

THAÍS BUENO MACHADO DE OLIVEIRA

SIGNIFICADOS DO PROJETO “VIDA PLENA” PARA IDOSOS

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de mestre em Ciências

**São Paulo
2009**

THAÍS BUENO MACHADO DE OLIVEIRA

SIGNIFICADOS DO PROJETO “VIDA PLENA” PARA IDOSOS

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do grau de Mestre em Ciências no programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/Escola Paulista de Medicina – EPM.

São Paulo, 10 de dezembro de 2009.

**Prof. Dr. Luis Roberto Ramos
Coordenador do Programa**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Eleonora Menicucci de Oliveira

Profa. Dra Helena Akemi Wada Watanabe

Profa. Dra Nádia Ruiz Dumara Ruiz Silveira

Oliveira, Thaís Bueno Machado de
Significados do Projeto “Vida Plena” para Idosos. /
Thaís Bueno Machado de Oliveira--São Paulo, 2009.
vii, 117f.

Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo.
Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva.

Título em inglês: Meaning of the Project “Vida Plena” for
the Elderly People

1. Envelhecimento. 2. Promoção da Saúde. 3. Grupos. 4.
Velhice. 5. Saúde Coletiva.

Profa. Dra. Ana Cristina Passarella Brêtas

Orientação

Este trabalho está vinculado à linha de pesquisa **Corpo, Saúde e Doença**, na Saúde do Adulto e do Idoso do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

DEDICATÓRIA

Ao Victor, meu filho querido e, Amaral e Sônia meus amados pais.

As pessoas que amamos se tornam especiais, não apenas por sua maneira de ser ou agir, mas sim, pela profundidade com que tocam nossos sentimentos.

AGRADECIMENTOS

Ao Serviço Social do Comércio – SESC pela oportunidade oferecida na elaboração desse estudo.

À pós-graduação em Saúde Coletiva pela oportunidade de aquisição de novos conhecimentos.

Ao meu filho Victor por estar sempre presente, acompanhar meu trajeto e, com muita compreensão entender os momentos de ausência e as ausências de momentos.

Ao meu pai Amaral, exemplo de vida, pelos ensinamentos constantes, me mostrando verdadeiramente o que é possuir uma profissão. Em especial pelo cuidado e atenção com esta pesquisa e, também pelo exaustivo esforço nas correções.

À minha mãe Sônia, pela luta constante para que eu me tornasse uma profissional independente e, por ter me incentivado em todos os momentos de minha existência.

Aos meus irmãos Ludimila e Euclides Neto e meu cunhado Fabrício por acompanharem meu trajeto profissional e tornarem minha vida mais leve e repleta de bons momentos.

À Cleusa por me acompanhar nesse percurso, pela compreensão nos momentos difíceis, por tudo e sempre.

À amiga Simone pelo carinho e pelas palavras de incentivo e por estar sempre presente.

À amiga Rosemary pelos momentos divididos, pelas angústias compartilhadas, pelos risos, por me tirar a falta de capacidade de alguns instantes e principalmente por me mostrar que vale a pena.

À amiga Francine pelo apoio e acolhida em São Paulo.

À Sandra e Malina, secretárias da Pós-graduação, pela atenção e diversos serviços prestados; sempre acompanhados de um sorriso no rosto.

À Andrea da biblioteca central da UNIFESP (BIREME) pela presteza e auxílio na formatação desse estudo.

Aos membros da banca Profa. Dra. Eleonora Menicucci de Oliveira, Profa. Dra. Helena Akemi Wada Watanabe e Profa. Dra. Nádya Dumara Ruiz Silveira por terem aceitado participar da avaliação deste trabalho.

Aos idosos que se deixaram entrevistar, me confiando parte de suas memórias e que agora fazem parte de minha história.

A todos que colaboraram de forma direta ou indireta na execução desse estudo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos idosos envolvidos neste estudo e que ao longo desse período de convivência, permitiram que eu participasse de suas vidas me ensinando o seu verdadeiro significado.

À profa. Dra. Ana Cristina Passarella Brêtas, por pegar em minha mão e me acompanhar neste percurso, mostrando-me toda sua generosidade e doçura, ensinando-me o verdadeiro sentido da palavra mestre, obrigada sempre.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIACÕES.....	xii
RESUMO.....	xiii
ABSTRACT	xiv
EPÍGRAFE.....	xv
1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1. Justificativa	18
1.2. Organização da dissertação	22
2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	24
2.1. Envelhecimento, longevidade e qualidade de vida	24
2.2. Políticas públicas e sociais direcionadas ao segmento idoso.....	42
2.3. Promoção da saúde e a construção de programas para idosos ...	51
3. ENVELHECIMENTO EM ANÁPOLIS E O GRUPO DE IDOSOS "VIDA PLENA"	57
3.1. O envelhecimento em Anápolis-GO.....	57
3.2. O grupo de idosos "Vida Plena"	60
4. PERCURSO METODOLÓGICO	66
4.1. Tipo de estudo	66
4.2. Local de estudo.....	68
4.3. Sujeitos do estudo	69
4.4. Coleta de dados.....	70
4.5. Análise dos dados.....	72
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	75
5.1. Apresentação das narradoras.....	76
5.2. Apresentação e discussão das narrativas	78
5.2.1. VELHICE E ENVELHECIMENTO	78

5.2.1.1. Trajetória de vida, saúde, doença e envelhecimento	78
5.2.1.2. Auto-imagem do envelhecimento.....	83
5.2.1.3. Cidadania, direitos sociais e aposentadoria.....	88
5.2.2. "VIDA PLENA" E O ENVELHECIMENTO	89
5.2.2.1. Motivação para ingresso, permanência e participação no VP	89
5.2.2.2. Mudanças observadas	95
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
ANEXOS	104
Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM.....	104
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	105
Anexo 3. Roteiro de entrevista.....	107
REFERÊNCIAS	108
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	114

LISTA DE ABREVIACOES

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SESC	Serviço Social do Comércio
VP	Vida Plena
OMS	Organização Mundial de Saúde
AME	Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento
ONU	Organização das Nações Unidas
PAME	Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento
PNI	Política Nacional do Idoso
ONG	Organização Não Governamental
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
URSS	União da República Socialista Soviética
DAIA	Distrito Agroindustrial de Axiinópolis

RESUMO

Este estudo, uma pesquisa qualitativa, objetiva compreender os significados (atitudes, valores e crenças) que idosos atribuem ao Projeto “Vida Plena”, desenvolvido na cidade de Anápolis-GO e apreender as repercussões/influências em sua vida cotidiana. O método utilizado foi a história oral, sendo os dados coletados por meio da técnica da entrevista, com a utilização de um roteiro com questões semi-estruturadas. No processo de análise emergiram duas grandes categorias de análise: Velhice e Envelhecimento, “Vida Plena” e Envelhecimento. Na categoria Velhice e Envelhecimento trabalhamos com as sub-categorias: trajetória de vida, saúde, doença, envelhecimento; auto-imagem do envelhecimento; cidadania, direitos sociais e aposentadoria. Na categoria “Vida Plena” e Envelhecimento abordamos as sub-categorias: motivação para ingresso, permanência e participação no VP; mudanças observadas. Os principais resultados mostram que na categoria Velhice e Envelhecimento prevaleceram questões acerca das dificuldades do percurso de vida das idosas, inscrevendo a história por meio da contemplação da auto-imagem e da observação do envelhecimento, emergindo também, questões sobre aposentadoria, direitos sociais, saúde e doença. Na categoria “Vida Plena” e Envelhecimento prevaleceram os discursos acerca da motivação para o ingresso e a permanência no VP com a observação dos fatores emocionais/psicológicos e do bem-estar advindo da participação, trazendo a descoberta de novas possibilidades e as mudanças sentidas pelas idosas advindas dessa participação. Nas considerações finais destaca-se que o projeto se apresentou como um modelo de grupo levando os participantes a redescobrirem um sentido novo para a vida e para seu processo de envelhecimento, recuperando o hábito de reflexão e do aprendizado constante e com ele a auto-estima, a capacidade de se relacionar e a motivação para valorizar a própria vida por meio da participação no mundo social.

Palavras – chaves: 1. Envelhecimento. 2. Promoção da Saúde. 3. Grupos. 4. Velhice. 5. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This study, a qualitative research aimed to understand the meanings (attitudes, values and beliefs) that older people attach to the project “Vida Plena”, developed in the Anápolis-GO city and seize the effects/influences in your life. The method used was oral history, and the data collected through the interview technique, using a script with semi-structured issues. During the review process came up two large categories of analysis: Old Age and Aging, “Vida Plena” and Aging. In the category Old Age and Aging work with the sub-categories: life course, health, disease, aging; self-image of aging, citizenship, social rights and retirement. In category “Vida Plena” and Aging approached the sub-categories: motivation to enter, remain, feeling in VP, the observed changes. The main results show that in old age category and aging issues prevailed about the difficulties of the journey of life of older people by putting the story through the contemplation of self-image and the observation of aging, emerging also questions about retirement, social rights, health and disease. The category “Vida Plena” and Aging prevalent discourse about the motivation for entering and remaining in the VP and the observation of emotional factors/psychological and welfare situation due to the participation, bringing the discovery of new possibilities and changes experienced by elderly ensuing participation. The conclusion shows that the project is presented as a group model that takes participants to rediscover a new direction for life and for their own aging process, recovering the habit of reflection and learning constant and with it the self-esteem, the ability to relate and motivation to enhance their lives through participation in the social world.

Key-words: 1. Aging. 2. Health Promotion. 3. Groups. 4. Age. 5. Public Health.

Epígrafe

Lembranças de Aninha (colhe dos velhos plantadores...)

Colhe dos velhos plantadores que sabem com jeito e experiência debulhar as espigas do passado e dar a vida aos cereais da vivência.

Quanta informação antiga, quanta sabedoria inaproveitada...

O passado não volta, nem os mortos deixam suas covas para contar estórias aos vivos.

Ninguém me alertou o entendimento. Meu avô, tia Nhorita, tia Nhá-bá, Tio Jacinto, Dindinha, a grande mágica Dindinha.

Passei pelas minas e não soube minerar, daí a cascalheira das minhas frustrações.

(Cora Coralina)

1. INTRODUÇÃO

O que importa na vida não é o ponto de partida, mas a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.

Cora Coralina

1.1. Justificativa

A estruturação social hodierna vem propiciando a valorização das pessoas no seu período de maior produtividade, a juventude, causando uma problemática social e, muitas vezes, se projetando na ideologia das pessoas, a partir de determinada idade, uma idéia de que são incapazes de produzir bens socialmente valorizáveis.

Na atual cultura, freqüentemente calcada no imperativo do “novo” em todos os níveis – vivendo-o sob diferentes formas –, a velhice pode surgir de maneira antagônica ao ideal de perfeição trazido pela juventude. Nessa direção, torna-se uma das faces do mal-estar social, propiciando, muitas vezes, à exclusão dos que envelhecem.

Para Queiroz (1999), a exclusão social se dá nas dimensões econômica (perda do poder aquisitivo com baixas aposentadorias e pensões), política (pois não têm respeitados seus direitos de cidadãos), social (quando ocorre o isolamento social, na medida em que as estruturas de sociabilidade que desenvolvemos estão centradas no

trabalho e na família e secundariamente, nas relações de vizinhança, por exemplo) e cultural (pela desvalorização da memória e da lembrança).

Possivelmente, o receio da exclusão tem provocado a recusa de um quantitativo significativo de pessoas em assumir o envelhecimento e impelido a sociedade ao fenômeno das constantes pesquisas pela fonte da juventude, poções milagrosas para retardar os processos de envelhecimento e à crescente busca por novas formas de negá-la ou postergá-la.

Diante desta angústia, deparamo-nos com uma questão cujo cerne vem sendo objetivo constante de estudos em todo mundo: o envelhecimento e suas conseqüências à sociedade moderna, pois, não é mais possível olvidar-se isso, diante dos números apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000, cujo contingente populacional de idosos brasileiros era de aproximadamente 14,5 milhões de pessoas em um país que sempre se pensou jovem e não dava conta de que envelhecia; fato, que durante a minha trajetória profissional passou a incomodar-me e, com o intuito de situar o leitor, considero importante apresentar neste momento, brevemente, meu percurso profissional.

Durante meus primeiros quatro anos de formada, atuei como cirurgiã-dentista em consultório particular me dedicando à Implantodontia Oral. Nessa ocasião iniciei meu processo de busca por um fator motivador maior, no caso, a Saúde Coletiva e seus pilares; optando por cursar pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública, pois que, além de aprimorar as possibilidades de assistência à população, tive contato com diversas análises epistemológicas de teorias usualmente discutidas pelos sanitaristas e/ou educadores em saúde, o que incentivou-me a desenvolver minha monografia abordando o tema promoção da saúde.

Nesse período, tive a oportunidade de participar de disciplinas que me foram significativas, em especial, metodologia da pesquisa qualitativa e programas de saúde. Em ambas, estudei textos que representam marcos importantes nesse campo e, a partir de então, passei a me interessar cada vez mais pela seguinte discussão: como promover saúde.

Ainda no cursar da pós-graduação, fui convidada a trabalhar no Hospital Dia do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis – GO, onde obtive meu primeiro contato profissional com pessoas idosas.

Nesse ínterim, iniciei meu trabalho como cirurgiã-dentista no Serviço Social do Comércio – SESC, onde permaneci até junho de 2009, tendo a oportunidade de me aproximar de programas e projetos voltados ao social.

Logo após a conclusão da pós-graduação, fui convidada a dar aula no curso de pós-graduação em Gerontologia Social, onde passei a observar a população idosa, bem como seus conflitos e mitos com olhos de pesquisadora, o que aguçou minha avidez por novos conhecimentos.

Esse percurso foi decisivo para que eu me candidatasse à pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva, trabalhando com o tema idoso.

Um fato mais recente contribuiu decididamente para a definição do tema dessa dissertação: a observação de um programa de promoção de saúde para idosos e a possibilidade de conhecê-lo nos “bastidores”, sendo testemunha das grandes dificuldades encontradas ao lidar com tal segmento populacional.

Se por um lado essa possibilidade me trouxe alegrias, de outro lado fez eclodir em nosso íntimo uma preocupação, qual seja a de lutar e perseverar na procura de subsídios práticos no sentido de poder colaborar para a minimização das dificuldades.

Da contemplação da prática, partimos em busca do referencial teórico, onde, observamos que ainda hoje com a atual população longeva, a Previdência Social não consegue ser suficientemente ágil para administrar os fundos para a manutenção da qualidade de vida dos que se aposentam, causando um empobrecimento sistemático da população que envelhece. Juntamente a este, depara-nos, com uma parcela significativa de idosos na sociedade inativa fisicamente, absorvida pela solidão e auto-estima negativa, pobre em convívio social e familiar, gerando assim, idosos depressivos, trazendo como consequência reflexos biológicos.

Tendo em vista essa problemática, observamos que a prática do isolamento social de idosos tem se mostrado um fator que vai além da saúde no paradigma

biomédico dominante, levando-os, muitas vezes, ao enfrentamento deste por meio da busca por maior integração idoso-sociedade através de participações de grupos e/ou programas de convivência voltados para este segmento populacional, considerando-os propícios ao exercício de redescoberta de potencialidades adormecidas ou promotores de novas possibilidades.

Os grupos de promoção da saúde voltados para idosos têm como escopo auxiliá-los a optarem por escolhas saudáveis, visando à construção de hábitos salutar, estilos de vida sadios e adoção de práticas promotoras de saúde, por meio de atividades de educação em saúde, revelando uma tendência positiva e afirmativa no modo de lidar com a saúde e com a vida, tornando-os capazes de identificar problemas e formular soluções, modificando sua realidade social, passando a ser sujeitos de seu próprio aprendizado, com repercussão no meio familiar e na comunidade onde vivem.

Autores como Nunes e Peixoto (1994) e Frutuoso (1996), têm afirmado serem estes operadores de mudanças em seus participantes quanto ao resgate da auto-estima, superação de doenças, recuperação da memória, propiciando novos conhecimentos e desenvolvendo habilidades, bem como favorecem o desenvolvimento da sociabilidade, constituindo uma temática recente.

Todavia, ao longo das últimas décadas têm crescido significativamente as pesquisas acerca dos grupos voltados para idosos, demonstrando a importância da compreensão deste objeto de estudo a partir da ótica biopsicossocial. Este último aspecto mostra-se importante para a nossa pesquisa, cujo interesse central é compreender os significados de um programa para idosos para seus participantes e os reflexos desta participação no cotidiano desses.

O tema mostra-se de grande complexidade tornando-se necessário o desenvolvimento de mais estudos sobre a temática e atualização constante dos diferentes profissionais que atuam com pessoas idosas, sendo agentes modificadores desse processo, justificando-se assim, a relevância deste estudo para o aprimoramento do programa para idosos em questão, bem como, a possibilidade de melhor aproveitamento do mesmo com o objetivo de viver plenamente.

1.2. Organização da dissertação

Diferentes sanitaristas e/ou educadores em saúde buscam maneiras diversas de realizar suas pesquisas. Nessa medida, não há como negar que os métodos qualitativos são necessários para abordar a subjetividade, as relações interpessoais, as atribuições de significado, pois visam assimilar os detalhes, as nuances, inclusive aquilo que foi excluído da consciência, aquilo que a pessoa não sabe sobre si mesma, podendo ser útil num contexto semelhante, mas que não visa à generalização. Os métodos quantitativos, ao contrário, buscam as semelhanças, as regularidades que existem numa amostra significativa de uma dada população, visando justamente às generalizações.

Cabe ressaltar, portanto, a complementaridade dessas duas formas de fazer ciência, pois, o resultado de ambas é essencial para a produção do conhecimento científico.

No caso desse trabalho, o que está em foco é a aprendizagem quanto aos significados atribuídos por idosos participantes do programa de promoção de saúde intitulado Vida Plena, do SESC em Anápolis-GO, utilizando para tal, de uma pesquisa qualitativa em saúde.

Assim, esta pesquisa tem como **OBJETIVO** compreender os significados (atitudes, valores e crenças) que os idosos atribuem ao Projeto “Vida Plena” e apreender as repercussões/influências em sua vida cotidiana.

