagem de não apresentar efeitos colaterais indesejáveis, além de sua prática demandar, ao contrário da atitude relativamente passiva de tomar uma pílula, um maior comprometimento ativo por parte do paciente/idoso que resulta na melhoria da autoconfiança e autoestima.

Resgatar a autoestima de idosos não é uma simples tarefa. É mesmo um desafio fazer com que os idosos durante sua existência aproveitem melhor o tempo que lhes resta com qualidade de vida. Para que isso ocorra é necessário reinseri-los num contexto social, ocupando o seu tempo livre, fazendo-os se sentirem úteis. Utilizar-se de grupos de terceira idade, como os dois grupos aqui pesquisados, para essa interação social é um eficiente recurso que não traz somente a socialização como benefício, mas também a atuação eficaz no tratamento e prevenção de doenças físicas e psíquicas. Esse somatório de benfeitorias advindos da prática de exercícios físicos em grupo proporciona aos idosos sensações e sentimentos positivos como a autonomia, independência, dignidade, autorrespeito, autoconfiança, e melhoria da autoimagem e autoestima, implicando diretamente na satisfação com a vida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta dos grupos de fisioterapia coletiva e sua atuação preventiva e reabilitadora por meio de um programa elaborado de exercícios físicos são consideradas como uma importante estratégia para o bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos idosos. Portanto, a participação efetiva de gestores de políticas públicas e profissionais capacitados torna-se fundamental para o êxito desta proposta. Conhecer e identificar as necessidades da população idosa é uma ferramenta essencial para os gestores da saúde pública. Assim, podem planejar ações condizentes com a população atendida e o cenário de cada território, bem como o papel dos profissionais de saúde neste processo.

Esse estudo identificou que o perfil dos idosos participantes em sua maioria é constituído de mulheres, com idade variando entre 60 a 85 anos, geralmente viúvas, aposentadas, que vivem sozinhas, e que possuem nenhuma ou pouca escolaridade e renda. Verificou-se ainda que, a maior parte dos idosos utilizou os serviços de saúde pública (SUS) e relatam possuir uma ou mais doenças diagnosticadas nos últimos 06 meses. Utilizam diariamente de 1 a 3 medicamentos.

Pode-se constatar que a maioria dos entrevistados (91,6%) possui autoestima elevada. Na análise comparativa entre os grupos, o G1 demonstrou possuir um grau de autoestima mais elevado que o G2, contudo as pontuações dos dois grupos os classificaram com autoestima elevada.

Entretanto, observou-se que alguns idosos, mesmo participando do programa de exercícios sistematizado proposto pela fisioterapia, ainda sentem certa insegurança com sua capacidade física. No entanto, não apresentam sentimentos de inutilidade, mas, pelo contrário, orgulham-se das coisas que fazem, mesmo diante de certas limitações próprias do envelhecimento.

A prática de exercícios físicos, associados à convivência com profissionais e com pessoas da mesma faixa etária, que compartilham experiências de vida parecidas, parece ser um estímulo para o bem-estar dos idosos. Os exercícios são fatores de restauração da saúde e proporcionam maior equilíbrio nesta etapa da vida, e quando praticados em grupo pode promover sentimentos de autodeterminação, ou seja, os idosos sentem-se mais competentes, autônomos e socializados, favorecendo a melhoria da autoestima.

Há evidências de que a autoestima elevada propicia ao idoso uma melhor forma de entender e vivenciar o processo de envelhecimento. Possuir uma autoestima elevada

favorece a percepção de felicidade consigo mesmo e com o mundo que o cerca, colaborando para prevenção e tratamento de doenças psicológicas e auxiliando no tratamento das doenças biológicas.

Espera-se que os resultados deste estudo proporcionem reflexões, especialmente aos profissionais da saúde e gestores de políticas públicas para que implementem novas estratégias, visando fortalecer as ações de promoção e prevenção à saúde da população idosa. Resguardar a interação homem/ambiente é fundamental para aumentar a capacidade funcional e a capacidade emocional do idoso. Para tal, torna-se necessário coletar informações sobre a população idosa residente em cada território, visando à compreensão de suas demandas de saúde.

Faz-se necessário um melhor conhecimento do território atuante para que os bons resultados sejam ampliados. Este conhecimento propicia melhores condições de planejar ações específicas à população idosa visando melhorar a saúde, e proporcionar bem-estar e qualidade de vida aos mesmos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGOSTINHO, P. **Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento**. Revista Portuguesa de Psicossomática. Porto, Portugal, jan/jun., 2001, vol.6, número 001. Disponível em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/fev2007/perspectiva.pdf>. Acesso em 18 jul. 2012, as 08h47min.
2. AMARAL, M. L. G. **Educação e Saúde – A fisioterapia como elemento preventivo da saúde do idoso** [dissertação de mestrado]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Instituto de Educação. Lisboa, 2013. Disponível em: > http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4830/DISSERTA%C3%87AO%20MARI%20BELGICA%20FINAL_format.pdf?sequence=1<. Acesso em: 02 ago. 2014, as 22h38min.
3. ANDRÉ, C. **Imparfais, libres et heureux: pratiques de l'estime de soi**. Revista Scientific American. Odile Jacob, 2006. Disponível em: ><http://www.methodus.com.br/artigo/487/questao-de-autoestima.html><. Acesso em 01 ago 2014, as 12h10min.
4. ARAÚJO, L.F.; CARVALHO, V. A. M. L. **Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice**. Revista de Humanidades – Mneme. Publicação do Departamento de História e Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ensino Superior do Seridó – Campus de Caicó, v 06, n. 13, dez.2004/jan.2005. - Semestral. Disponível em <http://www.periodicos.ufrn.br/ojs/index.php/mneme/article/view/278/254>. Acesso em 20 set. 2012, as 23h59min.
5. ARGIMON, I. I. L., ET AL. **Velhice e Identidade: Significações de Mulheres Idosas**. Revista Kairós Gerontologia, 14(4). São Paulo. 2011. Disponível em: > <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/10052-24943-2-PB.pdf><. Acesso em 22 nov. 2014, às 17h15min.
6. BALTES, P. B (1987). **Theoretical propositions of the lifespan developmental psychology: On the dynamics between growth and decline**. *Developmental Psychology*, 23, 611-696.
7. BALTES, P. B. (1997). **On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory**. *American Psychologist*, 52(4), 366-380
8. BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1990.