Trazendo em seu bojo de ações o desafio do aprofundamento na temática e de contribuir para com a equipe multiprofissional que atua com pessoas idosas e com o Projeto Vida Plena - VP do SESC de Anápolis

Este estudo está estruturado em seis capítulos. No primeiro foram abordados a justificativa e a forma de organização da dissertação. O segundo capítulo compreende o referencial teórico-conceitual acerca do *envelhecimento, longevidade e qualidade de vida; políticas públicas e sociais direcionadas ao segmento idoso e, promoção da saúde e a construção de programas para idosos*. No terceiro capítulo foi apresentado o

Envelhecimento em Anápolis e o Grupo de Idosos “Vida Plena”. O quarto compreende o percurso metodológico, no quinto são apresentados os resultados e a discussão acerca do estudo; enquanto, no sexto e último abordamos as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

O tempo não é uma dimensão cronológica medido em dias, meses e anos, mas sim um horizonte de possibilidades do Ser.

Joel Martins

2.1. Envelhecimento, longevidade e qualidade de vida

Diante da perspectiva de estudo acerca do envelhecimento e por se tratar de uma temática relativamente recente frente a tantas outras apresentadas pelo campo da Saúde Coletiva contemporânea, faz-se necessário uma abordagem histórica do desenvolvimento de estudos sobre a senescência, para assim, compreendermos as práxis da atualidade.

Observamos que até o fim do século XV, todas as obras sobre a velhice eram Tratados de Higiene, os quais, só se preocupavam com higiene preventiva. No concernente ao diagnóstico e à terapêutica não se encontravam senão indicações esparsas.

David Pomis, médico veneziano, foi o primeiro que tratou estas questões com ordem e clareza. Algumas de suas descrições senis são muito exatas e avançadas, particularmente sobre a hipertensão arterial (Beauvoir, 1990).

Stahl, no século XVII, inaugurou a teoria conhecida pelo nome de vitalismo, afirmando que existiria no homem um princípio vital, uma entidade, cujo enfraquecimento acarretaria a velhice, e o desaparecimento a morte (Beauvoir, 1990: 27).

Durante o século XVIII não encontramos o registro de trabalhos relevantes associados à velhice.

O período de passagem do século XIX para o século XX é indicado como marcante para que as características da velhice moderna possam ser percebidas. Groisman (1999) com o intuito de construir a história da velhice a partir desse período histórico, fez uso das três "tecnologias de diferenciação": o saber geriátrico/gerontológico, a aposentadoria e os asilos de velhos, assim explicando cada uma delas:

Em relação à primeira tecnologia de diferenciação, as origens da geriatria se confundiriam com as transformações da medicina registradas por Foucault: os séculos XVIII e XIX teriam assistido a substituição da visão da doença ligada às forças cósmicas ou divinas por outra que entende a doença nos tecidos do corpo a partir do exercício da anatomia patológica. No que se refere à geriatria, Bichat, Charcot e Broussais constituiriam as bases formadoras das práticas modernas sobre a velhice: estando a doença nos tecidos e comprometendo em seguida os órgãos e se no envelhecimento há a deterioração dos tecidos, forçoso seria afirmar que o envelhecimento corresponde a um processo de morte. (1999: 51).

Quanto à segunda tecnologia de diferenciação, afirma que o surgimento das aposentadorias vincula-se à necessidade de se dar respostas sociais aos operários que não poderiam garantir sua sobrevivência através do trabalho. A associação estabelecida nas décadas que se seguiram entre velhice e invalidez determinou a idade como critério de afastamento da produção baseada na força física. Assim, mesmo que apto fisicamente, ao alcançar a idade da aposentaria, o trabalhador entra

para o rol dos "inativos". Por outro lado, funda-se o estatuto do direito à aposentadoria, motivo de novos posicionamentos subjetivos até então impensáveis na história da velhice.

A terceira tecnologia de diferenciação refere-se aos asilos de velhos. Peixoto (1998) menciona a definição espacial específica para os velhos separados dos mendigos nas instituições públicas francesas do final do Século XIX. Segundo Groisman (1999), a transformação das *almhouses* em instituições para idosos nos Estados Unidos é citada por diversos autores, destacando também o surgimento da geriatria no interior dessas instituições.

Assim, pela constituição das tecnologias de diferenciação supracitadas, novas imagens são atribuídas à velhice, que no curso da vida contemporânea vão também ganhando contornos inovadores e formando possibilidades futuras e a demanda por novos estudos.

O médico norte-americano Nascher, considerado o pai da geriatria, (nascido em Viena) – na época um centro importante de estudos sobre velhice – dedicou-se ao estudo da senescência, criando um ramo especial da medicina que batizou de Geriatria¹, elencando-a nos domínios científicos da medicina. Em 1909, o referido médico publicou seu primeiro programa; em 1912, fundou a Sociedade de Geriatria de Nova Iorque (Beauvoir, 1990: 30), correspondendo à tentativa de desenvolvimento de uma base clínica que identificasse de forma separada esta etapa do curso da vida.

Por volta de 1930 foi divulgado o trabalho de Carrel, cujas concepções foram amplamente difundidas na França. Em tal trabalho, pugnava pelo retorno da idéia de que a velhice é uma auto-intoxicação devida aos produtos do metabolismo das células (Beauvoir, 1990: 30).

Já Cupertino *et al* (2007) afirmam que no ano de 1922, o psicólogo Stanley Hall defendeu que existiriam diferenças no sentir e pensar dos idosos e que também haveria variações entre os indivíduos da mesma faixa etária.

¹ Se orientava pela tese do envelhecimento como um processo de degeneração celular, sendo, a geriatria a captura da velhice pela medicina, assim como a infância pela pediatria. (PRADO, S.D.; SAYD, J.D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.491-501, 2006)

A partir de então a situação se modificou.

Nos Estados Unidos, o número de pessoas idosas duplicou entre 1900 e 1930; a industrialização da sociedade acarretou a concentração de um grande número de velhos nas cidades e disso resultaram problemas graves: inúmeras pesquisas foram feitas para procurar a solução e com essas veio o desenvolvimento de pesquisas em biologia, em psicologia e em sociologia, as quais evoluíram da mesma maneira em outros países. (Beauvoir, 1990).

Outra importante contribuição foi dada por Charlotte Bühler que em 1935, com os resultados das análises de 300 (trezentas) autobiografias de homens adultos, chegando à conclusão que o desenvolvimento psicológico seria um processo baseado em metas e caracterizado pela extensão, isso nos anos da infância e da adolescência; e a contração nos anos da maturidade e da velhice (Neri, 1997).

Em 1938, realizou-se em Kiev uma conferência nacional sobre a senescência. No mesmo ano, foi publicada na França a obra de síntese de Bastai e Pogliatti, sendo que na Alemanha é lançado o primeiro periódico especializado.

Em 1939, um grupo de sábios ingleses e de professores de medicina decidiu fundar um clube internacional de pesquisas sobre a velhice. Nos Estados Unidos, publicou-se o livro monumental de Cowdry, *Problems of Ageing* (Beauvoir, 1990: 31).

Durante a segunda guerra mundial (1939-1945), tornou-se mais lento o ritmo dos trabalhos, seguindo-se certo vazio de novos acontecimentos nesse campo até aproximadamente a metade do século XX, quando estudos no campo da sociologia e da antropologia passam a divulgar as idéias de idade de ouro da velhice, de associação dos idosos à marginalização e solidão como um todo homogêneo. A partir de então, a produção científica sobre a velhice obteve maior visibilidade no cenário mundial.

Em 1945, uma sociedade de Gerontologia foi criada nos Estados Unidos e em 1946 editou-se o segundo periódico dedicado à velhice.

Na França uma associação internacional de Gerontologia foi criada em 1950. Já em 1954, um índice bibliográfico sobre a Gerontologia levantado nos Estados Unidos indica 19.000 referências publicadas. (Beauvoir, 1990: 31)

A Universidade de Chicago publicou em 1959 e em 1960 três tratados que são verdadeiras súmulas sobre a velhice, de um modo individual e social, na América e na Europa Ocidental. (Beauvoir, 1990: 32)

Nos meados do século XX, fruto do investimento em estudos longitudinais e de coorte seqüencial foi possível examinar no referencial teórico a heterogeneidade no processo do envelhecimento, marcando assim o fim da busca pela normatização e o início da investigação dos determinantes do envelhecimento saudável. Dessa forma, a atual literatura gerontológica discute alguns conceitos, de forma a enfatizar o que seria importante para se obter um envelhecimento saudável².

Ao lado da Geriatria desenvolveu-se recentemente uma ciência que chamamos hoje em dia de Gerontologia³: ela não estuda a patologia da velhice, mas, o próprio processo de envelhecimento. (Beauvoir, 1990: 30)

Sobre a constituição desses dois campos de saber e prática profissional, a Geriatria e a Gerontologia, como visto nos séculos XVIII e XIX, percebe-se que muitos esforços foram efetivados em prol da definição dos fenômenos envolvendo os processos de envelhecimento. Todavia, grande dificuldade se encontrou ao tentar diferenciar jovens de idosos e até mesmo de crianças. A partir de então, conforme afirma Beauvoir (1990), profundas mudanças ocorreram no interior da medicina, com repercussões importantes sobre as concepções de doença e do corpo envelhecido, e um específico discurso sobre a senescência surgiu na França pelas mãos de Bichat,

² Processo multidimensional, o qual envolve aspectos físicos, sociais, cognitivos e emocionais. Destaca-se ainda a correlação entre saúde social e estrutura familiar, expressando que a família representa tanto um suporte social para os idosos quanto uma preocupação de bem-estar dos mesmos, com os membros da família, ou seja, a definição de envelhecimento saudável na possibilidade de vislumbrar um bem-estar amplo dos filhos e parentes, observando aspectos emocionais, físicos e financeiros, sendo este último comprovado pela correlação positiva entre as categorias estrutura familiar e estabilidade financeira. (CUPERTINO, A.P.F.B.; ROSA, F.H.M.; RIBEIRO, P.C.C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.1, p.81- 86, 2007).

³ Em 1903, Elie Metchnikoff foi pioneiro em enfatizou a importância da Gerontologia no campo da saúde, para designar, inicialmente, o estudo do prolongamento da vida por meio dos recursos gerados pela medicina. (PRADO, S.D.; SAYD, J.D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.491-501, 2006)

Charcot e Broussais. Ultrapassadas e derruídas, tornaram-se invectivas as afirmativas de que as forças cósmicas ou divinas eram que comandavam as doenças nos indivíduos. Em seu lugar, uma teoria dos tecidos em que o processo de envelhecimento corresponderia a um processo de morte, iniciando o desenvolvimento da Geriatria e da Gerontologia nos planos biológico, psicológico e social (Beauvoir, 1990: 29).

De seu lado, a Gerontologia em todos esses domínios tem se mostrado fiel a um mesmo posicionamento positivista; não se tratando de explicar por que os fenômenos se produzem, mas de descrever sistematicamente, com a maior exatidão possível, suas manifestações (Beauvoir, 1990: 32).

Entretanto, não há uma teoria unificadora sobre nada na velhice. Há diversos modelos, muita gente falando a mesma coisa com termos diferentes e estes são obstáculos (conceituais) no domínio científico, para a constituição da Gerontologia como um corpo organizado de conhecimento e domínio científico. Em contrapartida, parece corresponder ao caminho de solução para os obstáculos identificados – ou seja, a idéia da Gerontologia como uma ciência em sua "juventude", e que virá a amadurecer, a se desenvolver com o passar do tempo, sendo a idéia dos problemas na formulação e na concepção do novo campo, no entanto superada gradualmente pelo trabalho dos cientistas neste campo de saber.

No século XXI, encontramos no plano internacional, a Gerontologia designada com o que corresponderia ao estudo do envelhecimento: em seu interior estão abrigadas a Geriatria (voltada para a prevenção e o tratamento das doenças na velhice) e a Gerontologia Social (constituída de diversas áreas como Psicologia, Serviço Social, Direito, entre outras). Em que pese alguma coincidência de termos para denominar ao mesmo tempo o todo e a parte, a abrangência maior da Gerontologia fica atestada pelo nome da entidade que a representa mundialmente: Associação Internacional de Gerontologia. (Prado e Sayd, 2006)

Na trajetória trilhada e delineada pelos estudos acerca do envelhecimento, com freqüência, encontramos trabalhos que se iniciam por colocações acerca das dificuldades no estabelecimento de limites para a definição da linha divisória entre vida adulta e velhice. Este tipo de abordagem caracteriza a existência humana como "ciclos

de vidas”: fases sucessivas e universais; a saber: infância, adolescência, maturidade e velhice. As idades são agrupadas e postas em seqüência linear, progressiva. Cada período com suas características próprias, em modelo aplicável a todas as sociedades como grandes conceitos homogeinizadores.

Debert (1994), entretanto, nos alerta para o fato de que se em todas as sociedades há, de algum modo, a presença de agrupamentos etários e que a consideração das idades para o desenvolvimento de estudos antropológicos é fundamental, essas grades de idade não são as mesmas e guardam significados específicos a cada grupo social, devendo ser entendidas em função do contexto histórico em que foram desenvolvidos. Constitui-se, então, uma crítica ao conceito de ciclos da vida que “(...) estaria impregnado de uma visão essencialista, de caráter a-histórico da vida”. Segundo Katz (1996), a construção das classes etárias com base num sistema cronológico de datação está fortemente relacionada com o que ele chama de “curso de vida moderno”.

A noção de “curso de vida” refere-se às maneiras como a sociedade atribui significados sociais e pessoais à passagem do tempo biográfico, permitindo a construção social de personalidades e trajetórias de vida, com base numa seqüência de transições demarcadas socialmente e diferenciadas por idade. (Hagestad, 2002).

Com a necessidade de demarcar períodos para delimitar o curso de vida, no Brasil para fins científicos, segundo convenções sócio-demográficas atuais, considera-se idoso o corte definido pela Organização Mundial de Saúde – OMS, para os países em desenvolvimento, isto é, a partir de 60 anos. Porém, não se pode nem se deve esquecer que a velhice possui diversas faces, sobretudo numa sociedade como a brasileira marcada pela desigualdade social, onde há uma exorbitante concentração de renda e conseqüentemente um alto índice de pobreza.

Beauvoir (1990) em seus estudos acerca do envelhecimento já na década de 70 apresentou o tema como um processo cercado por multifatores e diretamente influenciado pela conjuntura bio-psico-social, descrevendo-o como um fenômeno biológico caracterizado por singularidades:

[...] como todas as situações humanas, ela tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem não vive nunca num estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence. O que torna a questão complexa é a estreita interdependência desses diferentes pontos de vista. Sabe-se hoje que é abstrato considerar em separado os dados fisiológicos e os fatos psicológicos: eles se impõem mutuamente. Veremos que, na velhice, essa relação é particularmente evidente: ela é, por excelência, o domínio psicossomático. Entretanto, o que chamamos a vida psíquica de um indivíduo só se pode compreender à luz de sua situação existencial; esta última tem, também, repercussões em seu organismo; e inversamente: a relação com o tempo é vivida diferentemente, segundo um maior ou menor grau de deterioração do corpo. (1990: 15)

Dimensiona a velhice com sendo uma realidade que transcende a história, vivida de maneira variável segundo o contexto de vida. Não possibilitando, assim, visualizá-la estática e reduzida, fazendo-se necessária a análise de todo o processo para a compreensão de seu prolongamento.

As imprescindíveis correlações com fatores que se mostram além da idade cronológica quando da construção de determinantes para o envelhecimento, também foram assinaladas por Neri (2001), que assim verberou:

[...] o envelhecimento é o processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sócio-histórica e psicológica, pois, para além de critérios

cronológicos, à medida que o ciclo vital da humanidade se alonga, aumenta substancialmente a heterogeneidade entre os idosos (2001: 46).

O trecho acima ilustra o fato de que a classificação de um indivíduo como idoso não deve limitar-se apenas à idade cronológica, embora a mesma tenha sido adotada de forma massiva e quase como exclusiva nas discussões sobre o envelhecimento. É fundamental também levar em conta fatores como gênero, classe social, saúde, educação, história passada e contexto sócio-econômico, pois, são importantes elementos que se mesclam com a idade cronológica para determinar diferenças entre os idosos, perfazendo a construção social do ciclo da vida.

Para Katz (1996: 61), “pode-se localizar a institucionalização da idade ao longo do curso da vida: por exemplo, através da ‘idade de’ se ingressar na escola, no serviço militar, do início das atividades profissionais, do casamento e, finalmente, da aposentadoria”.

Reiterando a idéia de Veras, Mercadante (1996:73-76) afirma que não devemos restringir a análise da velhice a seus aspectos biológicos, pois pensar a velhice de maneira não total é estabelecer uma determinação do biológico sobre todos os outros aspectos que explicam o envelhecimento, como os aspectos culturais, históricos e psíquicos.

Groisman (1999) sinaliza que compreender como são respeitados os períodos da vida nos remete a outras categorias fundamentais em toda a sociedade: as categorias de tempo, espaço e pessoas, ou seja, a própria sociedade estudada. Assim, uma análise crítica deve procurar reconectar a construção dos estágios do curso da vida com os processos econômicos, culturais e burocráticos que distribuíram as diferenças etárias pela sociedade.

À luz do estudo antropológico a velhice não consiste em definir quem é velho e quem não é, ou em definir a partir de que idade os agentes de diferentes classes sociais transformam-se em idosos, mas em descrever o processo por meio do qual os indivíduos são socialmente designados como tal. (Lopes, 2006)

Frente a tantos conceitos, como visto, o período concernente à velhice mostra-se, para muitos, delimitado por eventos de natureza múltipla, como, perdas psicomotoras, afastamento social e restrição de papéis; enquanto para outros, pode ser caracterizado como período de busca por “qualidade de vida” para o enfrentamento do inevitável envelhecimento biológico, pautado por descobertas de novas possibilidades, busca ativa por reconhecimento da importância da sua referência na preservação da cultura e de símbolos, na formação de valores e por direitos e políticas públicas e sociais que os beneficiem.