9. BELSKY, J. **The Psychology of Aging: theory, research and interventions**. California: Cole Publishing Company, 1990.
10. BISPO JÚNIOR, J. P. **Fisioterapia e Saúde Coletiva: Desafios e Novas Responsabilidades Profissionais**. Ciência & Saúde Coletiva. Vitória da Conquista – BA, 2010. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/074.pdf>. Acesso em 29 ago. 2012, as 23h55min.
11. BORGES, S. S.; RAUBACH, R. **Tendência a estados depressivos em idosos que não têm o hábito da prática da atividade física: um estudo-piloto no Município de Curitiba**. Revista Digital, 10(70). Buenos Aires (Argentina), 2004. Disponível em: > <http://www.efdeportes.com/efd70/idosos.htm><. Acesso em 28 set. 2014, as 23h12min.
12. BOUTIQUE, N. C.; SANTOS, R. L. A. Aspectos Socioeconômicos do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.
13. BRANDEN, N. **Auto-estima: Como aprender a gostar de si mesmo**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1995. Disponível em <http://www.visionvox.com.br/biblioteca/a/auto-estima-como-aprender-a-gostar-de-si-mesmo-nathaniel-branden.pdf>. Acesso em 29 ago. 2012, as 23h15min.
14. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996. **Política Nacional do Idoso**. 2. ed., Brasília, 1998. 32p.
15. BROMLEY, D. B. **Psicologia do envelhecimento humano**. Lisboa: Ulisseia, 1966.
16. BUSSE, E.W.; BLAZER, D.G. **Psiquiatria geriátrica**. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 1999.
17. CALADO, D. E. M. **A Importância do Treinamento de Força para Idosos**. Pará: Escola Superior Madre Celeste, 2001. Disponível em http://artigo cientifico.com.br/acervo/4/51/tpl_3208.html. Acesso em 19 de set. 2012, as 23h28min.
18. CAMARANO, A. A., et al. **Como Vai o Idoso Brasileiro?** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Rio

de Janeiro, dez. 1999. Disponível em <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/MU2312.pdf>. Acesso em 25 set. 2012, as 15h46min.

19. CARDOSO, A. F. **Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento**. Buenos Aires. Revista Digital – ano 13, nº 130, março de 2009. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd130/idosos-uma-revisao-sobre-a-fisiologia-do-envelhecimento.htm>. Acesso em 22 jul. 2014 as 22h30min.

20. CARVALHO, M. C.M.; CARVALHO, G. A. **Atividade Física e Qualidade de Vida em Mulheres Idosas**. Buenos Aires: Revista Digital – ano 13, nº 122, julho de 2008. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd122/atividade-fisica-e-qualidade-de-vida-em-mulheres-idosas.htm>. Acesso em 18 jun. 2012, as 23h33min.

21. CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva**. 2006. Disponível em <https://www.uces.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensino-servico/acervo/textos/CECCIM%20e%20CARVALHO.pdf>. Acesso em 25 ago. 2012, as 12h33min.

22. CARVALHO FILHO, E. T., PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: atheneu, 2006.

23. CECCIM, R. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=pt&nrm=iso. acessos em 28 out. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.

24. CERQUEIRA NETO, S. P. G. **Contribuição ao Estudo Geográfico do Município de Nanuque/MG**. Caminhos da Geografia, Revista on line. Eunápolis, BA, jun. 2005. Disponível em <http://www.ig.ufu.br/revista/caminhos.html>. Acesso em 25 fev. 2014, as 22h55min.

25. CHAUI, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo Ática 1994.

26. CHIOVATTO, J. Reabilitação em Geriatria. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

27. **CLAVAL, P. A Geografia Cultural.** Tradução de Luíz Fugazzola Pimenta e Margareth de Castro Afeche Pimenta. 3 ed. – Florianópolis : Ed. da UFSC, 2007.
28. **CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO** (2014). Disponível em: http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27. Acesso em 30 jun. 2014, as 16h57min.
29. **DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB** (2014). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>. Acesso em 27 fev. 2014, às 11h37min.
30. **DEBERT, G. G. A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento.** São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 2004.
31. **DELAI, K.D.; WISNIEWSKI, M.S.W. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.16, p.1515-1523, 2011(Suplemento 1).
32. **DICIONÁRIO PRIBERAM DA LINGUA PORTUGUESA** (2014). Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=auto-estima>. Acesso em: 01 ago 2014, às 17h03min.
33. **DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-Estima de Rosenberg.** Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. São Paulo, v. 19 , n.1, jan/abr. 2004. Disponível em <http://www.rbc.org.br/imageBank/PDF/19-01-04pt.pdf>. Acesso em 13 set. 2012, as 16h25min.
34. **DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DA FISIOTERAPIA** (2014). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em 30 jun. 2014, as 17h07min.
35. **DUARTE, L. R. S. Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento.** Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre, v. 2, p. 35-47, 1999.
36. **ERMIDA, J. G. Avaliação demográfica compreensiva.** Temas Geriátricos. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, v. 1, 1995.

37. FALCÃO, D.V.S.; DIAS, C.M.S. B. **Maturidade e Velhice V.1: Pesquisas e Intervenções Psicológicas**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2006. Disponível em <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=z8SY7zUnd8cC&oi=fnd&pg=PA5&dq=fALC%C3%83O+E+DIAS,+2006+-+MATURIDADE+E+VELHICE&ots=VaTPecYiQj&sig=vRpywFnEsNN33pBWAudLHrv6OxQ#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 11 jul. 2012, as 22h27min.
38. FERRARI, M. A. C. Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.
39. FERREIRA, V. **Atividade física na 3ª idade: o segredo da longevidade**. Rio de Janeiro: Sprint, 2007.
40. FLECK M.P.A. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artemed, 2008. 228p.
41. FREITAS, M.S. **A Atenção Básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional [tese]**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006. Disponível em >http://www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/Teses_Dissertacoes/Tese_MarcosFreitas.pdf<. Acesso em 01 ago. 2014, as 23h40min.
42. GATTO, I. B. Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.
43. GEIS, P. P. **Atividades criativas e recursos práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
44. GRAVE, M.; ROCHA, C. F.; PÉRICO, E.. **A formação do profissional fisioterapeuta na atenção à saúde do idoso: uma revisão integrativa**. RBCEH, v. 9, n. 3, p. 371-382. Passo Fundo, 2012. Disponível em: ><file:///C:/Users/Cliente/Downloads/2295-12802-1-PB.pdf><. Acesso em 03 de ago. 2014, as 12h30min.
45. GÓES, T. K. S. **O Conteúdo Sóciojurídico do Direito de Inclusão Social do Idoso. Estudos**, Goiânia, v. 34, n. 5/6, p. 371-382, mai./jun. 2007.

46. HOEMAN, S. P. **Enfermagem de reabilitação: aplicação e processos**. 2. ed. Lisboa: Lusociência, 2000.
47. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2011)**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1. Acesso em 08 set. 2012, as 11h34min.
48. IRIGARAY, T. Q.; SCHEIDER, R. H. **Participação de idosas em uma universidade da terceira idade: motivos e mudanças ocorridas**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2). Brasília (DF), 2008. Disponível em: > http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000200011&script=sci_arttext<. Acesso em 22 de set. 2014, as 22h00min.
49. JACOB FILHO, W.; KIKUCHI, E. L.. **Geriatría e gerontologia básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
50. JORDÃO NETTO, A. **Gerontologia Básica**. São Paulo: Lemos, 1997.
51. KHOURY, K. **Com a corda toda: auto-estima e qualidade de vida**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2002. Disponível em http://books.google.com.pe/books?id=sA6Ij0FB0n0C&printsec=frontcover&dq=khoury,+com+a+corda+toda&hl=pt-BR&ei=c2bCTpOMHcHb0QG5jaGYDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false. Acesso em 03 set. 2012, as 17h24min.
52. KISNER, C.; COLBY, L.A. **Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 1992. p. 10-20.
53. KNORST, M. R.; BÓS, A. J. G. Reabilitação Fisioterapêutica. In: DORNELLES, Beatriz; COSTA, Gilberto José Corrêa da. **Investindo no envelhecimento saudável**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. Disponível em http://books.google.com.pe/books?id=nQH6KpkIJEkC&pg=PA229&dq=knorst+e+b%C3%B3s+-+investindo+no+envelhecimento+saud%C3%A1vel&hl=pt-BR&ei=f2fCTqCmOOjL0QHrmpX0Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false. Acesso em 28 set. 2012, as 22h18min.
54. KRAWCZYNSKI M.; OLSZEWSKI H. Psychological well-being associated with a physical activity programme for persons over 60 years old. *Psychol Sport Exerc* 2000; 1(1): 57-63.

55. LAZAETA, C.B. (1994). Aspectos sociales del envejecimiento. Em Elías Anzola-Pérez, David Galinsky, Fernando Morales Martínez, Aquiles R. Salas & Melba Sanches Ayéndez (Orgs.). **La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa** (pp. 57-66) Washington, D.C: Organização Panamericana para a Saúde.
56. LEI nº 8.842/94 e DECRETO nº 1.948/96. **POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO**. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br/portalarquivospdf2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em 15 nov. 2011, as 17h58min.
57. LEI nº 1041 de 2003. **ESTATUTO DO IDOSO**. Disponível em www.pucpr.br/arquivosUpload1237436911311194586.pdf. Acesso em 15 set. 2012 as 18h03min.
58. LESSA, I. (Org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1998.
59. LEME, L. E. G. A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento. Visão Histórica. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.
60. MACIEL, R.V.; SILVA, P.T.G.; SAMPAIO, R.F.; DRUMMOND, A.F. **Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de Fisioterapia**. Fisioterapia em Movimento. Curitiba, v.18, n.1, p.11-17, 2005.
61. MARCHI NETTO, F. L. **Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso**. Pensar a Prática. Goiás, 2004. Disponível em: ><http://www.revistas.ufg.br/index.php/fe/article/view/67/66><. Acesso em 22 jul. 2014, as 22h45min.
62. MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos da Metodologia Científica. 5Ed. São Paulo: Atlas 2003.
63. MARQUES, A. P.; KONDO, A. **A Fisioterapia na Osteoartrose: Uma Revisão da Literatura**. São Paulo: Rev. Brasileira de Reumatologia – vol. 38, nº 2, mar/abr, 1998. Disponível em <http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/reumato028.pdf>. Acesso em 29 de jul. 2012, as 23h49min.