Todavia, dúvida não há de que a velhice é uma questão merecedora de atenção pública e indispensável se faz a reflexão de que algo que inicialmente parecia dizer respeito apenas aos indivíduos, aos familiares e às entidades filantrópicas passasse a ser objeto de uma preocupação social, que requer atenção do Estado e que sejam definidas verbas e políticas públicas voltadas para esse segmento populacional claramente demarcado.

A Gerontologia vem inserida nesse contexto social e científico apresentado, pautada na máxima da promoção/prevenção, mostrando ser esta a saída encontrada para escapar ao binômio saúde/doença.

No discurso da “prevenção”, todos os sujeitos são passíveis de intervenção, independente do seu estado de saúde ou inserção na “normalidade”. Diante da urgência das ações no campo da prevenção, não importa também quando começa a velhice, pois a prevenção deve começar muito antes dessa.

Lutando por um envelhecimento “bem-sucedido”, a Geriatria/Gerontologia parece delinear o seu mais ambicioso projeto, que é disciplinar a vida humana em sua extensão. (Prado e Sayd, 2006)

Para Debert (1994), a constituição da velhice como problema social não pode ser entendida apenas como resultado mecânico do crescimento do número de pessoas idosas, como tende a sugerir a noção de “envelhecimento demográfico” usada para justificar o interesse social pela questão. Esse interesse deve ser bem mais amplo e profundo, tendo ainda muito o que apreender em prol da busca por benefícios aos que envelhecem.

Encontramos atrelado ao envelhecimento contemporâneo e às questões sociais abarcadas ao processo inevitável do envelhecer o termo qualidade de vida. Temática que vem sendo disseminada pela mídia constantemente, bem como, na literatura contemporânea, aguçando-nos à busca conceitual da mesma e, quando remetidos ao termo qualidade de vida, nos deparamos com uma grande dificuldade em delimitá-lo, devido à grande diversidade de referenciais teóricos e epistemológicos encontrados, bem como, devido à amplitude e subjetividade dos conceitos.

Diante da importância de sobreposição dos conceitos de envelhecimento e qualidade de vida, não seria possível o delineamento deste estudo sem a abordagem desses, pois, dizer que o conceito de envelhecimento saudável tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, já é um bom começo, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico com que foi tratado o envelhecimento até pouco tempo.

Sobreleva enfocar a necessidade e o desafio de se aprofundar a discussão sobre as relações entre envelhecimento e qualidade de vida, por meio de uma revisão sumária da literatura, buscando as bases conceituais e os fundamentos teórico-práticos de suas principais medidas. Assim, esperamos poder contribuir para estabelecer um profícuo diálogo interdisciplinar, permitindo avançar no conhecimento e dar consistência a um tema que consideramos de grande importância tanto para a teoria como para a prática da saúde coletiva quanto para a gerontologia.

A noção eminentemente humana do termo qualidade de vida tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupondo a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Auquier *et al.* (1997) a qualificam como um conceito equívoco como o de inteligência, ambos dotados de um senso comum variável de um indivíduo ao outro. Já Martin e Stockler (1998) sugerem que qualidade de vida seja definida em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade (sendo que quanto menor a distância, melhor).

Em resumo, a noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida (Castellanos, 1997). De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana⁴. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne ao envelhecimento, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de saúde e bem-estar, como parâmetros, para si.

Como se pode concluir, o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito do envelhecimento, quando visto no sentido ampliado, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante.

Quando visto de forma mais focalizada no envelhecimento coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade, bem como, nas noções de autonomia para a realização de tarefas cotidianas. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, medicalizando patologias, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando conseqüências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los, contribuindo para o bem-estar físico e emocional daquele que envelhece.

⁴ A partir do crescimento do movimento ambientalista na década de 1970, o questionamento dos modelos de bem-estar predatórios, agregaram, à noção de conforto, bem-estar e qualidade de vida, a perspectiva da ecologia humana - que trata do ambiente biogeoquímico, no qual vivem o indivíduo e a população; e o conjunto das relações que os seres humanos estabelecem entre si e com a própria natureza. Esse conceito não aplica a dimensão evolucionista de uma escalada cada vez maior de conforto, consumo e bem-estar. Pelo contrário, ele se apóia na idéia de excelência das condições de vida e de desenvolvimento sustentável. (WITIER, P.L La qualité de vie. **Revue Prevenir**, n. 33, p.61-62, 1997.)

Assim, ainda que reconheça que poderosos determinantes estejam freqüentemente ligados ao que se consideraria, no senso comum, como componentes da qualidade de vida, o processo de envelhecimento biológico não intervém sobre eles; mostrando-se impotente ou simplesmente passa ao largo de tais relações.

Na maioria das vezes, determinantes outros que não os fatores biológicos são, em grande parte, os mais relevantes componentes da qualidade de vida e também de uma vida saudável. Até mesmo o papel de mediação intersetorial e entre a população idosa ou em situação de vulnerabilidade e o poder público - bastante preconizado como estratégia para a promoção da saúde – mostram-se como fator predisponente à otimização da qualidade de vida.

Por outro lado, é preciso assinalar também que, embora se saiba que o estado de saúde dos idosos influencia e é influenciado pelo ambiente global, há que se reconhecer que nem todos os aspectos da vida humana são, necessariamente, uma questão médica ou sanitária.

A ação governamental ou comunitária sobre os mesmos está compartimentalizada em setores econômicos e sociais e distribuída entre diferentes grupos de interesse e organizações.

Desse modo, pode-se dizer que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades relativas a esta faixa populacional.

Na velhice, outro fator fortemente ligado à qualidade de vida é a manutenção da independência. Portanto, uma forma de se procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia-a-dia que o fazem independente dentro de seu contexto socioeconômico-cultural (Grimley-Evans, 1984). Sob o ponto de vista prático, há várias formas de se medir tais funções — fundamentalmente através do desempenho de atividades diárias (Fillenbaum, 1984); por exemplo, a autonomia de um idoso que viva

em uma grande cidade de um país desenvolvido pode ser medida através de sua capacidade de cuidar de si próprio (higiene pessoal, preparo de refeições, capacidade de fazer suas próprias compras, manutenção básica da casa, e outras). Já para um idoso que vive em uma zona rural de um país subdesenvolvido, autonomia pode significar algo muito mais complexo — por exemplo, capacidade de realizar trabalho físico pesado na lavoura. Nesse sentido, portanto, o conceito de envelhecimento cronológico passa a ser de relevância muito menor do que o conceito de envelhecimento funcional.

As dificuldades em operacionalizar tal conceito são, naturalmente, inúmeras. No entanto, sob o ponto de vista de planejamento, a abordagem funcional é a mais importante e, conseqüentemente, uma área de crescente interesse para pesquisa (Kane e Kane, 1981).

Há ainda que se ressaltar que, em decorrência das precárias condições de vida nos países subdesenvolvidos, o envelhecimento funcional precede o cronológico e muitas vezes é bastante precoce. Um operário que passa 20 ou 30 anos trabalhando em condições ambientais adversas, desempenhando atividades físicas muito além de sua própria força, mal nutrido, sem condições adequadas de lazer, enfrentando todo o estresse de uma grande cidade, com condições de moradia inadequadas e submetendo-se a várias horas por semana a sistemas de transporte urbano totalmente impróprio, tal operário, ao chegar aos cinquenta anos, já está funcionalmente envelhecido. O mesmo se pode dizer de uma mulher aos quarenta anos após dez, quinze gestações a termo, longos períodos de lactação sem estar bem alimentada, sem descanso na incessante tarefa de cuidar dos filhos, da casa e, muitas vezes com co-responsabilidades financeiras na família. (Veras, Ramos e Kalache 1987.)

Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população idosa.

Conforme descrito por Lebrão e Laurenti em 2003, a avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida, influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades.

Quando se investiga a qualidade de vida relacionada à saúde em sua multidimensionalidade, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde e vida do idoso, interferindo no seu processo saúde-doença (Santos *et al*, 2002).

Dessa forma, avaliar as condições de vida e saúde do idoso permite a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem. (Santos *et al*, 2002 / Veras, 1994)

Outra estratégia utilizada na literatura contemporânea para a mensuração da qualidade de vida é a verificação do grau de satisfação com a vida.

Jóia, Ruiz e Donalizio em 2007 publicaram um estudo no qual definiu satisfação como um fenômeno complexo e de difícil mensuração, por se tratar de um estado subjetivo, sendo utilizado para definir com maior precisão a experiência de vida em relação às várias condições de vida do indivíduo. Apresentando a satisfação com a vida como um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos como: saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio.

Os resultados das análises por blocos e o modelo final de regressão para a determinação do grau de satisfação com a vida em geral entre idosos apresentados pelos autores sugerem que os fatores associados à mesma na velhice, de alguma maneira, estão relacionados à sensação de conforto e bem-estar, independentemente de serem indicadores de renda ou de estrato social.

Como delineado até então, o processo de envelhecimento engloba muito mais do que mudanças físicas do corpo. Aspectos emocionais, cognitivos e sociais também contribuem para a configuração de uma velhice bem-sucedida, normal ou patológica, sendo assim, quando se fala em envelhecimento humano, processo inevitável e irreversível, ainda que se considerem notáveis as conquistas da ciência, uma série de questões são levantadas, dentre elas, a possibilidade de envelhecer com qualidade de vida.

Para Gill e Feisntein (1994), a expressão "qualidade de vida" tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, amplamente utilizado na atualidade – em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros –, até a perspectiva científica, com vários significados na literatura médica.

Em relação a seu emprego na literatura médica, o termo qualidade de vida vem sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde (health-related quality of life) e estado subjetivo de saúde (subjective health status) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente. (Fleck *et al*, 1999)

Há um modelo de qualidade de vida amplamente utilizado, chamado de Spilker. De acordo com Arnold *et al* (2004) e Surmeijer, Reuvekamp e Aldenkamp (2001), este inclui a qualidade de vida global e os diferentes domínios, bem como os diferentes aspectos que compõem cada domínio.

A avaliação da qualidade de vida global, definida como a satisfação geral do indivíduo com a vida e a percepção geral do bem-estar, compõe o primeiro nível do modelo de Spilker. Os domínios da qualidade de vida, separadamente, compõem o segundo nível, e os mais utilizados são o psicológico, o social e o físico, embora alguns estudos incluam também outros domínios, como produtividade, ambiente, cognição, ocupação e situação financeira. E, finalmente, o terceiro nível do modelo de Spilker é composto pelos aspectos específicos de cada domínio.

A maior influência do domínio físico na qualidade de vida global dos idosos ressalta a importância de se considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida.

O grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos, sendo:

[...] qualidade de vida a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente. Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde física ou das condições sociais e econômicas. (OMS, 1998)

Diante do propósito do presente estudo de compreender os significados atribuídos por idosos a um programa de promoção da saúde e apreender os impactos desse na vida deles, elegemos para este estudo o conceito de qualidade de vida exposto acima, focando-a de forma global, definida como a satisfação do indivíduo com a vida e a percepção geral do bem-estar, sendo que os aspectos psicológico, social e físico refletem a qualidade de vida satisfatoriamente.

Ramos (2003) destaca que a capacidade funcional, atualmente, surge como um novo paradigma de saúde para os indivíduos idosos, e o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Além disso, a qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais. (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003)

De acordo com Covinsky *et al* (1999) e Fassino *et al* (2002), o domínio funcional assume grande relevância no conceito multidimensional de qualidade de vida, devendo ser medido juntamente com o estado de saúde quando se deseja avaliar a qualidade de vida em idosos.

Dessa forma, o bem-estar do idoso seria resultado do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem significar ausência de problemas em todas as dimensões, tendo em vista que o bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de enfermidades. (Xavier *et al*, 2003)

Néri (1993) destaca que quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida.

Deve-se enfatizar também a inserção familiar do idoso em domicílios multigeracionais: a convivência com familiares pode tanto oferecer benefícios, no sentido do apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, como gerar conflitos intergeracionais, que acabam por diminuir a auto-estima e deteriorar o estado emocional do idoso, afetando de forma marcante a qualidade de vida. (Caldas, 2003)

De acordo com Pereira (2002), as avaliações subjetivas da qualidade de vida em idosos devem preocupar-se com o que acontece ao indivíduo nas diferentes etapas do envelhecimento, desde mudanças físicas até a desvalorização social conseqüente da aposentadoria, considerando os seus sentimentos e entendimento dessas situações, seus ganhos e perdas psicológicas, suas frustrações e aspirações.

Nesse sentido, segundo Santos *et al* (2002), a qualidade de vida do idoso compreende a consideração de diversos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, eficácia cognitiva, status social, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

Frente às diversidades entre o conceito de qualidade de vida apresentados e dos contrastes sociais e econômicos do Brasil, apresentando um contingente significativo de idosos em precárias condições socioeconômicas, com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e risco aumentado de dependência funcional; o envelhecimento populacional emerge como uma questão importante a ser discutida: um suporte social adequado e a promoção de saúde, tanto ao nível macro —

políticas públicas, quanto no núcleo familiar, devendo ser estruturados e viabilizados de modo a suprir as necessidades dos idosos e melhorar a sua qualidade de vida.

A presença de redes de apoio, suporte financeiro digno, acesso aos serviços de saúde, moradias adequadas e transporte de qualidade são alguns elementos necessários à construção de uma melhor condição de vida.

A promoção de saúde na população idosa brasileira deve ser estimulada em todos os ambientes sociais, promovendo a autonomia do idoso, possibilitando a consolidação da relação inegável entre o suporte social, como nos programas voltados para idosos, e a promoção de saúde, pois, na medida em que se implementa o primeiro, trabalha-se promovendo a saúde, refletindo em melhorias na qualidade de vida e, conseqüentemente, maior longevidade.

2.2. Políticas públicas e sociais direcionadas ao segmento idoso

O IBGE (Brasil, IBGE, 2002), no Censo Demográfico de 2000 apresentou dados preocupantes em relação ao envelhecimento populacional brasileiro, quando constatou uma população de idosos representando contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 ou mais anos (8,6% da população brasileira).

Segundo o referido Instituto, nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar 30 milhões de pessoas e representará quase 13% de seus habitantes ao final deste período. De acordo com o Censo, a população de 60 anos e mais de idade era, em 2000, de 14.536.029, contra 10.722.705 em 1991.

Em 1980, existia cerca de 16 idosos para cada 100 crianças; em 2000, esta relação praticamente dobrou, passando para quase 30 idosos por 100 crianças. (Brasil, IBGE, 2002)

Os dados apresentados nos remetem ao grande número de aposentados na atual sociedade brasileira, fato esse, conseqüência de um conjunto de mudanças no cenário social nacional nas últimas décadas como a melhoria das condições sanitárias

em geral, surgimento das vacinas, aumento da acessibilidade à informações sobre saúde, principalmente por meio da mídia televisiva; melhoria nas condições de trabalho com a Consolidação das Leis Trabalhistas, dentre outras, refletindo gradualmente na redução das taxas de mortalidade, principalmente nos primeiros anos de vida e propiciado maior longevidade da população.

Outro fator associado ao crescimento da população idosa é a redução nas taxas de fecundidade, principalmente nos grandes centros urbanos devido à necessidade crescente de limitação da família ditada pelo *modus vivendi* e adaptação à condição sócio-econômica do cenário nacional, bem como, a progressiva incorporação da mulher à força de trabalho e as mudanças de padrões sócio-culturais com o aumento gradual no número de pessoas que priorizam a carreira profissional à construção da família ou postergam a opção de ter filhos.

A conjugação desses fatores tem se expressado, em médio prazo, em uma significativa mudança do padrão demográfico do país, iniciada na década de 70, caracterizando-se por um processo de transição demográfica⁵, com considerável decréscimo das taxas de natalidade e conseqüente aumento das demais faixas etárias, significando maior proporção de pessoas atingindo idades avançadas, demandando assim, uma maior necessidade de políticas públicas voltadas para idosos.

Diante dessa necessidade, em 1982, em Viena, a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento – AME, patrocinada pela Organização das Nações Unidas – ONU, traçou as diretrizes do Plano de Ação Mundial sobre Envelhecimento – PAME, importante balizador das políticas sociais destinadas à terceira idade, tendo em vista a orientação, prestação de serviços sociais, implementação de programas de preparação pré e pós-aposentadoria e o maior engajamento dos idosos na vida social.

⁵ Descrito como um processo que se dá em quatro fases, sendo: (1) Mortalidade concentrada nos primeiros anos de vida (grande percentagem da população é jovem); (2) Mortalidade decresce; taxas de crescimento aumentam ou se mantêm elevadas (percentagem de jovens na população aumenta); (3) Taxas de fertilidade decrescem; mortalidade continua a cair (aumento da percentagem de adultos jovens, e progressivamente de pessoas idosas); (4) Mortalidade em todos os grupos etários continua a cair (aumento contínuo na percentagem de idosos na população). Em última análise, o processo de transição epidemiológica descreve a gradual mudança de situações caracterizadas por alta-mortalidade/alta-fecundidade para a de baixa-mortalidade/baixa-fecundidade e, conseqüentemente, de uma baixa para uma alta proporção de idosos na população. (KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.. The ageing of the world's population. A new challenge. *Rev. Saúde Pública.*, S. Paulo, n.21, p.200-10, 1987)

No cenário nacional, as políticas públicas desenvolvidas para o idoso até 1970 foram de caráter paliativo, fragmentário, pois não abrangia em sua plenitude uma noção ampla dos direitos sociais dos cidadãos, trazendo em seu bojo de ações trabalhos de cunho caritativo, desenvolvidos especialmente por ordens religiosas ou entidades filantrópicas. Há de se destacar o trabalho desenvolvido pelo SESC – Serviço Social do Comércio, fundado em 1946, que desde então tem oferecido um trabalho de atenção às pessoas idosas, prestando inegável contribuição à causa da velhice no país.

Foi também o SESC, em 1977, que deu origem às Universidades da Terceira Idade, ao fundar a Escola Aberta da Terceira Idade (Peixoto, 1998). Sem dúvida, as universidades para a terceira idade⁶ são uma forma de aumentar a qualidade de vida da população idosa, pois proporcionam: o conhecimento (ao oferecerem uma diversidade de cursos de atualização, palestras, etc.); o debate das questões relativas ao envelhecimento; o divertimento; um espaço de convivência com outras pessoas (já que a solidão é um fator que não pode ser desconsiderado em se tratando de idosos); e finalmente, dão ainda um suporte institucional, seja jurídico, médico, etc.

Em 1995, ao renomear seu “Programa de Saúde do Idoso” para “Envelhecimento e Saúde”, a Organização Mundial da Saúde – OMS sinalizou uma importante mudança de orientação. Em vez de compartimentalizar os idosos, o nome novo abrangeu uma perspectiva de curso de vida: todos estamos envelhecendo e a melhor forma de garantir uma boa saúde para os futuros grupos de pessoas mais velhas é através da prevenção de doenças e promoção da saúde durante a vida. Inversamente, a saúde dos atuais idosos só pode ser completamente entendida se considerarmos os eventos que experienciaram na vida.

⁶ Temos no Brasil um número expressivos de UnATIs, entretanto, destacamos aqui o trabalho da UnATI/UERJ (Universidade Aberta da Terceira Idade/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro), criada em maio de 1992 e colocada em funcionamento a partir de agosto de 1993, por configurar-se como um importante centro de pesquisas e de serviços destinados a essa faixa etária. Este programa tem como objetivos: “a assessoria de órgãos governamentais, no que se refere a esta temática; a realização de cursos para os idosos e para a capacitação de recursos humanos; a prestação de assistência jurídica, médica e física aos idosos; a pesquisa, tanto no que se refere a estudos comparativos da realidade brasileira com países estrangeiros, como na publicação e divulgação em seminários de seus estudos. Este núcleo da UERJ complementa também o atendimento das atividades executadas no Núcleo de Atendimento aos Idosos no Hospital Universitário Pedro Ernesto”. (MOREIRA, M. M. S. **Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade: um Estudo dos Aspectos Biopsicossociais e dos Programas Destinados a este Segmento da População Brasileira**. Monografia (Especialização em Serviço Social e Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998. p.48-49.

A meta do “Programa de Envelhecimento e Saúde”, foi desenvolver políticas que assegurem “a obtenção da melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível”. Para alcançá-la a OMS precisou promover as bases de conhecimento sobre Gerontologia e Geriatria através de iniciativas de treinamento e de pesquisa. Incentivando as ações interdisciplinares e intersetoriais, principalmente aquelas direcionadas aos países em desenvolvimento, que enfrentam os índices rápidos e sem precedentes da população que está envelhecendo, dentro de um contexto de pobreza predominante e problemas de infraestrutura não solucionados. Além disto, o Programa ressalta a importância de:

- adotar abordagens baseadas na comunidade, ao enfatizar a comunidade como um cenário- chave para as intervenções;
- respeitar os contextos e as influências culturais;
- reconhecer a importância das diferenças entre gêneros;
- fortalecer o vínculo entre as gerações;
- respeitar e entender as questões éticas relacionadas à saúde e ao bem estar na velhice. (WHO/NMH/NPH, 2002)

O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, aprovado na I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, celebrada em Viena, orientou o pensamento e a ação sobre o envelhecimento durante os últimos 20 anos, na formulação de iniciativas e políticas de importância crucial. As questões relacionadas com os direitos humanos dos idosos foram absorvidas na formulação, em 1991, dos Princípios das Nações Unidas em favor dos idosos, nos quais se proporcionava orientação nas esferas da independência, da participação, dos cuidados, da realização pessoal e da dignidade. (ONU, 2002)

No concernente à legislação brasileira, cerca de uma década após o PAME é que começamos a ver as ações (traduzidas sob a forma de legislação) indo ao encontro das necessidades da população idosa, através da Política Nacional do Idoso – PNI, regulamentada pelo Decreto-Lei nº. 1.948, de 03 de julho de 1996 e da mobilização da sociedade civil (Moreira, 2000), traçando importantes diretrizes em prol da atenção integral à saúde do idoso como:

-
- a promoção do envelhecimento saudável, por meio de ações que promovam modos de viver favoráveis à saúde e a qualidade de vida, orientados pelo desenvolvimento de hábitos salutareis; e
 - valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda da capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem, bem como, a manutenção e reabilitação da capacidade funcional e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

O Ano Internacional dos Idosos (1999) foi um marco na evolução do trabalho da OMS sobre envelhecimento e saúde. Nesse ano, o tema do Dia Mundial da Saúde foi “o envelhecimento ativo faz a diferença” e o “Movimento Global pelo Envelhecimento Ativo” foi lançado pelo o diretor-geral da OMS, Dr. Gro Harlem Brundtland. Nessa ocasião, o Dr. Brundtland afirmou:

“preservar a saúde e a qualidade de vida ao longo dos anos fará muito pela construção de vidas realizadas, por uma comunidade de gerações que convivem harmoniosamente, uma economia dinâmica. A OMS compromete-se a promover o Envelhecimento Ativo como um componente indispensável de todos os programas de desenvolvimento”. (WHO, 2005:55)

O conceito de uma sociedade para todas as idades, formulado como tema do Ano Internacional do Idoso, teve quatro dimensões:

- desenvolvimento individual durante toda a vida;
- relações entre várias gerações;
- relação mútua entre envelhecimento da população e desenvolvimento; e
- a situação dos idosos. (ONU, 2002)

O Ano Internacional contribuiu para a promoção da consciência desses problemas, assim como para a pesquisa e ação em matéria de políticas, em todo o mundo, composta dos esforços por incorporar as questões relacionadas com o envelhecimento às atividades de todos os setores e promover oportunidades relativas a todas as fases da vida.

Em 2002, o nome do programa da OMS mudou novamente para “Envelhecimento e Curso de Vida” para refletir a importância da perspectiva do curso de vida.

A abordagem multifocal do programa anterior e a ênfase nas atividades de desenvolvimento com diversos parceiros de todos os setores e várias disciplinas foram mantidas. Um aprimoramento posterior do conceito de envelhecimento ativo foi acrescentado e traduzido para todas as atividades do programa, incluindo pesquisa e treinamento, disseminação de informações, defesa e desenvolvimento de políticas.

Além do Programa de Envelhecimento e Curso de Vida na sede da OMS, cada um dos seis escritórios regionais da OMS adquiriu seu próprio Consultor para Envelhecimento, de modo a lidar com as questões específicas a partir de uma perspectiva regional.

Também neste ano, em Madri, Espanha – abril de 2002 foi realizada pela ONU, a II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, onde, foram elaboradas as orientações do Plano de Ação Internacional do Idoso, constituindo um importante referencial para o direcionamento das ações acerca do envelhecimento da população mundial, abordando:

- pessoa idosa e desenvolvimento – engloba questões como emprego e estabilidade dos idosos;
- promoção da saúde e bem estar na velhice; e
- criação de ambiente propício e favorável – diz respeito às condições de moradia e violência. (ONU, 2002)

Com o lançamento do Plano Internacional da Ação sobre o Envelhecimento, a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, estabeleceu um marco decisivo ao abordar os desafios e celebrar os triunfos de um mundo em processo de envelhecimento:

[...] ao iniciarmos a fase de implementação, será fundamental compartilhar alternativas de políticas e pesquisa nos níveis regional, nacional e global. Os estados-membros, as

organizações não-governamentais, as instituições acadêmicas e o setor privado serão cada vez mais chamados a desenvolver soluções apropriadas à idade para os desafios de um mundo em processo de envelhecimento. Esses setores terão que levar em consideração as conseqüências de uma transição epidemiológica, as modificações rápidas no setor saúde, a globalização, a urbanização, as mudanças nos padrões familiares, a degradação ambiental, assim como as desigualdades persistentes e a pobreza, principalmente nos países em desenvolvimento, onde já vive a maioria dos idosos. (WHO, 2005: 55)

Para avançar o movimento pelo envelhecimento ativo, todas as partes interessadas foram convidadas a esclarecer e popularizar o termo “envelhecimento ativo”, através de diálogo, discussão e debate na arena política, no setor educacional, em fóruns públicos e na mídia, como em programas de rádio e de televisão.

A ação nos três pilares (participação, saúde e segurança) do envelhecimento ativo foi apoiada por atividades de desenvolvimento do conhecimento, que incluem avaliação, pesquisa, vigilância e disseminação dos resultados de pesquisas.

Os resultados das pesquisas deveriam ser compartilhados em linguagem clara, e em formatos práticos e acessíveis, com os governantes, as organizações não governamentais que representam os idosos, o setor privado e o público em geral.

As agências internacionais, os países e as regiões também deveriam trabalhar em colaboração para desenvolver uma agenda de pesquisa relevante para o envelhecimento ativo. A OMS comprometeu-se a trabalhar em colaboração com outras organizações intergovernamentais, ONGs e o setor acadêmico, para desenvolver uma base global de pesquisa sobre o envelhecimento. (WHO, 2005)

Em 01 de outubro de 2003, representando um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi sancionada a Lei n.º 10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, direcionando ao amparo da população idosa, concedendo-lhes direitos institucionalizados, fazendo-se necessário um novo olhar voltado para esta temática, em função da urgência de ações, não

apenas curativas, mas principalmente preventivas, para o envelhecimento ser encarado de forma positiva; fazendo-se necessário o reconhecimento imperativo da busca da construção da saúde, enquanto valor, relacionando-se à conquista dos direitos sociais, condições dignas de vida, trabalho, moradia e acesso aos serviços de saúde de boa qualidade; mesmo porque, a saúde, enquanto necessidade, se articula diretamente com a ampliação da cidadania política e social, uma vez que o acréscimo (quantitativo e qualitativo) dos serviços de assistência e promoção à saúde constitui um direito elementar à cidadania, atrelando-o a uma boa qualidade de vida para os que envelhecem.

No concernente ao delineamento da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, encontramos os esforços da SBGG, numa primeira etapa (1960-1970), para a constituição da geriatria como especialidade médica no interior de hospitais cariocas. Momentos de busca, ainda que infrutífera, de parcerias com as universidades, com vistas ao reconhecimento da nova especialidade como um campo científico do conhecimento, até então vista por muitos como marcada pelo charlatanismo dos médicos que exploravam os velhos nos asilos. E indica ainda a perspectiva de sensibilizar o Estado para a questão da velhice no Brasil, contribuindo para lhe dar visibilidade em relação ao poder público.

A segunda etapa dessa trajetória se refere à década de 1980. O cenário internacional era de sensibilização para a questão do envelhecimento, abordada na AME – realizada em Viena, em 1982. No caso brasileiro, um desdobramento da AME correspondeu à ação, por parte do Governo Federal, no sentido da constituição de uma Política Nacional do Idoso, processo que contou com a participação da SBGG. Vários eventos foram implementados, médicos e vários outros profissionais foram formados por ação da entidade, que se interiorizou, formando novas parcerias com governos estaduais e prefeituras. Foi a era da multidisciplinaridade, da incorporação da Gerontologia pela Geriatria.

Na terceira etapa, correspondente à década de 1990, a sociedade brasileira demonstrava crescente sensibilidade para o problema da velhice; inúmeros serviços especializados foram criados; programas para a terceira idade brotaram nas universidades, nas prefeituras, em diversas instituições; centros de estudo, programas de pós-graduação, residências, estágios, orientações curriculares; entidades civis

voltadas para idosos, cuidadores e familiares; políticas e programas cada vez mais específicos, etc. Esse período foi marcado pela busca da sua legitimação como campo da ciência; a busca do poder com base em autoridade cientificamente estabelecida: eis uma forte marca da trajetória da SBGG e da Geriatria e da Gerontologia nacionais, intensificada de 1990 até os dias atuais. Procurando combinar discurso científico e defesa dos idosos, elas vêm crescendo no mercado de trabalho, firmando-se como autoridade no estabelecimento de normas e condutas na velhice. (Lopes, 2006)

No que se refere aos interesses que o envelhecimento desperta nos meios acadêmicos na atualidade, é importante registrar que nas universidades, públicas ou privadas, muito têm se realçado acerca da necessária implementação de programas para a terceira idade. Em levantamento realizado em 2002 no Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento – da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro –, foram identificados cerca de 150 programas que recebem idosos aos milhares, em atividades de promoção da saúde e de prevenção e tratamento de doenças. Porém, em relação à pesquisa, os resultados dos estudos que mencionamos anteriormente nos dizem que a Geriatria e a Gerontologia ainda se encontram muito modestas, e terão muito que caminhar para sua consolidação no espaço da produção de conhecimento, conforme proposto pela OMS em 1992.

Em torno das aposentadorias e dos direitos dos idosos, um amplo conjunto de interesses tem se acentuado de forma impressionante nas últimas décadas, por meio da abordagem de grandes temas, como a Reforma da Previdência no Congresso Nacional. Além disso, uma série de legislações foi providenciada, assim como a implementação de vários programas de cunho social e de saúde destinados à terceira idade, auspiciados tanto pelo Governo Federal como por Estados e Municípios.

Apesar dos inúmeros esforços por meio de ações governamentais, mister se faz a participação da sociedade civil nesse processo, no intuito de abarcar um maior contingente de populacional, não se concentrando apenas no segmento idoso, pois, uma política correta e sábia para o envelhecimento deve partir da consideração do impacto das políticas gerontológicas sobre todos os ciclos de vida e sobre a sociedade como um todo, almejando a construção de uma velhice saudável para os que hoje

fazem parte de segmentos como infância, adolescência ou adultice e que dentro em breve comporão o segmento idoso.

2.3. Promoção da saúde e a construção de programas para idosos

A expressão “Promoção da Saúde” foi utilizada pela primeira vez em 1945 por Henry E. Sigerist, historiador médico canadense, que a apontava como uma das quatro áreas essenciais da medicina. (Terris, 1996)

Entretanto, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (1975), a primeira manifestação em saúde pública, aconteceu com a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior (1973 -1974). Após esta manifestação em prol da promoção da saúde, em 1974, o Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, Marc Landone publicou o documento intitulado Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses, onde sintetizou um ideário que preconiza como eixo central de intervenção um conjunto de ações que procuram intervir positivamente sobre comportamentos individuais não-saudáveis. Esse documento procurou elaborar um arcabouço conceitual sobre a saúde e o resultado concretizou-se na produção de um modelo que inter-relaciona quatro grupos explicativos do fenômeno saúde/doença: ambiente, estilo de vida, biologia humana e organização dos serviços de saúde. (Landone, 1974)

Estes dois acontecimentos, missão na China Nacionalista e o Relatório de Landone, estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma, formalizado em Alma Ata (antiga URSS), com a Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde em 1978, com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000, com recomendações que influenciaram as políticas de saúde de diversos países, entre eles o Brasil, tais como: o estabelecimento dos princípios da universalidade, equidade, regionalização, hierarquização do setor-saúde em níveis crescentes de complexidade e a participação popular. (OMS, 1978)

A partir de então, baseada na Declaração de Alma Ata, em 1986 aconteceu o 1º Congresso Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, no Canadá, onde foi promulgada a Carta de Ottawa, descrevendo ser promoção da saúde o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos deveriam saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Deve, pois, a saúde, ser vista como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (OMS, 1986)

A Carta destaca nove pré-requisitos básicos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OMS, 1986). Destacando-se por questionar o enfoque tradicional de educação para a saúde, no qual a população desempenha um papel de receptor passivo nos programas desenvolvidos por profissionais da saúde e especialistas, enfatiza o fortalecimento da ação comunitária e exige a participação ativa da população, em um processo que proporcione condições e opções que possibilitem exercer maior controle sobre a saúde e meio ambiente, utilizando alternativas mais saudáveis. (Terris, 1996)

Após Ottawa foram realizadas outras iniciativas multinacionais, desenvolvendo as bases conceituais e políticas da promoção da saúde, sendo quatro de caráter internacional/global, respectivamente em Adelaide (1998), Sundsvall (1991), Jakarta (1997) e México (1999) e outra de caráter sub-regional, em Bogotá (1992) – quando se introduziu formalmente o tema na América Latina e Bagkok (2005) apontando para o emponderamento da sociedade no mundo globalizado.

Sob o patrocínio da Organização Mundial da Saúde, esse movimento em prol da promoção da saúde vem, assim, avançando no contexto mundial, incorporando-se como um novo paradigma para a conformação das funções essenciais de saúde pública, apontando-a como resultante de um conjunto de determinantes gerais (políticos, sociais, econômicos, ambientais e culturais) sobre as condições de saúde, sustentando-se no entendimento de que se constitui num processo construído com a

participação crescente da própria comunidade e de diferentes setores do governo para o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, viabilização das condições legais e ambientais que favoreçam a saúde, formação e disponibilização de recursos para protegê-la e recuperá-la.

Dentro dessa perspectiva, a educação para a saúde e a promoção da saúde estão estreitamente entrelaçadas, pois essa depende da participação ativa de um público bem informado no processo de mudança; sendo que a educação para a saúde representa um instrumento de vital importância nesse processo, contribuindo para viabilizar diversos aspectos almejados pela promoção da saúde como tema em evidência na atualidade e que traz desafios para a ampliação das práticas no sentido de ressaltar os componentes socioeconômicos e culturais da saúde, a necessidade de políticas públicas e da participação social no processo de sua construção. (Buss, 2003)

Do ponto de vista gerontológico, o tema converge com a promoção do envelhecimento ativo, caracterizado pela experiência positiva de longevidade com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo, para o que a garantia de condições de vida e de políticas sociais são uma prerrogativa. (WHO/NMH/NPH, 2002)

Essa incorporação da visão de promoção da saúde nos programas para idosos supõe uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde e pode ser vista como um processo social em curso, complexo, que vem sendo estimulado em nível internacional por fóruns e documentos institucionais desde meados da década de 1980.