64. MARTINS, L. M.; FRANCA, A. P. D.; KIMURA, M. **Qualidade de vida de pessoas com doença crônica**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, Dec. 1996. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Jul 2012. doi: 10.1590/S0104-11691996000300002.
65. MATSUO, R. F. **O sentido de saúde em idosos do projeto sênior para vida ativa da USJT**. 99f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2007. Disponível em: > http://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/050.pdf<. Acesso em 31 jul. 2014, as 22h59min.
66. MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade Física e o idoso: concepção gerontológica**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.
67. MENDES, C. K. T. T. **O atendimento em unidades de saúde da família no olhar de idosos: representações sociais**. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS, João Pessoa, 2009. Disponível em: > <http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2009/cristinakatia.pdf><. Acesso em 29 set. 2014, as 17h38min.
68. MERCADANTE, E. Aspectos Antropológicos do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.
69. **MINISTÉRIO DA SAÚDE** (2011). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26466. Acesso em 16 de set. de 2012, às 23h17min.
70. MIRANDA, S.; RIBEIRO, N. **Quem sou eu? Identidade e autoestima da criança e do adolescente**. São Paulo: Papirus, 2006.
71. MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde**. 2003.170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
72. MONKEN, M., et al. **O Território na Saúde: construindo referências para análise em saúde e ambiente**, 2008. Disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2014, as 20h25min.

73. MORIN, E. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

74. MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

75. MOYSÉS, L. **A auto-estima se constrói passo a passo**. Campinas – São Paulo: Papirus, 2001. - (Coleção Papirus Educação). Disponível em http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=7jp7rBikdnQC&oi=fnd&pg=PA11&dq=Livro:+auto-estima+se+constroi+passo+a+passo&ots=ihIY-It1kb&sig=EQAqQd4kEB4p4NcquY6xUqA_3Y#v=onepage&q&f=false. Acesso em 08 jul. 2012, as 17h11min.

76. MOSQUERA, J. **Adolescência e Provação**. Porto Alegre: Sulina, 1974.

77. NASCIMENTO, M.C., SAMPAIO, R.F., SALMELA, J.H., MANCINI, M.C., FIGUEREDO, I.M. **A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais**. Rev Bras Fisioter 2006; 10(2):241-247. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000200016&lng=en. Acesso em 27 out. 2012, as 22h09min.

78. NERI, A. L; YASSUDA, M. S (orgs); CACHIONI, M. (colab.). **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas, SP: Papirus, 2004.

79. NERI, A.L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In _____: **Psicologia do Envelhecimento**: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.

80. NERI, A.L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: _____. (Org.). Maturidade e velhice: trajetórias individuais e sócio-culturais. Campinas: Papirus, 2001. p.11-52.

81. NUNES, P. H. F. **A Influência dos recursos naturais na transformação do conceito de território**. Questiones Constitucional es, num 15, Julio-Diciembre, 2006.

82. **ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS** (2014). Disponível em http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=279&Itemid=1. Acesso em 26 mar. 2014, às 16h26min.
83. **ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**. Grupo científico sobre la Epidemiologia del Envejamiento, Genebra, 1983. Informe.
84. **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS** (2011). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acesso em 19 set. 2012, às 9h32min.
85. PAPALÉO NETTO, M.; BORGONOV, N. *Biologia e Teorias do Envelhecimento*. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.
86. PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. R. *Envelhecimento: Desafio na Transição do Século*. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.
87. PARK, D. C. et al. **Cerebral aging: brain and behavioral models of cognitive function**. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 3, n. 3, 2001. Disponível em: ><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181659/><. Acesso em 12 de set. 2014, as 10h32min.
88. PASCHOAL, S. M. P. *Autonomia e Independência*. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.
89. PASI - **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso: Envelhecimento Saudável em Florianópolis**, 2006. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Saúde Pública. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo_de_atencao_a_saude_do_idoso.pdf. Acesso em: 15 set. 2014.
90. PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. *O território no programa de saúde da família*. **Hygéia, Rev. Bras. Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, n.2, p. 47-55, jun. 2006.