Nessa incorporação da visão de promoção da saúde, diversos setores da sociedade vêm construindo grupos e/ou programas voltados para idoso, sendo, a construção do saber em saúde nesses concretizada por meio de participação cooperativa dos membros e desenvolvimento da autonomia, com o intento de ampliar suas capacidades de fazer escolhas de forma livre e esclarecida. Sendo igualmente importante o reforço do valor das trocas, conforme descreve Foucault (1987):

“A troca é um fenômeno simples apenas na aparência [...] só se troca numa permuta quando cada um dos dois parceiros reconhece o valor para aquilo que o outro possui. Num sentido, é

preciso, pois, que as coisas permutáveis, com seu valor próprio, existam antecipadamente nas mãos de cada um, para que a dupla cessão e a dupla aquisição finalmente se produzam.” (1987:205)

A partir de tal prática, possível tornou-se o aprendizado pela experiência do outro, exercitando a capacidade de ouvir, induzindo reflexões, favorecendo a construção compartilhada de saberes e, conseqüentemente, desenvolvendo a capacidade de optar por escolhas saudáveis, construindo dessa forma, suas experiências de vida de acordo com os significados que a realidade oferece para as suas ações, condutas e valores. Assim, é importante destacar que a velhice, como as demais etapas da vida, é construída socialmente pelo modo como uma cultura organiza a existência dos sujeitos. (Buaes, 2007)

Autores como Fortes e Zoboli (2004) chamam a atenção quanto ao o fato do destaque nos grupos voltados para a promoção da saúde estar no estudo das atitudes:

[...] é tecido na racionalidade que compõe a promoção da saúde: organização duradoura de crenças e cognições, sendo, dotadas de carga afetiva que predispõe a uma ação coerente com os afetos e cognições favoráveis ao desenvolvimento da autonomia e melhoria das condições de vida e saúde, propiciando a uma aprendizagem que envolve componentes que facilitam a modificação de comportamentos direcionados à promoção da saúde, sem, contudo, reduzir-se à proposição simplista e paternalista de mudança das condutas individuais, permitindo que os grupos de promoção da saúde sejam organizados por meio de mútuas representações internas e sob a influência de micro e macro-determinantes. Tendo os seus objetivos construídos de forma contínua a fim da potencialização das capacidades dos sujeitos, e mudanças de comportamentos e atitudes direcionados ao desenvolvimento da autonomia e enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos evitáveis/desnecessários. (2004:152)

Nesta visão, os programas de promoção da saúde podem ser estrategicamente aplicados a grupos, como os de idosos, conforme aconteceu de forma pioneira em nosso país em 1964, através do SESC, onde se efetivou de forma concreta a construção de um grupo de aposentados, voltados para o bem-estar dos não asilados, visando a ocupação do tempo livre destes, vindo ao encontro das necessidades contemporâneas da população em questão.

Transposto quase meio século, a demanda pela formação de grupos voltados para a promoção da saúde de idosos ainda é uma realidade.

Sobreleva enfatizar que a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994) assevera ser responsabilidade da família, da sociedade e do Estado assegurar a cidadania ao idoso, sua participação na comunidade, dignidade, bem-estar e direito à vida.

O Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) garante a esta população prioridade na formulação e na execução de políticas sociais, bem como ratifica o direito do idoso à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito, e à convivência familiar e comunitária.

A criação de programas de promoção da saúde e redes de apoio⁷ para o idoso dependente de sua família (capacitação dos cuidadores por profissionais de saúde), da assistência ao idoso que não dispõe de cuidados familiares, e de programas com o intuito de evitar uma posterior dependência em idosos independentes, sendo meios de promover a saúde na terceira idade. (Caldas, 2003; Telarolli Júnior, Machado e Cavalcante, 1996)

O aumento da população idosa é simultâneo à ampliação da necessidade de apoio social, refletindo na melhora da saúde e do bem-estar das pessoas, atuando também, em algumas situações, como um fator de proteção. Além disso, o apoio atua como uma ferramenta de autonomia para os indivíduos, na medida em que estes aprendem e compartilham modos de lidar com o processo saúde-doença na comunidade. (Valla, 1999)

⁷ O suporte social abrange políticas e redes de apoio sociais (família, amigos e comunidade) que têm como finalidade contribuir para o bem-estar das pessoas (ARAUJO, S.S.C *et al* . Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 19, Jun 2006. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100014&lng=en&nrm=iso . access on 02 Sept. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832006000100014.)

A Promoção de Saúde em grupos que promovem o apoio social dá ênfase à redução das desigualdades em saúde por meio da atuação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, injúria e incapacidade, bem como mediante a adoção de medidas que favoreçam ambientes saudáveis. (Watt, 2002)

Esse ideário da promoção à saúde pode assim, contribuir para a ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde, fornecer elementos para transformação do *status quo* sanitário e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários.

Nessa perspectiva, os programas de promoção da saúde atuam em uma abordagem que tem contribuído para a renovação do pensamento sanitário contemporâneo buscando contrapor-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo que dominou o pensamento sanitário nas últimas décadas. Resgatando de alguma maneira o papel dos determinantes sociais no processo saúde/doença, presente no ideário da medicina social do século 19, defendendo ações que levem em conta a importância da articulação intersetorial, das abordagens interdisciplinares e da participação social.

Ao considerar todos os fatores causais da saúde e doença esta abordagem amplia o alcance das atividades de promoção à saúde para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e da prevenção da doença. Realizando, em paralelo, uma síntese inovadora de conceitos originários de campos disciplinares como a sociologia, a psicologia, a ciência política, a economia, a epidemiologia e a ecologia introduzindo novas idéias, linguagens e conceitos sobre a saúde e sobre a maneira de produzi-la na senescência.

3. ENVELHECIMENTO EM ANÁPOLIS E O GRUPO DE IDOSOS “VIDA PLENA”

*“A história é êmula do tempo, depósito de ações,
testemunha do passado e aviso do presente, advertência
do porvir.”*

Miguel de Cervantes
Dom Quixote

3.1. O Envelhecimento em Anápolis – GO

Diante da grande complexidade do tema e da limitação das palavras para descrever as peculiares dos idosos que encontramos no interior do Brasil, invocamos as palavras do poeta:

“Os velhos das cidadezinhas do interior parecem muito mais
plenamente velhos que os das metrópoles. Não se trata da idade real
de uns e outros, que pode até ser a mesma, mas dos tempos distintos que
eles parecem habitar. Na agitação dos grandes centros, até mesmo a
velhice parece ainda estar integrada na correria; os velhos guardam

alguma ansiedade no olhar, nos modos, na lentidão aflita de quem se sente fora do compasso. Na calmaria das cidades pequeninas, é como se a velhice de cada um reafirmasse a que vem das montanhas e dos horizontes, velhice quase eterna, pousada no tempo.

Vejam-se as roupas dos velhinhos interioranos: aquele chapéu de feltro manchado, aquelas largas calças de brim cáqui, incontavelmente lavadas, aquele puído dos punhos de camisas já sem cor — tudo combina admiravelmente com a enorme jaqueira do quintal, com a generosa figueira da praça, com as teias no campanário da igreja. E os hábitos? Pica-se o fumo de corda, lentamente, com um canivete herdado do século passado, enquanto a conversa mole se desenrola sem pressa e sem destino.

Na cidade grande, há um quadro que se repete mil vezes ao dia, e que talvez já diga tudo: o velhinho, no cruzamento perigoso, decide-se, enfim, a atravessar a avenida, e o faz com aflição, um braço estendido em sinal de pare aos motoristas apressados, enquanto amiúda o que pode o próprio passo. Parece suplicar ao tempo que diminua seu ritmo, que lhe dê a oportunidade de contemplar mais demoradamente os ponteiros invisíveis dos dias passados, e de sondar com calma, nas nuvens mais altas, o sentido de sua própria história.

Há, pois, velhices e velhices — até que chegue o dia em que ninguém

mais tenha tempo para de fato envelhecer.”

(Celso de Oliveira)⁸

Anápolis foi elevada à categoria de cidade aos 31 de julho de 1907. Estando localizada no Centro-Oeste brasileiro, no Estado de Goiás à 53 km da cidade de Goiânia, capital do Estado e a 140 km de Brasília, capital Federal. Atualmente possui uma população estimada em torno de 331.329 habitantes, sendo, 97% da população urbana e, uma área de 918.395 Km².

Sede do maior Distrito Agroindustrial do Estado, o DAIA – Distrito Agroindustrial de Anápolis, e da Base Aérea Militar do Planalto, a cidade se destaca por suas potencialidades econômicas, além de ser considerada pólo farmoquímico do Estado.

Os dados relativos ao envelhecimento populacional estimam a população acima de 18 anos em 64,50% e a acima de 60 anos em 29,87% da população total. Mostrando uma queda na taxa de crescimento populacional de 2,11% em 1996 para 1,76% em 2007. Sendo, portanto, crescente a população idosa e, conseqüentemente, a sua busca por políticas públicas beneficiárias desta faixa etária populacional.

Diante da realidade apresentada, no ano de 2006, o SESC Goiás contemplou o município com o “Projeto Vida Plena”, cujo objetivo é o de compor um grupo direcionado a idosos que buscam melhorar sua qualidade de vida e o exercício da cidadania, por meio de vivência, convivência e integração, estimulando a capacidade criativa e reflexiva dos mesmos, ampliando as possibilidades de participação ativa dos freqüentadores na dinâmica social, por meio da aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, interação pessoal e grupal, e o exercício do pensamento crítico e criativo, de maneira voluntária e prazerosa. Propiciando, por meio de um espaço de convivência, a socialização, despertando a criatividade, a produtividade e a afetividade, afastando o idoso de possíveis situações de isolamento, depressão e solidão, através da articulação de atividades artísticas e intelectuais, esportivas, recreativas, de turismo social, educação e saúde, possibilitando a valorização pessoal e autonomia do idoso. (SESC, 2006)

⁸ Fonte: http://www2.correioweb.com.br/cw/EDICAO_20030713/sup_trb_130703_138.htm

Calcados nos aspectos regionais e culturais da cidade de Anápolis, bem como, no centenário de sua emancipação, no ano de 2007, e no acelerado crescimento do número de grupos de convivência voltado para idosos é que se propõe o presente cenário de estudo.

3.2 O Grupo de Idosos “Vida Plena”

Há pouco mais de 40 anos, o SESC começou a dedicar atenção especial aos problemas dos aposentados do comércio e da área de prestação de serviços, procurando desenvolver um trabalho preventivo no sentido de impedir o isolamento e a marginalização das pessoas.

Embora o seu pioneiro trabalho com aposentados não tenha sido criado em função do público de idosos em especial, as circunstâncias fizeram com que suas ações voltassem também para a abordagem desse importante segmento social.

Por motivos diversos, 1963 foi um ano de “abertura para a comunidade” no SESC, com a implantação de alguns projetos, entre os quais a formação do precursor grupo de aposentados do Brasil, abordando questões da marginalização social decorrente da idade avançada.

A partir de então foram se formando os primeiros grupos de convivência de idosos nos SESC de São Paulo que caracterizaram-se fundamentalmente pelas atividades sociais esportivas e recreativas, com um programa que oferecia aos idosos uma série de oportunidades descontraídas para a sociabilização, trazendo como benefício a sensação de bem-estar físico e emocional decorrente dessas atividades. (SESC, 2003)

O modelo inicial, com pequenos grupos, evoluiu e se expandiu para os demais Estados brasileiros, comportando um número maior de participantes e atividades mais diversificadas, conforme o perfil de integrantes de cada grupo e as questões regionais

e locais, mantendo, entretanto, o lazer sócio-recreativo e o restabelecimento de papéis sociais.

O SESC de Anápolis, especificamente, desenvolveu com base nas diretrizes nacionais do SESC para trabalhos com grupos, a partir do ano de 2006 um grupo de convivência de idosos intitulado “Vida Plena” – VP e como o nome sugere, o trabalho objetiva a valorização do processo de envelhecimento.

As ações do VP são desenvolvidas de maneira multidisciplinar, de caráter assistencial, articulando educação-saúde-lazer-assistência a partir de parcerias com diferentes instâncias do SESC. O Programa é aberto a todas as pessoas acima (ou em torno) dos 60 anos, de ambos os sexos, que pertençam à comunidade de Anápolis e cidades circunvizinhas, e que queiram estar com outras da mesma idade, aprendendo e ensinando, através de uma programação direcionada à Promoção da Saúde.

O ingresso no programa se dá através da inscrição anual, onde, o idoso é convidado a participar de uma entrevista com a Assistente Social como forma de realizar um “diagnóstico social” e traçar o perfil do participante, havendo neste momento, o repasse de informações de ações metodológicas do VP ao participante.

O grupo de idosos VP tem como objetivo oferecer aos idosos, um espaço para se trabalhar, junto com eles, temáticas ligadas ao processo de envelhecimento, autonomia funcional e entretenimento; tendo como metodologia de trabalho, a utilização de palestras de orientação para a saúde, oficinas ocupacionais e de criatividade, turismo social (passeios por cidades turísticas de Goiás), dinâmicas de grupo, atividades físico-esportivas e de recreação, acompanhamento nutricional e avaliação médica; seguindo a linha de trabalho de educação em saúde preconizada pela pedagogia de Paulo Freire.

A pedagogia freiriana utiliza a conscientização como prática de libertação, onde, essa conscientização pressupõe a “práxis humana”, ou seja, a relação entre ação e reflexão, que “implica que os homens assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo” (Freire, 1980: 26). A conscientização é exatamente lançar um olhar crítico sobre os fenômenos; “é a dialetização dos atos de denunciar a estrutura desumanizante e de anunciar a estrutura humanizante” (1980: 27).

Em grupos como o aqui apresentado, opera-se, ainda, a informação-reflexão, que tem como objetivo estimular a conscientização dos idosos, para a construção positiva do processo de envelhecer, objetivando a autonomia positiva. Para isso, é preciso estar em sintonia com o que Freire chama de Educação Libertadora. Esta visa libertar as pessoas dos preconceitos que enrijecem as atitudes e as crenças, acerca de si mesmo e do mundo.

Freire, pertinentemente, afirma: “a conscientização é o olhar mais crítico possível da realidade, que a dê-vela para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante” (1980: 29).

Comungando dessa linha de pensamento, Bleger (1993) nos fala do grupo enquanto lugar de aprendizagem afirmando que:

[...] o processo de aprendizagem funciona no grupo (...), não no sentido de que tudo consiste em tirar de cada um o que já tem de dentro de si, mas no sentido de que é o grupo que cria seus objetivos e faz suas descobertas através da ativação daquilo que existe em cada ser humano de riqueza e experiência, ainda que pelo simples fato de viver. (1993: 66)

Calcados na perspectiva da educação libertadora, no VP as atividades são operacionalizadas com a divisão dos participantes em dois grupos de 45 pessoas cada. Os dois grupos se reúnem no mesmo dia, havendo o revezamento das atividades.

Os encontros são realizados semanalmente às terças e quintas-feiras, onde, o primeiro grupo participa de atividades sociais (reuniões de continuidade, palestras de temas específicos, oficinas ocupacionais, dinâmicas de grupo, reuniões dançantes, entre outras) no período de 14h30minh às 15h30minh. E das 15h30minh às 16h30minh o grupo passa às atividades da programação desenvolvida pelo professor de Educação Física (atividades aquáticas, ginástica nas suas mais diversas modalidades, caminhada orientada, alongamentos, além de atividades recreativas). Enquanto no segundo grupo o fluxo das atividades é o inverso.

Com relação às ações, observamos ter as palestras o intento de fazer a conexão entre a saúde e a condição de vida do participante, através do acesso a informação

pertinente ao processo de envelhecer. São ministradas por profissionais/monitores contratados de acordo com o tema; tendo por objetivo a informação em saúde⁹.

Freire (1987: 67) afirma que não se pode pretender libertar os homens se a educação é alienante. “A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposite nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É uma práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo.”

Em busca da educação libertadora freiriana, observamos o turismo social; fortalecendo a convivência grupal, integrando os participantes do grupo. Não obstante, as oficinas são voltadas, especialmente, para a troca de experiências, desenvolvimento da coordenação motora, ampliando o conceito de criatividade e lazer, lançando mão da utilização de técnicas com materiais recicláveis, pintura, colagem, dança (por meio de expressões corporais), artes cênicas, dentre outras com o intuito de favorecer o processo de aprendizagem e desenvolvimento.

Davini (1994) coloca a implicação do sujeito na produção de mudanças com base no processo de aprendizagem, afirmando:

[...] se o pensamento e a ação estão conectados, se é necessário produzir mudanças nos modos de pensar e perceber que orientam as práticas, a questão de mudança subjetiva não é aleatória, são nossas teorias (como teorias internalizadas) as que determinam aquilo que vemos e são nossos modelos mentais que muitas vezes representam barreiras a aprendizagem. Não se trata de ignorar a presença da “realidade objetiva”, mas de reconhecer a primazia do sujeito na produção do sentido da experiência. (Davini, 1994, apud Ribeiro e Motta, 1996: 07)

No mesmo contexto, as dinâmicas de grupo corroboram com o processo de aprendizagem e desenvolvimento da integração, bem como, com o exercício da

⁹ Definida como sendo “toda forma de conhecimento relacionada à produção, gestão e disseminação de informações que possam ser utilizados para solucionar ou amenizar problemas de saúde de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos promovendo a melhoria da qualidade de vida”. (MORAES, I.H.S & MURAT, M. Informações em saúde. Junho de 2000. <[http:// www.ensp.fiocruz.br/ infosaude](http://www.ensp.fiocruz.br/infosaude)>)

autonomia. Davini (1994: 32) aborda, ainda, o processo de aprendizagem, como um processo ativo do sujeito. Segundo ela, a aprendizagem não se processa em um determinado momento como um abrir e fechar os olhos; pelo contrário, requer um tempo, no qual o sujeito “investigue ativamente aplicando suas formas de conhecer e aproximando-se cada vez mais da matriz interna do assunto, em um processo de idas e vindas de reflexão e ação.”. Assim, na medida em que se concebe o processo de aprendizagem, enquanto um processo de reflexão e ação, ocorre a dinâmica da aprendizagem que se apresenta como:

[...] “processo, de ação assimiladora e de aproximação sucessiva, sempre se inicia a partir da primeira visão que o sujeito tem do assunto, visão altamente carregada de costumes e tradições. Mas nem sempre tais costumes e tradições serão eliminados durante o processo. Muitas se transformarão, enriquecidas pelo novo conteúdo a ser assimilado; outras permaneceram, na medida em que não entrem em contradição com o que foi aprendido. A visão baseada em costumes e tradições se transformará na medida em que o educando sinta necessidade, a partir de sua própria reflexão e busca ativa durante o processo. E, é assim que, a cada momento de aproximação ao fundamental do assunto, o sujeito construirá ativamente novas regulações, ou melhor dizendo, novos comportamentos cada vez mais ajustados ao objeto em questão. Construindo gradualmente sua própria síntese modificará sua ação prática abandonando os comportamentos anteriores. Assim, não avançará isoladamente no conhecimento, mas haverá tido oportunidade de avançar em seus próprios esquemas de assimilação pelo exercício de ação intelectual.” (apud Ribeiro e Motta: 32)

Deste modo, a informação educativa promotora de mudanças, envolve programas que se desenvolvem em diferentes ambientes que contêm as populações alvo, objetivando contribuir para o alcance de melhores níveis de saúde da população focalizada, desenvolvendo nos participantes habilidades motoras, reequilibrando sentimentos, combatendo a carência afetiva, a insegurança e instabilidade emocional,

desenvolvendo a comunicação grupal e a convivência entre idosos. Estando todos interligados, de maneira que o desenvolvimento de um deles beneficia os outros.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

“Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escorram entre nós.”

Victor Hugo (1802-1885)

4.1. Tipo de estudo

Diante da complexidade e subjetividade do nosso objeto de estudo – significados do projeto VP para idosos - e calcados nas bases referenciais teóricas da pesquisa qualitativa optamos por essa para a realização desse trabalho, por compreender que esse tipo de pesquisa nos possibilitará estar mais próximo da realidade pesquisada, conforme afirma Minayo (1994):

[...] a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (1994: 21-22).

Diante à diversidade de métodos e possibilidades de estudos qualitativos, surgiu o questionamento acerca do mais apropriado para o delineamento e desenvolvimento do nosso estudo. Elegemos o método da História Oral, uma vez que tem como principais fatores motivadores a possibilidade do uso das reminiscências¹⁰ e preservação da memória física e espacial, valorizando-as e alargando os horizontes da nossa pesquisa, permitindo a construção da mesma a partir das palavras daqueles que vivenciam e participam do VP, mediante suas referências e também seu imaginário.

Por se tratar de um método até então pouco trabalhado pela pesquisadora, necessário se fez a busca por referenciais teórico-conceituais para que fosse possível o embasamento teórico para execução da prática, nesse caso a pesquisa de campo. Nessa busca, fez-se necessário a leitura diversos autores clássicos como, por exemplo, Pierre Bourdieu para a compreensão global do método. Após essa, optou-se por Paul Thompson como autor de referência para a condução do método no desenvolvimento desse estudo.

Dentre os clássicos da utilização do método, pode-se citar Bourdieu, que vem desenvolvendo diversos projetos de história oral, por ele denominados de “história de vida”, cuja substância se exemplifica na seguinte narrativa:

“A vida constitui um todo, um conjunto coerente e orientado, que pode e deve ser apreendido como expressão unitária de uma ‘intenção’ subjetiva e objetiva, de um projeto: a noção sartriana de ‘projeto original’ somente coloca de modo explícito o que está implícito nos ‘já’, ‘desde então’, ‘desde pequeno’, etc. das biografias comuns ou nos ‘sempre’ (sempre gostei de música) das ‘histórias de vida’”. (Bourdieu, 2001: 184)

Evidencia ele, que a vida organizada como uma história transcorre, segundo uma ordem cronológica que também é uma ordem lógica, propiciando ao alcance dos objetivos dos estudos ancorados na história oral.

¹⁰ Evidência oral específica das experiências de vida do informante. Entregar-se a reminiscências pode ser uma maneira interessante de os idosos manterem o sentimento de sua identidade em um mundo em mudança. (THOMPSON, P. A voz do passado, história oral. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. p.40)

[...] conduzindo à construção da noção de trajetória como série de posições sucessivas ocupadas por um mesmo agente num espaço que é ele próprio um devir, estando sujeito a incessantes transformações (...) o que equivale a dizer que não podemos compreender uma trajetória (isto é, o envelhecimento social que, embora o acompanhe de forma inevitável, é independente do envelhecimento biológico) sem que tenhamos previamente construídos os estados pertinentes – ao conjunto dos agentes envolvidos no mesmo campo e confrontados com o mesmo espaço do possível. (2001: 189-190)

Essa noção de trajetória e espaços sociais, bem como, da posição do agente inserido em seu contexto, pode prontamente ser explorado no método da História Oral, pois é uma história construída em torno de pessoas, lançando a vida das mesmas para dentro da própria história e isso alarga seu campo de ação. (Thompson, 2002)

O método aqui apresentado foi eleito para o uso nesse estudo, por melhor contemplar o objetivo proposto, bem como, por possuir, também, a vantagem especial de franquear para o estudo da história de importância local¹¹, sendo que, toda fonte histórica derivada da percepção humana é subjetiva, mas apenas a fonte oral permite-nos desafiar essa subjetividade; descolar as camadas de memória, cavar fundo em suas sombras, na expectativa de atingir a verdade oculta. Fazendo-se digno de nota o uso da história oral para a gerontologia, tendo como processo de reminiscência de pessoas idosas implicações sociais e históricas, inclusive.

4.2 Local de estudo

¹¹ Fato propício ao desenvolvimento do nosso projeto que pretende compreender a importância de significados atribuídos por idosos a um programa regional, sem pretensões de generalizar as impressões. Sendo construído em torno de pessoas anônimas que ao expressarem seus sentimentos, crenças e atitudes, permitirão a revelação de acontecimentos, experiências e mentalidades.

Utilizamos como local de investigação o Programa de Promoção de Saúde para Idosos do SESC da cidade de Anápolis-GO. Esta unidade do SESC conta com os serviços de odontologia, médico, serviço social, nutrição, educação em saúde, trabalho com grupos, ação comunitária, desenvolvimento físico e esportivo, educação infantil, educação complementar (oficinas, palestras, educação continuada, etc.), recreação, turismo social, biblioteca e ações para o desenvolvimento artístico e cultural; gerando em média de 700.000 atendimentos ao ano.

O Programa é denominado Projeto “Vida Plena” e tem como característica o uso de ações sócio-educativas na perspectiva da participação e do desenvolvimento social. Abarcando seis vertentes:

- Palestras interativas de orientação em saúde;
- Oficinas ocupacionais e de criatividade;
- Turismo social (passeios por cidades turísticas de Goiás);
- Dinâmicas de grupo;
- Atividades físico-esportivas e de recreação; e
- Acompanhamento nutricional e avaliação médica.

4.3 Sujeitos do estudo

Fizeram parte do estudo, idosos participantes do Grupo de Idosos “Vida Plena”, localizado no SESC de Anápolis-Go. Eles foram convidados a participar como voluntários dentro das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), representados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, cujo Termo de Consentimento Esclarecido encontra-se em anexo (Anexo 2).

A escolha dos idosos para participar da pesquisa foi feita a partir dos seguintes critérios: idosos de ambos os sexos, com 65 anos ou mais, hígidos, capazes de manter diálogo, que estejam participando do VP há, no mínimo um ano, uma vez que, a percepção de repercussões da participação em suas vidas cotidianas é entendida

como resultado de um processo e, deste modo, é preciso que estas pessoas participem há certo tempo do VP.

Foram escolhidas duas idosas que contemplam os critérios de seleção e que aquiesceram em participar após terem sido informadas sobre o objetivo, metodologia e formas de divulgação do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Destacamos que a seleção das narradoras baseou-se na disponibilidade delas, a qual só foi previsível após um primeiro contato. A seleção resultou de uma avaliação da relevância ou da representatividade social¹² (não estatística) das pessoas. Tal avaliação ficou por conta da ‘intuição’ da pesquisadora, indo de encontro às bases conceituais de Thiollent (1987). Sendo que, as idosas selecionadas apresentaram um perfil diferenciado dos demais participantes, pois, uma configura-se como líder incentivando e apoiando os outros participantes na execução das atividades propostas, fazendo-o de maneira geral com o grupo, já a outra narradora possui a característica formar pequenos grupos de participantes e agir como mobilizadora desses.

Ressaltamos ainda, que as narradoras não participam de atividades associativas outras, além do Grupo de Idosos “Vida Plena”.

Para resguardar a identidade das idosas que fizeram parte deste estudo, foi dado a elas nomes de flores nativas do cerrado goiano, devido às suas peculiaridades, como: manterem-se floridas no período da seca e sua rara beleza. Apresentando uma explosão de cores que fascina mesmo quem já está habituado a ver essas magníficas árvores no auge da florescência no período da seca; embelezando a região e a fazendo um dos mais belos cartões postais do Brasil, ficando assim denominadas: *Flor de Ipê e Flor de Pequi*

4.4. Coleta de dados

¹² A representação social foi analisada durante a participação efetiva da pesquisadora em todos os encontros do VP realizados no primeiro semestre de 2008 no SESC de Anápolis – às terças e quintas-feiras das 14:30 às 16:30 horas - onde, foram identificados participantes capazes de mobilizar os demais e que se configuravam como líderes grupais, além da observação das diversas particularidades e comportamento dos participantes no grupo.

Os dados foram coletados por meio da técnica da entrevista, com a utilização de um roteiro com questões semi-estruturadas (Anexo 3).

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, assegurando o sigilo acordado com as depoentes. Foram realizadas no local sugerido pelas entrevistadas. O material transcrito foi devolvido às narradoras para avaliarem o teor do mesmo, acrescentando ou retirando depoimentos.

A escolha da técnica de coleta de dados utilizada foi norteadada pelo método, dentro daquilo que a pesquisadora objetiva em sua pesquisa, produzindo versões do mundo, sem perder a noção de que o conhecimento é sempre uma construção do coletivo, ou seja, uma construção da realidade.

A entrevista pode ser considerada como prática discursiva, de forma a entendê-la como “ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade”. (Pinheiro, 2004: 184)

Nesse trabalho utilizou-se, a entrevista semi-estruturada ou entrevista aberta. Esta modalidade permite ao entrevistador uma maior flexibilidade, na medida em que pode se alterar a ordem das perguntas e se tem ampla liberdade para fazer intervenções, de acordo com o andamento da entrevista (Bleger, 1993). Foram formuladas 13 questões abertas que estão em anexo (Anexo 3).

Os temas contidos nas entrevistas deste trabalho versam sobre:

- Envelhecimento;
- Participação no Projeto “Vida Plena”; e
- Participação em outros grupos, associações, clubes, movimentos sociais, etc.

A marcação das entrevistas foi feita da seguinte forma: a pesquisadora foi até o grupo de Idosos VP e fez a apresentação da proposta da pesquisa, para os usuários. Logo após, foi feito um convite a estes idosos, levando-se em conta os critérios de inclusão já relatados.

Assim, foram agendadas entrevistas individuais com duas usuárias do VP. As entrevistas, com duração média de uma hora de trinta minutos, foram realizadas de acordo com o local de escolha do participante e todas gravadas, com a autorização dos mesmos.

4.5. Análise dos Dados

Após as transcrições dos dados das entrevistas, foram feitas as avaliações, utilizando-se a técnica de análise qualitativa em saúde. Pinheiro (2004) ressalta, que é necessário, na análise dos dados, haver uma apreensão global da entrevista em seus aspectos dinâmicos e interativos, e partir, então, para a identificação dos temas, que vão emergindo das falas dos entrevistados, de forma que eles sejam uma primeira organização das falas.

Utilizou-se como referencial conceitual para a análise dos dados, os autores Martins e Bicudo (1989), Minayo (1998) e Spink (2000).

Martins e Bicudo (1989) utilizam a análise qualitativa buscando não os fatos em si, mas os significados desses fatos para os sujeitos:

“A preocupação se dirige para aquilo que os sujeitos da pesquisa vivenciam como um caso concreto do fenômeno investigado. As descrições e os agrupamentos dos fenômenos estão diretamente baseados nas descrições dos sujeitos, e os dados são tratados como manifestações dos fenômenos estudados”. (1989: 30)

Esta forma de análise se constitui de quatro momentos a serem seguidos:

- leitura para apreensão global do sentido geral das respostas – “a leitura das descrições é feita em relação ao grupo tomado como um todo, almejando obter uma visão geral do material analisado”;

-
- leitura para encontrar unidades de significados – “O material coletado é lido com a finalidade de encontrar-se aquilo que parece ser o mais significativo nos dados obtidos e de saber-se quais as partes principais, onde podem ser percebidas diferenças entre os dados”;
 - definição de temas mais importantes – “as partes significativas são delimitadas por temas ou perspectivas de investigação”; e
 - síntese integradora dos “insights” das unidades de significado – “a perspectiva adotada na análise é da descoberta de como os sujeitos experenciam o fenômeno ou de como o autor da mensagem vê o fenômeno como um todo” (1989:39).

Minayo (1998) comunga de um percurso metodológico semelhante, orientando que o material coletado deve ser analisado por meio da técnica da análise temática; após leitura exaustiva, com a finalidade de se encontrar aquilo que parece ser o mais significativo dentre as respostas das entrevistas, explorando-se também as diferenças percebidas entre as falas. Agrupando as partes significativas em eixos temáticos, escolhidos a partir de categorias de análise concernentes ao referencial teórico. Sendo elas nesse trabalho: velhice e envelhecimento e “Vida Plena” e envelhecimento.

Spink (2000) segue a mesma direção na interpretação dos dados, afirmando que a interpretação é concebida como um processo de produção de sentidos que tem como atividade-meio o diálogo com as informações coletadas no trabalho de campo; e como atividade-fim a explicitação dos sentidos encontrados a partir da interpretação. Assim, a análise objetiva trabalhar a “dialogia implícita na produção de sentidos e o encadeamento das associações de idéias” (2000:106).

O senso comum dos referenciais teóricos ora apresentados converge para uma mesma direção, sinalizando assim, o percurso trilhado durante a análise aqui apresentada. Neste processo emergiram duas grandes unidades de significados, descritas como categorias de análise: Velhice e Envelhecimento, “Vida Plena” e Envelhecimento.

Na categoria Velhice e Envelhecimento trabalhamos com as subcategorias: trajetória de vida, saúde, doença e envelhecimento; auto-imagem do envelhecimento; cidadania, direitos sociais e aposentadoria. Na categoria “Vida Plena” e

Envelhecimento abordamos as subcategorias: motivação para ingresso, permanência e participação no VP; mudanças observadas.

Ressaltamos que na exposição dos resultados obtidos com a análise do material empírico (entrevistas) ficaram ocultos alguns temas elencados no roteiro semi-estruturado. Esse fato se deu, pois, as respostas apresentadas pelas narradoras não continham elementos para a constituição de categorias para a análise.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes.”

Cora Coralina

Neste momento, trazemos à reflexão o diálogo entre o material empírico obtido nas narrativas das idosas entrevistadas e os referenciais teóricos por nós selecionados, visando subsidiar nossa busca para compreender os significados – atitudes, valores e crenças – que idosos atribuem ao Projeto “Vida Plena” e apreender as repercussões/influências em sua vida cotidiana.

Em um primeiro momento apresentaremos as narradoras para em seguida trabalhar com as duas categorias de análise que emergiram da leitura das narrativas: Velhice e envelhecimento, “Vida Plena” e envelhecimento.

5.1. Apresentação das narradoras

Conforme já mencionado, atribuímos nomes de flores do cerrado às entrevistadas, como uma forma de homenageá-las e, sobretudo, assegurar o sigilo nominal acordado no momento da solicitação da entrevista. São elas: *Flor de Ipê* e *Flor de Pequi*.

- ***Flor de Ipê***

É uma senhora de 65 anos de idade, casada, natural de Minas Gerais, filha de uma família de seis irmãs, morou no exterior acompanhando o marido devido ao trabalho que esse exercia antes de vir para a cidade de Anápolis em 1989.

Teve quatro filhos, dois deles foram natimortos, os outros dois estão casados e residem em outras cidades. Mora em Anápolis com o seu marido e um neto que está se preparando para o vestibular. Trabalha em casa, não exerce nenhuma atividade remunerada.

Estudou de forma a finalizar o segundo grau, atual ensino médio. É bastante comunicativa, exercendo papel de líder no grupo “Vida Plena”.

Quando convidada a participar da pesquisa, assentiu de pronto e optou por realizar a entrevista em sua residência, onde, fui bem recebida por ela, seu marido e dois netos pequenos que chegavam à sua casa naquele momento.

A senhora *Flor de Ipê* se mostrou bastante à vontade em falar de si e de sua relação com o envelhecimento e do VP que participa há dois anos.

- ***Flor de Pequi***

É uma senhora de 77 anos de idade, casada há 60 anos. Natural de Minas Gerais veio morar em Anápolis com 17 anos de idade. Passou a infância, a juventude e parte da maturidade na zona rural.

Teve 14 filhos, sendo que apenas seis estão vivos. Uma filha faleceu aos 20 anos de idade deixando dois filhos – uma com cinco anos e outra com dois anos – os quais são cuidados por ela e seu esposo desde então. Moram juntos.

Estudou até a conclusão do quarto ano primário, atual primeiro ciclo do ensino fundamental. Não trabalha fora de casa, entretanto, complementa a renda familiar fazendo bordados para vender.

Participa do VP há um ano. Optou por realizar a entrevista no SESC e veio acompanhada do marido. Para a realização da entrevista, foi conduzida a uma pequena sala nas dependências do SESC e o marido ficou de fora aguardando por ela.

Mostrou-se inquieta no início, passava as mãos nos braços constantemente. Estávamos sentadas em uma pequena mesa com uma cadeira de frente (onde eu estava sentada) e outra de costas para a porta (onde ele estava sentado), no início da entrevista olhava sempre para trás como se estivesse preocupada com o fato de alguém estar ouvindo nossa conversa. Diante desse incômodo demonstrado por ela, perguntei se gostaria que eu fechasse a porta e ela disse que sim, que seria melhor. Isso foi feito.

Após uma breve conversa com o intuito de estreitar vínculos e deixá-la mais à vontade, deu-se início nossa entrevista e a senhora *Flor de Pequi* foi se soltando lentamente, respondendo as perguntas com muita naturalidade e sem pressa.