91. **PREFEITURA MUNICIPAL DE NANUQUE.** 2014. Disponível em http://www.nanuque.mg.gov.br/novo_site/index.php?nivel=0&exibir=secoes&ID=45. Acesso 26 fev. 2014, as 11h30min.
92. **PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHEIROS.** 2014. Disponível em <http://pinheiros.es.gov.br/prefeitura/historia/> . Acesso em 26 fev. 2014, as 12h30min.
93. RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder.** Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.
94. RAGASSON, C.A.P.; ALMEIDA, D.C.S.; COMPARIN, K.; MISCHIATI, M.F.; GOMES, J.T. **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional.** Revista Olho Mágico, v.13, n.2, p. 1-8, 2006.
95. RIGO, J. C.; TRAPP, M.G. **O Modelo e suas Dicas de Saúde: Natiex – Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército.** Porto Alegre. EDIPUCRS, 2008.
96. ROSA, T. E. C., et al . **Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 1, Fev. 2003. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Jun 2012. doi: 10.1590/S0034-89102003000100008.
97. SANTIN, J. R.; COSTA, L.T. **O envelhecimento humano e a violência intrafamiliar: algumas reflexões.** Rev Justiça do Direito, v.22, n.1, p. 96-108, 2008. Disponível em: >
<http://perguntasrespostas.com.br/seer/index.php/rjd/article/viewFile/2141/1381><. Acesso em 12 nov. 2014, as 18h20min.
98. SHEEHAN, E. **Baixa Auto-Estima: Esclarecendo suas dúvidas.** São Paulo: Ágora, 2005. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=vlitzpQKffAC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 28 jun. 2012, as 22h36min.
99. SHEPHARD. R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde.** São Paulo: Phorte, 2003.
100. SILVA, C. A.; FOSSATTI, A. F.; P., Marilene Rodrigues. **Percepção do homem idoso em relação às transformações decorrentes do processo do envelhecimento humano.** Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v.12, p. 111-126, 2007

101. SOUZA, R. S. **Anatomia do envelhecimento**. In: PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 35-42.
102. SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. **Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano**. *Rev Esc Enferm USP*, 2012; 46(3):612-7. São Paulo, 2012. Disponível em:><http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/38440/S0080-62342012000300012.pdf?sequence=1><. Acesso em 14 de nov. 2014, as 22h34min.
103. STELLA, F., et al. **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física**. Universidade Estadual Paulista – UNESP, Rio Claro, São Paulo. Ago/Dez, 2002, vol. 8. Disponível em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/pdf12.pdf>. Acesso em 10 jun. 2012, as 15h55min.
104. TERRA, N. L. (Org.). **Entendendo as queixas do idoso**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, p. 29-70.
105. TERRA, N. L.; DORNELLES, B. **Envelhecimento Bem-Sucedido**. Programa Geron, PUCRS. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. Disponível em [http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=uwwOfeDxv9UC&oi=fnd&pg=PA131&dq=livro:+Envelhecimento+bem-sucedido+\(terra+e+dornelles\)&ots=Z8gZ8edyxd&sig=o98hvUDDoTZiDDdioHkbUVj2T7c#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=uwwOfeDxv9UC&oi=fnd&pg=PA131&dq=livro:+Envelhecimento+bem-sucedido+(terra+e+dornelles)&ots=Z8gZ8edyxd&sig=o98hvUDDoTZiDDdioHkbUVj2T7c#v=onepage&q&f=false). Acesso em 12 jul. 2012, as 23h49min.
106. VARGAS, H. S. **Aspectos psicológicos e psicopatológicos do envelhecimento**. *Semina*, 8(12): 203-207, 1981. Disponível em:><http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/semexatas/article/viewFile/5913/5373><. Acesso em 20 de out. 2014, as 20h45min.
107. VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. **Representações sociais do envelhecimento**. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 12, n. 2, 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Jun. 2012, as 14h54min.
108. VERAS, R. P. **Pais jovens com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus; 1994.
109. VIEIRA, E.B. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e família**. 2 ed., Rio de Janeiro, 2004.

110. VITORELI, E.; PESSINI, S.; SILVA, M. J. P. **A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas.** Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 102 – 114 – jan./jun. 2005. Disponível em: [HTTP://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/20](http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/20). Acesso em 05 jun 2011, as 23h16min.
111. WEINBERG, R.S.; GOULD, D. **Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico.** Barcelona: Ariel, 1996.
112. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** Active ageing: a policy framework. Ageing and life course. Geneva, 2002, p.5-58.
113. YAMAMOTO, C. M. K. **Promoção da saúde do idoso: revisão de literatura brasileira.** Dissertação (Mestrado) – USP Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2010. Disponível em: > file:///C:/Users/Cliente/Downloads/CintiaYamamoto.pdf<. Acesso em 28 set. 2014, as 18h00min.
114. YUASO, D. R.; SGUIZZATTO, G. T. Fisioterapia em Pacientes Idosos. In: PAPANÉO NETTO, M. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada.** São Paulo: Atheneu, 1996.
115. ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artmed, 2007.
116. 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. Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003.
117. BENEDETTI, T.B.; PETROSKI, E.L.; GONÇALVES, L.T. Exercícios físicos, autoimagem e autoestima em idosos asilados. Rev. Bras. de Cineantropometria & Desempenho Humano, v.5, n. 2, p.69-74, 2003.
118. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1999.
119. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco: caderno de atenção básica nº 32. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.
120. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do modelo assistencial. Brasília: Secretaria de assistência á saúde; 1997.
121. BRASIL. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as

- Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399_20060222.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2015.
122. BRASIL. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.
123. CAMARANO, A. A. O idosos brasileiro no mercado de trabalho. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, ISSN 1415-4765. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: > http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2068/1/TD_830.pdf<. Acesso em 11 maio 2015, as 18h34min.
124. CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: de s centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986, 2005.
125. CHAIM J; IZZO H; SERA CTN. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idososO Mundo da Saúde São Paulo: 2009;33(2):175-181.
126. COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010. Disponível em: ><http://www.scielo.org/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf><. Acesso em 11 maio 2015, as 16h43min.
127. DAVIS, C. Body Image, Exercise, and Eating Behaviors. In Kenneth R. Fox (Editor). *The Physical Self - From Motivation to Well-Being*. (pp. 143-174) E.U.A.: Human Kinetics. Cap 06, 1997.
128. DOMINGUES, P. C.; NERI, A. L. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, volume 14, número 3, 2009. Disponível em: ><http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/770/779><. Acesso em 18 maio 2015, as 18h20min.
129. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. Diretrizes para Organização da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo. Vitória: SESA; 2008.
- ¹³⁰. FANHANI, Hellen Regina et al. Consumo de medicamentos por idosos atendidos em um centro de convivência no noroeste do Paraná, BrasilConsumo de medicamento por idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007.
131. FOX, K. R. The Physical Self and Processes in Self-Esteem Development. In Kenneth R. Fox (Editor). *The Physical Self - From Motivation to WellBeing*. (pp. 111 - 139) E.U.A.: Human Kinetics. Cap 11, 1997.