As histórias das vidas das narradoras nos fazem refletir sobre a tendência da organização das famílias na contemporaneidade. Corroborando com o pensamento de Lopes (2007) ao afirmar que

(...) atualmente é fácil encontrar até quatro gerações convivendo no mesmo domicílio. Aumenta o número de avós e, por conseguinte, cresce o número de anos que uma pessoa vai viver nessa posição. É habitual hoje compartilhar a vida adulta dos netos, criando-se novas modalidades vinculares e de solidariedade mútua. Os netos freqüentemente se transformam em cuidadores dos avós e/ou exercem uma função mediadora quando existem conflitos com a geração do meio, algo impensável há apenas uma geração. (2007: 148)

5.2. Apresentação e discussão das narrativas

As categorias de análise foram definidas a partir do referencial teórico-conceitual sobre envelhecimento, longevidade, qualidade de vida, políticas públicas e sociais direcionadas ao segmento idoso, promoção da saúde e construção de programas para idosos; e de leituras críticas do material obtido nas entrevistas com vistas a buscar as unidades de significados capazes de sintetizar o que havia de mais significativo nos dados coletados. (Martins e Bicudo, 1989; Minayo, 1998).

Neste processo, selecionamos duas grandes unidades de significados, descritas como categorias de análise: velhice e envelhecimento, “Vida Plena” e o envelhecimento.

Dentro das categorias emergiram subcategorias, que atuam como funções ou valores dessas categorias maiores, sendo:

- trajetória de vida, saúde, doença e envelhecimento
- auto-imagem do envelhecimento;
- cidadania, direitos sociais e aposentadoria;
- motivação para ingresso, permanência e participação no VP; e
- mudanças observadas.

A seguir, são mostradas as categorias de análise, com seus respectivos significados teóricos e, à luz destas categorias, as entrevistas são analisadas.

5.2.1. VELHICE E ENVELHECIMENTO

5.2.1.1. Trajetória de vida, saúde, doença e envelhecimento.

O percurso de vida de um idoso após sessenta e cinco anos e mais de existência certamente é um vasto campo de estudo. Repleto de experiências e relatos dignos de registro, como pode ser observado abaixo.

“Eu sou uma pessoa muito disposta, graças à Deus, sabe? Trabalhei demais na roça, sou mãe de 14 filhos. Perdi muito filho assim de aborto, fora do tempo, sabe assim? Perdi muito filho. Agora perdi esses dois grandes, tem 42 anos que eu perdi um filho, agora tem 20 anos que eu perdi a outra e agora eu fiquei só com seis filhos. Isso foi tudo na roça na maior dificuldade. (...). A gente desgasta muito.” (Flor de Pequi)

“Minha vida foi... Eu vim lá do estado de Minas, eu sou lá de Formigas, tá? Eu vim de lá com 17 anos. Chegou aqui, só trabalhando, nós morando na roça, vinha para a cidade lavando roupa para os outros, ia para a roça era trabalhando, cozinhando para pião. Na vida eu fui muito jogada, sabe? Eu fui muito jogada. Muito... Tinha que trabalhar demais. Vai refletindo.” (Flor de Pequi)

Encontramos nesses registros a evidência das perdas sofridas e da grande dificuldade do labor nos tempos idos e assim como Cora Coralina em seu poema “Assim eu vejo a vida” retrata a vida de passado árduo, indo de encontro ao discurso da Sra. *Flor de Pequi*. Assim sendo, metaforicamente, podemos atribuir-lhes a semelhança a uma árvore antiga, pois nela estão os registros de parte de sua história. Conseguiu sobreviver às intempéries e nela deixaram marcas profundas, incapazes de serem removidas, entretanto, permanece frondosa e a cada instante com raízes mais profundas. Incapaz de serem arrancadas diante de pequenas tempestades.

“A vida tem duas faces:
Positiva e negativa
O passado foi duro
mas deixou o seu legado
Saber viver é a grande sabedoria
Que eu possa dignificar
Minha condição de mulher,
Aceitar suas limitações
E me fazer pedra de segurança
dos valores que vão desmoronando.
Nasci em tempos rudes
Aceitei contradições,
lutas e pedras como lições de vida
e delas me sirvo
Aprendi a viver.”
(Cora Coralina)¹³

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, o envelhecimento é um processo que pode ser compreendido como “seqüencial, individual, acumulativo,

¹³ Poema inédito em livro, foi publicado pelo jornal "Folha de São Paulo" — caderno "Folha Ilustrada", edição de 04/07/2001

irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OPAS, 1993). Dessa forma, a velhice não se relaciona, necessariamente com a idade cronológica, mas, principalmente com as condições do indivíduo em responder às demandas do dia-a-dia, sua motivação e sua capacidade para continuar na busca de realização de objetivos e conquistas. Não sendo possível abordarmos o tema trajetória de vida sem observarmos os processos envolvidos nesse como: saúde, doença e o próprio envelhecimento.

“Eu sou uma pessoa, menina, que eu posso tá doente. Assim sentindo alguma coisa. Que eu não deito de dia, não deito. Graças à Deus também, que em hospital eu fui duas vezes nessa minha vida. Com setenta e tantos anos eu fui no hospital para ganhar um filho lá em Nerópolis, aí ganhei um no hospital Dom Bosco. E outra para tirar o útero e fazer períneo, mas, quase tudo de um dia para outro. Graças à Deus nunca tive que ficar deitada.” (Flor de Pequi)

Com o processo do envelhecimento, surgem os questionamentos acerca do termo saúde, já que parte dos idosos é portadora de, pelo menos, uma doença crônica. O aspecto central no envelhecimento é a autonomia, sendo esta um determinante de vida saudável para o idoso. O “envelhecimento saudável passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica” (Ramos, 2003, p.794).

No discurso da Sra. *Flor de Pequi* o termo “ficar deitada” representa essa ausência de independência, causando sensação de desconforto e incapacidade em manter as atividades de vida diária, sendo a doença vista como um fator extremamente negativo.

“Esses tempos para trás menina, até falei para a professora. Eu até parei de vim aqui (Projeto “Vida Plena”) porque eu tava com a cabeça ruim. Quando eu andava eu sentia que eu não tava certa. Aí, você acredita que eu operei acabou? Era as vistas que tava fazendo isso. Tava com vertigem, tomava remédio para uma coisa, tomava remédio para outra coisa, pra outra e nada adiantava. O dia que eu operei acabou e hoje ta com quinze dias que eu operei.” (Flor de Pequi)

“Catarata tirou naquela época da campanha dos idosos. Aí criou uma capinha debaixo da lente e eu quase tava ficando cega mesmo, não tava enxergando. Parece que quando tava sentada igual a gente tá aqui, eu não separava seu olho nem sua boca nem seu nariz, num separava nada. Aí Deus me encaminhou o Dr (...), porque foi Deus quem encaminhou e aí a gente ainda não acabou de pagar, tem que pagar aos poucos porque a gente não tem condições. (...). O meu marido é aposentado só que com o salário que ele ganha a gente paga a luz, telefone, água e as outras coisas da casa.” (Flor de Pequi)

O indivíduo, através da religiosidade, pode atribuir significados aos fatos, compreendendo-os como parte de algo mais amplo, mediante a crença de que nada ocorre ao acaso e de que acontecimentos da vida são determinados por uma força superior (Dull e Skokan, 1995). Constituindo-se, muitas vezes, uma ferramenta imprescindível para abordagem e solução de problemas relacionados à saúde e ao envelhecimento, contribuindo indubitavelmente para a promoção da saúde do idoso.

“Não é bom de jeito nenhum. Igual eu falo: “gente, vocês que são jovens, procura fazer tudo para preservar a saúde, porque até hoje eu faço todo o serviço da casa mas é porque já é por necessidade”. Você entendeu como que é? Por que eu num vô fazer não é porque eu não

tenho não. Eu posso muito bem ter uma empregada, mas, eu prefiro não. Porque senão eu fico sentada. “Fulana faz isso, cicrana faz isso pra mim.” E eu não posso. Por causa dos problemas de saúde que eu tenho. Se eu fechar a mão assim ó (fecha a mão direita e o dedo do meio não volta com os outros ao abrir. Ela pega a mão esquerda e usa para auxiliar na volta ao dedo na posição estendida). Eu já fiz cirurgia desse aqui (pausa). Então eu tenho que movimentar.” (Flor de Ipê)

Portanto, dentre os principais desafios que a longevidade propõe às pessoas idosas é a preservação das ameaças de restrições da autonomia, causadas pela deterioração da saúde e empobrecimento da vida social. A capacidade de tomar decisões e o autogoverno podem ser comprometidos por doenças físicas e mentais ou restrições econômicas e educacionais. Para Lima Filho (2000) elas não afetam apenas as atividades de vida diária (AVD) do idoso nas ações instrumentais, mas também para compreender e avaliar as possibilidades, direitos, necessidades, expectativas e preferências. As AVD são essenciais aos exercícios da livre escolha ou à rejeição de suas correções.

5.2.1.2. Auto-imagem do envelhecimento

As imagens atribuídas para e pelos idosos contribuem para a definição de velhice e seus significados e embora apresente um caráter subjetivo e transitório, os depoimentos permitem-nos captar a essência dos reflexos do envelhecer para as entrevistadas.

“Cabelo branco ... as forças da gente vai acabando, né?” (Flor de Pequi)

“Eu fico me olhando assim ó (passa a mão nos braços) e pensando o tanto que a gente queimava no sol, o tanto que a gente trabalhou.” (Flor de Pequi)

“A gente vai envelhecendo a gente não é mais como a gente era quando era nova, né? A gente vai mudando aos poucos.” (Flor de Pequi)

Observamos a contemplação da imagem pelo idoso e essa afirma Lopes (2007:142) não se refere só a um corpo anatômico, fala de um corpo que ao atravessar diferentes situações da vida, conta uma história inscrevendo-a na própria imagem. Comprovando a idéia de que a imagem observada é suficiente para que tenhamos uma noção do percurso de vida e as limitações advindas desse.

“No momento que eu parei de jogar bola então, eu jogava vôlei sabe, aí foi no momento que eu não conseguia fazer os exercícios que fazia, eu comecei a ficar mais mole, entendeu? Eu não conseguia acompanhar o ritmo do treino aí eu comecei a ver que (...), meu corpo não estava acompanhando o que eu tô pensando, aí eu tive que diminuir, aí praticamente já não conseguia acompanhar, foi quando eu comecei a minha velhice.” (Flor de Ipê)

“Senti que eu estava envelhecendo. Com 38 anos, eu jogava vôlei lá em São Paulo, eu não sei se você conhece São Paulo. Eu jogava na ACM – Associação Cristã de Moços. Eu jogava lá, depois joguei no Palmeiras, mas, não profissionalmente nem nada, só na parte de educação física, sabe? Então, incluía o vôlei nas atividades. Aí eu não consegui mais acompanhar. Aí eu parei (risos).” (Flor de Ipê)

Envelhecer é um processo complexo, dinâmico, progressivo e irreversível a que todos os seres estão sujeitos com a passagem do tempo. Esse processo se apresenta de maneira muito heterogênea e está pautado em fatores diversos, apresentando-se de maneira individualizada em cada pessoa, não sendo possível, portanto, generalizá-lo. Entretanto, o senso comum, nos mostra que o declínio físico pode ser percebido pela pessoa em processo de senescência (alterações fisiológicas do envelhecimento) antes dos demais, pois, trata-se de um fator objetivo e relacionado às alterações percebidas das atividades corriqueiras se manifestando de maneira gradual e contrapondo-se ao senso de autonomia.

“(...) o momento que eu tive que tirar os tapetes da minha casa. Olha para você ver que não tem tapete nenhum na minha casa. Nem dentro dos banheiros. Por que eu vi que não conseguia levantar o pé igual eu fazia, entendeu? Aí eu comecei a dizer: gente, eu tô ficando velha (risos), porque eu não consigo mais levantar o pé; porque eu tô começando a levar o tapete comigo. Aí eu comecei a ver que o negócio tava ficando feio. Fiquei com medo de queda (risos).” (Flor de Ipê)

“Me chamou mais atenção também porque eu lia muito, sabe? Eu gostava muito de ler. Até hoje. Eu sempre gostei muito de ler... assim um jornal, toda vida, até hoje eu assinei um jornal, assino a Veja, sabe? Então eu leio muito, aí eu comecei a sentir que eu cansava. Aí eu cansava. Aí eu tive que usar óculos. Aí veio o glaucoma...” (Flor de Ipê)

“Então eu comecei a sentir que não conseguia limpar a casa de uma vez, pegar de manhã e terminar. Eu tinha que pegar um pouquinho e parar. Aí começou artrose, artrite, a não sei das quantas lá, aí o médico falou pra mim: “você não pode passar roupa, você não pode passar o

rodo, você não pode varrer casa”, aí eu peguei e falei: “como é que eu vou fazer então doutor? Eu vou ficar numa cadeira de roda? Mais de jeito nenhum! Eu vou fazer de tudo” e ele falou assim: “você que sabe”. Aí o que é que eu faço? Eu lavo um banheiro, porque não é possível você passar a semana inteiro sem lavar o banheiro pelo menos umas duas vezes por semana, né? Então tenho que lavar antes da empregada chegar. Passar um pano na casa eu passo. Tem seis anos que eu moro nessa casa. Então antes a minha casa era um pouco maior que essa. Então eu limpava uma sala um dia, limpava um quarto no outro dia, sabe? Aí eu fui... a hora que eu via que a minha coluna doía, aí eu fazia igual o médico falou: “você deita de costas sem travesseiro sem nada e cruza as pernas e puxa as pernas aqui (contra o peito) e fica ali entre uns vinte e trinta minutos para aliviar a coluna”. Aí eu comecei a ver...” (Flor de Ipê)

As dificuldades em assumir as limitações físicas e cognitivas que ocorrem em decorrência do processo de envelhecimento levam, muitas vezes, o idoso a observar o outro e não assumir sua condição atual. Lopes (2007: 145) assinala que a construção da identidade social, ao designar a imagem da velhice sempre para um “outro”, preserva os próprios sujeitos individuais das imagens, sinônimos e adjetivos tidos como desconfortáveis.

Para se superar esse desconforto trazido com a idade e com a visão do outro sobre a imagem do velho faz-se necessário que não ocorra o esvaziamento de projetos para o idoso, propiciando que esse alargue os horizontes de suas redes sociais, se sinta ativo e útil à sociedade. Para Lopes (2007: 144) a ausência de projetos/sonhos neste segmento etário é convite à depressão. Sendo, portanto, necessário o estímulo à novos convívios, participações e construções.

“Eu me sinto velha em questão das atividades físicas que eu adorava jogar bola, não consigo mais. Nem se eu tentar. Adorava pular corda....eu não posso mais. (Silêncio)...

Então eu tô velha!”(Flor de Ipê)

“E igual uma vez lá em uma reunião que nós tivemos, a psicóloga estava lá, falando sobre a velhice, não sei o que. Eu falei: “dá licença um pouquinho. Alguém de vocês. Vamos pular corda ali?” “Ah Flor de Ipê o que é isso?” “Vamos jogar vôlei? Eu falei então o que nós somos? Um bando de velhos tentando aceitar a nossa idade. Então vocês pára de falar que não é velho”. A coisa mais ridícula é uma pessoa não aceitar o que é! Porque você menina.....aí elas ficam assim.... “ai Ipê”...eu falei: gente, pelo amor de Deus. Nós estamos aqui para aceitar a gente. Porque não é só falar: ai eu tô velho....ai....ai.....se entregar. Nós estamos aqui é para rejuvenescer a nossa idade. Pra você olhar para você e dizer: eu tô velha. Eu tô uma velha bonita! Eu não dou conta de correr de jogar bola. Mas, eu posso fazer caminhada, eu posso fazer natação, você pode acompanhar seus netos. Eu acompanho os meus netos em tudo quanto há que eles fazem. Só não acompanho quando é uma coisa que eu não dô conta de fazer mesmo.”(Flor de Ipê)

O discurso da Sra. *Flor de Ipê* nos mostra a importância da aceitação da velhice e o reconhecimento das limitações, possibilitando uma melhora na qualidade de vida por meio dessa aquiescência, mostrando-se a longevidade humana como um desafio, ao traçar o perfil de uma realidade complexa em que o envelhecimento é fato estrutural e estruturante da sociedade.

“Por que tem pessoa que não gosta de olhar no espelho. E é bom olhar no espelho. Porque você vê você. Sabe o que está acontecendo com você. Tem que se conhecer.” (Flor de Ipê)

O idoso se postar frente ao espelho e se encarar, reconhecendo dentro de si suas melhores características como apresentado no discurso da Sra. *Flor de Ipê* indo na contramão do que acontece, usualmente, com a questão da imagem do idoso no espelho, segundo Goldfarb (1998:35) para o velho se olhar é apavorante porque não corresponde mais à imagem da memória; “a imagem do espelho antecipa ou confirma a velhice, enquanto a imagem da memória quer ser uma imagem idealizada que remeta à familiaridade do Eu especular”.

5.2.1.3. Cidadania, direitos sociais e aposentadoria

A existência de um número maior de idosos exige políticas e ações que permitam aos mesmos viverem como cidadãos e o direito à aposentadoria é um desses sinais de cidadania, cabendo ao Estado, a execução de políticas sociais que estejam em consonância com os direitos adquiridos com a legislação em vigor.

“A gente vai procurar para aposentar eles querem que a gente tenha a carteira assinada de fazendeiro, coisa que não existia. O que existia era a gente trabalhando feito um burro e não ganhava nada, né? Não tinha garantia nenhuma. E agora Deus abençoou que apareceu um aí que perguntou se eu queria. Eu tive que dar três meses né? Para quem arrumou pra mim. Recebeu três meses pra ele e depois disso é que começou o meu. Mas, graças à Deus tá valendo. Melhor do que nada.” (Flor de Pequi)

O estabelecimento de direitos iguais, numa sociedade desigual, e para grupos específicos, é uma questão fundamental que articula cidadania com democracia. Para Hardy (2004: 270), nesse processo é que se foi construindo um arcabouço que considera os direitos daqueles que têm uma situação específica, ou diferentes, para que possam ter acesso à equidade, uma combinação de igualdade formal perante a lei com igualdade de oportunidades, como uma forma de “compensar as desigualdades de origem para abrir oportunidades equivalentes a todas as pessoas.”