132. FREEMAN R. Social exclusion, barriers and accessing dental care: thoughts on planning responsive dental services. *Braz J Oral Sci* 2002;1:34-9.
133. FUKUKAWA Y., NAKASHIMA C., TSUBOI S., et al. Age differences in the effect of physical activity on depressive symptoms. *Psychology and Aging* 2004;19(2):346-51. Disponível em: > <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15222828><. Acesso em 18 maio 2015, as 22h40min.
134. GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad. Saude Publica*, v.22, n.5, p.901-11, 2006.
135. HASSE, M. O corpo e o envelhecimento: imagens, conceitos e representações. In: Faculdade de Motricidade Humana. *Envelhecer Melhor com a Actividade Física*. (pp. 161 – 174). FMH. Lisboa, 2000.
136. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
137. JARDIM, VCFS; MEDEIROS, BF; BRITO, AM. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, v. 9, n. 2, p. 25-34, 2006.
138. JOIA, L. C; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(1): 131-8.
139. KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. *Psicol. Estud.*, v.6, n.1, p.17-25, 2001.
140. LIMA-COSTA MF, BARRETO SM, GIATTI L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:735-43.
141. LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendência em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência e Saúde Coletiva*, Belo Horizonte, 16(9):3689-3696, 2011. Disponível em: ><http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a06v16n9.pdf><. Acesso em 18 maio 2015, as 16h30min.
142. LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2008;42(4):733-40.
143. LOYOLA FILHO, A. I. et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):545-553, mar-abr, 2005.

144. MAGALHÃES CHT, PEREIRA MD, MANSO PG, VEIGA DF, NOVO NF, FERREIRA LM. Auto-estima na forma inativa da oftalmopatia de Graves. *Arq Bras Oftalmol.* 2008;71(2):215-20.
145. MAGGI B.; TERSAC. G. O trabalho e a abordagem ergonômica. In: DANIELLOU, F. et al. (Orgs.). **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos.** São Paulo: Edgard Blucher, 2004. p. 97-119.
146. MARQUES, Solange Vianna Dall'Orto; MARTINS, Gabriela de Brito; SOBRINHO, Oswaldo Cruz. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro , v. 9, n. spe1, p. 668-680, July 2011 .
147. MATOS, N. M. O significado do lúdico para os idosos. 2006. 169 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2006.
148. MAZO, G. Z.; CARDOSO, F. L.; AGUIAR, D. L. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, Santa Catarina, v. 8, n. 2, p. 67-72, 2006.
149. MAZO, G. Z. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. Faculdade de Ciências de Desportos e de Educação Física da Universidade do Porto. (Tese de doutorado) Porto - Portugal, 2003. 203 p.
150. MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. *Motriz, Rev. Educ. Fís. (Impr.)*; 15(4):788-796, out.-dez., 2009.
151. MONKEN M.; BARCELLOS C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA AF, CORBO AMD. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
152. NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). *E por falar em boa velhice.* Campinas: Papirus, 2000.
153. NORONHA KV, ANDRADE MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Public* 2005;17:410-18.
154. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.
155. PAVARINI S. C. I.; Luchesi B. M.; Fernandes H. C. L Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Barham EJ, et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2008;10(1):39-50. Disponível em: ><http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a04.htm><. Acesso em 13 maio 2015, as 16h15min.

156. PEARSON, J. L.; BROWN, G.K. Suicide prevention in late life: directions of suicide for science and practice. *Clinical and Psychological Review*, v. 20 (6), p. 685-705, 2000.
157. PEDRAZZI, E.C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010; 18(1):(08 telas). Disponível em: >http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_04.pdf<. Acesso em 13 maio 2015, as 16h57min.
158. PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc. Saude Colet.*, v.7, n.4, p.687-707, 2002.
159. PRIETSH, S.O.M. et al. Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v.13, n. 5, p.303-310, 2003.
160. ROMERO D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):777-94.
161. SALGADO, C. D. S. Mulher Idosa: a feminilização da velhice. *Estud. Interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002. Disponível em: ><http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642><. Acesso em 11 maio 2015, as 17h52min.
162. SANTOS, S. A. L.; TAVARES, D. M. S.; BARBOSA, M. H. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.12, n.4 (2010). Disponível em: ><http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7628/8491><. Acesso em 09 maio 2015, as 17h52min.
163. SILVERSTONE, P. H.; SALSALI, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part II – The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 3.
164. STEGLICH, L. A. Terceira Idade, Aposentadoria, Auto-Imagem e Auto- Estima. Dissertação de Mestrado. UFRGS - Porto Alegre – RS, 1978.
165. STELLA, F.; et al. Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, Rio Claro, vol.8, n.3, PP. 91-98, 2002. Disponível em: >http://saudeemovimento.net.br/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/96_2014-07-06.PDF<. Acesso em 29 mai 2015, as 17h45min.
166. WILKINSON, R. G. Oral health, health and health-related quality of life. **Medical Care**, v.33, n.11, p.57-77, 1999.

167. WILSON PM; RODGERS WM. The relationships between exercise motives and physical self-esteem in female exercise participants: an application of selfdetermination theory. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, v.7, n.1, p. 30- 43, 2002.
168. XAVIER FM, FERRAZ MPT, MARC N, ESCOSTEGUY NU, MORIGUCHI EH. A definição dos idosos de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2003; 25(1): 31- 39

8. ANEXOS

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOESTIMA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE FISIOTERAPIA EM DIFERENTES TERRITÓRIOS

Pesquisador: Fernanda Partelli Giacomini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31594314.0.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 752.937

Data da Relatoria: 15/08/2014

Apresentação do Projeto:

Parecer satisfatório.

Objetivo da Pesquisa:

Parecer satisfatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Parecer satisfatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é significativa e justificável. O pesquisador apresentou, de forma clara, a metodologia que será desenvolvida tomando o devido cuidado na abordagem com o sujeito da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios no projeto de pesquisa foram inseridos corretamente.

Recomendações:

Mencionar no TCLE que a pesquisa se trata de uma dissertação de mestrado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou lista de inadequações.

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - Bl F1 - Sala 02
Bairro: Universitário CEP: 35.020-220
UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (11)1111-1111 Fax: (33)3270-5543 E-mail: cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 752.937

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator e decidiu que o parecer do projeto avaliado é aprovado.

GOVERNADOR VALADARES, 15 de Agosto de 2014

Assinado por:
Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - Bl F1 - Sala 02
Bairro: Universitário CEP: 35.020-220
UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (11)1111-1111 Fax: (33)3279-5543 E-mail: cep@univale.br

Página 02 de 02

ANEXO B – Termo de Solicitação de Autorização - Nanuque /MG

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE NANUQUE/MG PARA ACESSO E USO DE DADOS DOCUMENTAIS.

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Reconhecida pelo Parecer nº 16/92 CFE Portaria 1037/92 MEC
Mantenedora: FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR

Assunto: Solicitação de Autorização para acesso e uso de dados documentais.

Prezada Sra. Maria Alba de Oliveira Lima

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa na área de Saúde Coletiva titulado: “Autoestima em Idosos participantes de Grupos de Fisioterapia em diferentes Territórios”. Este trabalho tem como objetivo conhecer a autoestima de idosos participantes de grupos de fisioterapia nos diferentes territórios, município de Pinheiros (ES) e Nanuque (MG).

No presente estudo serão considerados:

- Idosos participantes de um Projeto denominado “Grupo de Convivência da Terceira Idade”, que praticam a fisioterapia coletiva, na cidade de Nanuque/MG, este mantido pela Prefeitura local.

A coleta de dados se fará da seguinte forma:

- Para a coleta dos dados a pesquisadora inicialmente se reunirá com os responsáveis dos dois locais onde os dois grupos de fisioterapia coletiva se reúnem, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo.
- Após autorização, agendará dia e horário adequados para realização da coleta, levando em consideração que a pesquisa não deverá interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde.
- Na data estabelecida, a pesquisadora se reunirá com os idosos presentes para o atendimento, explicando os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais serão submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não-identificação. Reforçará que a pesquisa possui caráter voluntário e que os todos participantes, se aceitarem a participar deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esclarecerá ainda sobre o direito de não aceitar, sem prejuízo para seu atendimento.

Maria Alba De Oliveira Lima
Secretária Municipal de
Assistência social
Nanuque - MG
Port. Nº 0021/2013

M. Oliveira Lima

Maria Alba de Oliveira Lima
Secretária Municipal de
Assistência Social
Port. Nº 0021/2013

- A coleta de dados será realizada pela pesquisadora principal, em uma sala da Unidade. Cada indivíduo participante da pesquisa será encaminhado para o local da coleta de dados com o auxílio de um membro da equipe de saúde. Proporcionar-se-á, assim, um ambiente com privacidade e tranquilidade evitando causar qualquer constrangimento, medo ou estresse ao participante.

A referida pesquisa esta ligada ao Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce e os dados nela coletados serão utilizados para elaboração de artigos científicos e preparação de Dissertação de Mestrado. Comprometemo-nos a realizá-la de acordo com os princípios éticos da pesquisa, sendo que sua execução ocorrerá do período de Agosto de 2014.

Conforme normas de pesquisa com seres humanos, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Informamos ainda, que será garantida a não identificação dos sujeitos da pesquisa, utilizando um sistema de codificação dos dados coletados.

Não existem riscos diretos quanto à saúde dos participantes, embora os mesmos possam apresentar insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

Acreditamos que conhecer como as concepções de território no processo de planejamento das ações assistenciais e gerenciais da saúde da família, norteiam aspectos importantes para a estruturação do trabalho qualificado dentro da Atenção Primária à Saúde, gerando um processo organizacional laboral que reflete para melhoria das políticas públicas de saúde.

Ao final da pesquisa será entregue a esta Secretaria um relatório apresentando os resultados desta pesquisa.

Neste sentido, solicitamos autorização para aplicação dos questionários, aqui denominados instrumentos, para os Idosos que fazem parte do Grupo de Fisioterapia “Grupo de Convivência da Terceira Idade”. Lembramos que os dados obtidos com o acesso aos documentos serão utilizados exclusivamente para a presente pesquisa.

Maria Alba De Oliveira Lima
Secretária Municipal de
Assistência social
Nanuque - MG
Port. Nº 0021/2013

M. Oliveira

Na certeza de poder contar com vossa colaboração, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessário.

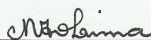
No aguardo de definições da V.S^a., nos despedimos.

Atenciosamente,

Nanuque – MG, 19 de Agosto de 2014.

Fernanda Partelli Giacomini
Pesquisadora

Ciente das informações apresentadas acima, autorizo a realização da pesquisa mencionada na instituição na qual sou responsável.



Maria Alba de Oliveira Lima
Secretária Municipal de Assistência Social
Nanuque/MG

Maria Alba de Oliveira Lima
Secretária Municipal de
Assistência Social
Port. Nº 0021/2013

Maria Alba De Oliveira Lima
Secretária Municipal de
Assistência social
Nanuque - MG
Port. Nº 0021/2013

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: AUTOESTIMA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE FISIOTERAPIA EM DIFERENTES TERRITÓRIOS
Natureza do Projeto: Pesquisa Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde (MGIT) Prevenção, promoção e acesso aos serviços de saúde (SAIS)
Pesquisador Responsável: Suely Maria Rodrigues
Nome da Mestranda Participante: Fernanda Partelli Giacomini
Contato com pesquisador responsável: Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917 / (33)8805-1996
Comitê de Ética em Pesquisa Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Autoestima em idosos participantes de grupos de Fisioterapia em diferentes territórios.
- 2) A pesquisa terá como objetivo conhecer a autoestima dos idosos que praticam a Fisioterapia em Grupo.
- 3) Você irá responder, primeiramente, um Inventário Sócio-Demográfico e em seguida a um questionário contendo 10 (dez) perguntas sobre sua autoestima.
- 4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento:
4.1) O entrevistador lhe entregará dois questionários para serem respondidos. Ao respondê-los, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Passe para a próxima pergunta. As respostas serão registradas no próprio questionário. Ao final, você verificará se as respostas estão de acordo com o que você disse, bem como se foi feito qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja apagado o registro feito até o momento.
4.2) Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para responder aos questionários é de quinze minutos.
- 5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos

os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento.

8) Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa: verificar a influência das atividades desenvolvidas nos Grupos de Fisioterapia para a autoestima de idosos.

9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Cidade: _____ UF.: _____

Data: _____ de _____ de 2014.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

ANEXO E – Inventário Sócio-Demográfico

I. Identificação

1. **Registro:** _____

II. Perfil sociodemográfico

2. **Data de Nascimento:** ____/____/____

3. **Idade:** _____

4. **Sexo:** 1 Masculino 2 Feminino

5. **Estado Civil:** 1 Casado(a) 2 Solteiro(a) 3 Viúvo(a)
4 em união consensual 5 separado(a)

6. **Escolaridade:** _____ anos

7. Situação de trabalho:

1 Empregado 2 Desempregado 3 Auxílio-doença
4 Aposentado 5 Aposentado e trabalha 6 Do lar
7 Pensionista 8 Outro auxílio _____

8. Com quem mora:

1 esposa(o) 2 filhos 3 netos 4 bisnetos
5 irmão 6 amigos 7 sozinho 9 esposa+filhos

9. **Renda familiar (mensal):** R\$_____ Conversão para sal.mín. _____

10. **Procedência:** UBS _____

III - Indicadores de saúde e utilização de serviços por idosos

11. N° de consultas médicas no SUS local nos últimos 06 meses:

1 Nenhuma 2 1 – 3 3 4 ou mais

12. N° de medicamentos usados habitualmente nos últimos 06 meses:

1 Nenhum 2 1 – 3 3 4 ou mais

13. N° de doenças diagnosticadas pelo médico do SUS:

1 Nenhuma 2 1 3 2 3 3 4 4 ou mais

ANEXO F – Escala de Auto-Estima de Rosenberg (1965)

Rosenberg Self-Esteem Scale (1965)

Questão	Resposta	Pontos ¹
Como você avalia estas questões:		
a) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente		
b) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente		
c) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades. 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente		
d) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente		
e) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar. 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente		
f) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente		
g) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas. 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo		

4- discordo plenamente		
h) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente		
i) Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente		
j) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente		
Comentários		

¹ Trata-se de uma escala de 4 pontos do tipo Likert (1=concordo plenamente, 2=concordo, 3=discordo, 4=discordo plenamente), contendo 10 itens. Desse total de itens, 5 avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo. Para a pontuação das respostas, os 5 itens que expressam sentimentos positivos têm valores invertidos e, então, soma-se esses valores aos dos outros 5 itens, totalizando um valor único para a escala, correspondente às respostas dos 10 itens. O intervalo possível dessa escala é de 10 (10 itens multiplicados por valor 1) a 40 (10 itens multiplicados por valor 4).

Pontuações são calculadas como segue:

<i>Para os itens a, c, d, g, j:</i>	<i>Para os itens b, e, f, h, i (são revertidos em valência):</i>
Concordo Plenamente = 3	Discordo Plenamente = 3
Concordo = 2	Discordo = 2
Discordo = 1	Concordo = 1
Discordo Plenamente = 0	Concordo Plenamente = 0
A escala varia de 0-30. Pontuações entre 15 e 25 estão dentro da faixa normal; pontuações abaixo de 15 sugerem baixa auto-estima.	