O processo de ampliação e efetivação da cidadania implica um pacto civilizatório de toda a sociedade, não se restringindo à garantia dos direitos de uma parcela da população. A cidadania é, por definição, universal, mas não deve ser concretizada de forma genérica ou abstrata. Na medida em que os direitos universais forem assegurados a todos, teremos uma sociedade de dignidade, respeito e participação, num Estado de direito e democracia. Isso porque a construção da cidadania se articula num processo dialético, à construção da democracia.

A democracia participativa amplia a cidadania formal. A democracia real, que reduz as desigualdades, permite que a cidadania se implemente com efetividade dos direitos, por meio de serviços, recursos, acessibilidade, respeito, tolerância e convivência.

5.2.2. “VIDA PLENA” E O ENVELHECIMENTO

5.2.2.1. Motivação para ingresso, permanência e participação no VP

São vários os fatores motivacionais que levam os idosos a buscarem e manterem-se em um programa de promoção da saúde, sendo esses multifatoriais e podem variar de acordo com cada idoso. Também esses fatores dinamizam e direcionam comportamento e permitem a permanência do idoso no grupo. Dentre os aspectos que influenciam os idosos podemos destacar a preservação da autonomia,

auto-estima e auto-imagem, pois, como visto nesse estudo, na velhice, há uma tendência para a modificação da auto-imagem, tornando-a menos positiva, principalmente nos idosos pobres em convívio social e com pequenas redes sociais. Portanto, dentre os principais desafios que a longevidade propõe aos grupos direcionados aos idosos é a preservação das ameaças de restrições da autonomia, causadas pela deterioração da saúde e empobrecimento da vida social.

“Uai, a antiga assistente social do SESC foi lá em casa muitas vezes ano passado. Ela ia lá e me convidava. Depois um dia eu resolvi e chamei minha amiga que mora lá perto de mim, aí ela aceitou e eu comecei a vim.” (Flor de Pequi)

[Gosta de sair de casa e vir para o “Vida Plena”] “Bom. Ixa! Adoro. Gosto de estar aqui, não gosto de chegar atrasada. Gosto muito daqui.” (Flor de Pequi)

Para Goldfarb e Lopes (2006) o bem-estar emocional e psíquico melhora quando os idosos mantêm vinculados, em primeiro lugar com amigos, uma vez que os relacionamentos são de livre escolha; em segundo lugar, surgem os vizinhos, com os quais é possível montar uma rede solidária, e só em terceiro lugar aparece como importante o convívio com a família, que é identificada como um espaço social de vínculos muito fortes, marcados pela obrigação e, em consequência, altamente conflitivos.

“Se Deus quiser eu vou continuar aqui no ano que vem.” (Flor de Pequi)

“Olha, eu comprei esse lote aqui por causa do SESC. (...). Porque antes eu fazia atividade na academia de hidroginástica. (...). Eu fiz hidroginástica muitos anos. Uns cinco ou seis anos de hidroginástica ou mais; se não foi mais. Aí eu vi que não tava me completando. Eu precisava de uma atividade a mais. Então eu acho que o que mais me faltava era a parte psicológica... que eu tive no SESC. (...). Já que a gente vai ficar aqui em Anápolis então vamos comprar uma casa perto do SESC. Aí minha filha disse assim: “mãe mas porque perto do SESC?” E eu disse: “porque lá alguma coisa a gente tem pra fazer”. Foi quando nós compramos esse terreno aqui e construímos aqui. E aí eu fui olhando, fui lá, comecei a caminhar, depois fui para o “Vida Plena” e aí foi que eu me entrosei bem.” (Flor de Ipê)

Observa-se a importância dos fatores emocionais/psicológicos e o bem-estar trazido pela convivência grupal como fator influenciador positivo na permanência no VP, bem como, a presença da religiosidade arraigada no discurso de grande parte dos idosos.

“(...) gente aqui no SESC....a estrutura do SESC em si é muito boa, mas, a gente não pode ver só o prédio não, tem que ver a parte humana, de dentro. Eu falei assim, a parte dos professores, né? Porque eles é que faz o SESC. O prédio em si é um prédio. Mas os professores é que faz o nome do SESC. Os profissionais é que faz o nome do SESC. Então é....é...é encantador....é mesmo encantador (risos).” (Flor de Ipê)

O papel da equipe coordenadora e executora dos grupos para idosos mostra-se de importância fundamental, tendo para tanto que se valorizar as afinidades durante a seleção dos envolvidos, conforme o perfil apropriado para cada atividade a ser desenvolvida e para cada grupo etário, uma vez que o mote que direciona ao

cumprimento dos objetivos dos grupos voltados para a promoção da saúde não está em grandes eventos e sim na simplicidade das trocas possibilitadas pelo convívio e as construções obtidas a partir dessas.

“Nossa Senhora! Mas o que eu tenho chamado essa da rua aqui minha filha. Mas eu tenho chamado. Uma: “ah eu não posso ir porque a parte da tarde o meu neto fica comigo”.... “ah eu tenho vergonha de ir”... “ah eu não vou!”..... “ah eu não vou pôr aquela camisa e ficar andando envolta do SESC”. “Flor de Ipê o que que você vai fazer lá?”(Flor de Ipê)

“Uai eu vou andar.” “Você põe a camisa?” Eu falo: “lógico! Eu coloco a camisa com orgulho! Tô caminhando com o SESC”. Porque o pessoal não tem idéia do que é o SESC. Você entendeu? Eles acham que é um clube. Não é? “O SESC é uma entidade, não é só aqui, tem no Brasil inteiro.” (Flor de Ipê)

Ressaltamos da fala da Sra. *Flor de Ipê* que juntamente com o bem-estar obtido com a participação no grupo veio necessidade do olhar para o outro. Essa necessidade é que faz com que a mesma queira compartilhar seu espaço de construção com seus vizinhos e conhecidos, pois, vislumbra nesse compartilhamento os reflexos no seu meio de convivência, caracterizando uma ação do “tecer” implícito nos discursos encontrados nesse trabalho, onde, a vida e as relações são tecidas como uma rede.

A participação dos idosos e os sentimentos trazidos com essa estão relacionados a uma complexa análise, onde, faz-se necessário a avaliação do perfil dos participantes, bem como, seu grau de interesse pelas atividades oferecidas, sendo necessário, o conhecimento das aspirações grupais e individuais para a proposição de atividades. A compreensão da totalidade permite o direcionamento das ações e a

adesão da maioria, refletindo na satisfação e bem-estar dos participantes, conforme os discursos aqui apresentados.

“Mas eu não dou conta de fazer aqueles, é... é..., por exemplo, a médica que eu trato com ela, ela me deu o atestado que eu pedia pra fazer qualquer exercício dentro d’água, mas eu não tenho coragem de entrar de jeito nenhum. Uma vez eu falei pra Professora (professora de Educação Física do “Vida Plena”) que eu ponho só o pé na escada, sabe? A Professora faz: “entra D. Flor de Pequi”, mas, eu falo: “nem Professora”. Aí eu fico lá na escada, né? Foi poucas vezes que eu entrei, eu fico sentada, mas eu não tenho coragem de pisar no fundo não.” (Flor de Pequi)

“Ah eu num dô conta daquelas dança que elas fazem não. [Das palestras e oficinas] essas eu participo, mas, por exemplo, tem umas que eu não sou gorda né, aí eu não tenho força pra fazer não. (...) Eu gosto de participar. (...). Fazer vela eu gosto. Tudo essas assim eu gosto.” (Flor de Pequi)

Goldfarb (2006) elucida:

“ser importante nos determos brevemente nos conceitos que guiam as ações. O labor preventivo deve estar assentado na idéia de envelhecimento como fenômeno complexo e multifacetado, que exige sempre intervenções interdisciplinares. Deve-se evitar o pensamento absolutista produzido a partir de qualquer área do conhecimento, que pretenda hegemonizar o saber gerontológico. Não se pode propor a atividade física sem considerar o prazer que deve provocar; nem estimular a atividade artística ou artesanal sem pensar o quanto isso tem a ver com o histórico do

sujeito; nem impor oficina de memória que seja simplesmente exercício de estimulação neuronal sem sentido nem significação subjetiva. Não se deve inventar ações sem conhecer as necessidades e as demandas de quem dela usufruirá.” (2006: 81)

“Sempre eu convido pra vir, inclusive já veio duas que foi eu quem convidei. Nossa! Pode ir que é bom demais! A gente estar aqui junto com as amigas, sempre tem os testes, as oficinas. Essas amigas que eu trouxe tudo faz natação.” (Flor de Pequi)

Para Alves (2007:130), a existência de uma esfera de amizade ativa entre os idosos é um indicador relevante das práticas de sociabilidade vigentes entre os idosos no meio urbano. Estudar a amizade entre os idosos é também colocar em perspectiva o aspecto das afinidades e das escolhas que podem ser feitas nessa fase da vida, e não somente na juventude. Suas escolhas extrapolam o âmbito familiar e das relações consangüíneas e incluem, no cotidiano, pessoas escolhidas por outros motivos que não o da ideologia dos laços de sangue.

As amizades dos idosos colocam em cena as afinidades de gosto, de estilo de vida e uma linguagem de sentimento que apela mais abertamente para as dimensões negociadas nas relações de amizade favorecendo a construção de uma identidade comum e o estabelecimento de laços de ajuda e conforto emocional.

Igual eu falei para a Professora (professora de Educação Física do “Vida Plena”), eu vou lá para o SESC, às vezes, eu saio daqui mais num quero levantar, num quero nada; mas, quando eu chego lá e começo a conversar, começo a andar, sabe? Mas me fez um bem danado. Você precisa ver (risos).” (Flor de Ipê)

A participação dos idosos no VP serve como estímulo aos mesmos em busca de eventos outros que não os do seu núcleo familiar, sendo visto como um fator positivo, pois, estimula a busca para o novo, para a quebra de paradigmas e conceitos pré-formados, desviando o idoso da rotina cotidiana, trazendo benefícios refletiram na saúde como um todo.

“Eu participo de fazer vela, de fazer creme, de fazer... todas as atividades que aparece lá que eu tô lá eu participo de todas.” (Flor de Ipê)

“As palestras, sabe? Aqueles vídeos. É muito esclarecedor para as pessoas. Sabe? Eu não posso falar, eu não, porque eu tenho assim uma bagagem maior que as pessoas que estão lá. Não é querer me levantar, sabe como que é? É porque eu já venho lá de São Paulo. Eu passei fora do Brasil muito tempo, eu tive muitas atividades fora em outros lugares. Você entendeu? E essas pessoas que vem aqui quase não saiam de casa. Então aquelas palestras...é muito útil pra elas. Até que fazer vela, creme, essas coisas até que não me interessava muito. Mas as meninas que iam dar palestra de negócio de saúde, sabe? Aquelas palestras psicológicas, é muito importante.” (Flor de Ipê)

A diversificação de atividades é vista como benéficas em grupos heterogêneos como o VP, pois, permite que os participantes possam optar pela participação ou não, sem com isso se sentir reduzido no número de atividades, sendo mais fácil atingir o público alvo do que quando da restrição e/ou imposição da programação, caracterizando-se como um fator de bem-estar na participação.

5.2.2.2. Mudanças observadas

A participação em grupos de promoção da saúde para idosos nos revela a oportunidade de resgate do tempo perdido, para vivenciar o prazer e a ludicidade, a convivência, o partilhar o tempo com sentidos e significados, refletindo na melhora do sentimento de saúde e felicidade, permitindo ao idoso maior domínio sob seu corpo e suas emoções, bem como, o sentimento de pertencimento, conforme constatado a seguir.

“A gente esquece um bocado dos problemas, a gente tem problema com a família e depois que eu entrei pra cá eu fiquei conhecendo muita gente. Gente muito boa, muito alegre, pessoas muito boas, as professoras são muito boas, os professores são muito bons.” (Flor de Pequi)

“Eu percebi que eu fiquei mais despreocupada com a família, porque preocupava qualquer coisa e estando aqui no meio do povo, dá uma aliviada.” (Flor de Pequi)

O “tecer” redes sociais se apresenta como descoberta de novas possibilidades, confirmando o discurso de Goldfarb (2006: 81) que afirma que diversos grupos são pensados para oferecer assistência, bem-estar e recursos à manutenção da saúde física e mental. Mostrando-se como verdadeiros “espaços preventivos” em favor de um envelhecimento mais feliz, mais ligado à vida, aos vínculos, e não à morte, ao declínio e ao isolamento. Sendo espaços que priorizam atividades ligadas ao prazer, à sociabilidade, à criatividade, ao lazer, e principalmente à participação e inclusão. Lugares nos quais a palavra “velho” é legitimada. Espaços nos quais se deve ir muito além de fornecer o mínimo necessário à manutenção da vida. Âmbitos em que devem se achar os significados necessários à compreensão de que a existência vale a pena.

“Uai, a gente vive alegre. Vive mais, parece que vive mais. Porque a gente, por exemplo, às vezes tá em casa, você tá com problema, tá contrariada você chega aqui vê as amigas, tudo. Eu nunca tinha viajado não. Sabe, com essa cabeça ruim. Foi pra Trindade, eu fui; foi pra Caldas Novas, eu não fui; aí, foi pra Pirenópolis, eu fui porque já tinha operado. Agora a festa de Goiânia eu não podia ir porque eu operei dia 02 e a festa foi dia 03, aí eu não pude ir porque estava muito recente. Mas eu gosto de passear, gosto de tudo.” (Flor de Pequi)

A possibilidade de fazer coisas jamais feitas em um ambiente onde compartilha de sensações e sentimento positivos pode ser observada nos discursos acima. Para Lopes (2006: 95) grupos com certa homogeneização etária dos participantes resultam em espaços onde o indivíduo se sente respeitado como cidadão, pleno de direitos e livres para expressar problemas, dificuldades e carências. Compartilhar o vivido no passado e trazer para o presente possibilita ao idoso compreender antigas experiências e modificar formas atuais de sentir e lidar com o dia-a-dia.

“A minha vida ficou mais...eu senti mais....mais viva, assim, mais animada. Eu já não sentia tão parada, porque eu sempre tive atividade: se eu não estava lendo, eu tava fazendo crochê, se eu não tava fazendo crochê eu tava fazendo um tapete também de crochê, de crochê de coisa.....sabe, eu leio uns dois, três, quatro livros, agora, com SESC a minha parte psicológica de mais movimento corporal ficou melhor.” (Flor de Ipê)

Observamos que o sentimento expresso é o de sentir-se viva diante do novo, fator visto como positivo na interlocução dos discursos, pois, conforme observado nas bases conceituais desse trabalho, esse é um fator convergente para a promoção da

saúde na área da gerontologia, eis que essa vem se apresentando como área interdisciplinar, preparando profissionais e sensibilizando a comunidade, para desenvolver escuta atenta, capaz de captar as diferentes demandas dos também diferentes idosos. Para Lopes (2006: 96), estudar aspectos relacionados à velhice é estudar o futuro de todos nós e abrir perspectivas para o novo modo de ser e ver o tema.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de um grupo multiprofissional, onde, encontramos diversos profissionais atuando como: nutricionista, médico, assistente social, educador físico, psicólogo, dentre outros, exige muita cautela e maturidade ao analisá-lo, pois é preciso respeitar diferentes visões, contemplar essa diversidade em toda a sua riqueza, bem como não deixar perder de vista a necessidade de fortalecer questões específicas das várias áreas do conhecimento. Assim, buscamos contribuir de maneira mais específica com o VP, trazendo, justamente, à discussão o tema sempre tormentoso que é a promoção da saúde coletiva

A capacidade de aprendizagem é inerente ao ser humano ao longo de toda a sua vida. Já a criação de oportunidades para a redescoberta de interesses intelectuais e culturais, perdidos com o afastamento da vida produtiva, abre aos idosos a possibilidade de reintegração social, de desenvolvimento da criatividade e de estímulo das funções intelectuais.

O modelo de grupo encontrado no VP, promove a reflexão sobre questões inter-relacionadas do envelhecimento, da cidadania, da sociedade e da cultura. Traz em seu bojo, gente que redescobre um sentido novo para a vida e para seu próprio processo de envelhecimento, recuperando o hábito de reflexão e do aprendizado constante e com ele a auto-estima, a capacidade de se relacionar e a motivação para valorizar a própria vida por meio da participação no mundo social.

O envelhecimento se constitui como um grande paradoxo humano, já que ninguém quer ficar velho, muito menos, morrer. Entretanto, se não morremos, envelhecemos. Assim, o envelhecimento deve ser visto como uma conquista. Contudo,

as pessoas não querem envelhecer nem querem ficar dependendo dos outros para tomar decisões e desempenhar atividades cotidianas. E com o receio do envelhecimento surgem as alterações biológicas e psicológicas. Aquelas, inerentes ao próprio envelhecimento. Estas, diante da falta de novas perspectivas ou da redução da rede social que o ser em processo de envelhecimento se encontra, acarretando reflexos sociais, tornando a velhice um ciclo de vida negativo.

Ao longo deste estudo, observamos que os grupos voltados para a Promoção da Saúde têm como objetivo, exatamente o contrário, ou seja: propiciar o envelhecimento saudável, com ampla rede social e qualidade de vida.

A pesquisa qualitativa em saúde torna-se crucial para a investigação das ações propostas neste trabalho, que é de compreender os significados do VP para os idosos e assimilar as mudanças ocorridas a partir dessa participação na vida cotidiana dos mesmos. As entrevistas foram fundamentais para o esclarecimento do objeto em questão.

Os pressupostos teórico-conceituais evidenciam terem sido pertinentes ao longo da literatura estudada, tendo como pano de fundo a Promoção da Saúde e o campo da Gerontologia foi fundamental para esclarecer o objeto de estudo proposto e para compreender as falas das entrevistadas.

As narrativas comprovam que é possível envelhecer com qualidade de vida, fortalecendo as redes sociais, propiciando à manutenção do desejo de viver e ser de acordo com o momento de vida. Nas falas pode-se constatar que o envelhecimento, apesar de desencadear o processo de fragilização, pode também ser um momento de construção de conhecimentos e de experiências novas de vida.

O grupo, através da possibilidade de ampliação da rede social, e funcionando como apoio social, configura-se como lugar pertinente para a resignificação dos valores negativos associados ao processo de envelhecimento, vencendo estereótipos associados à velhice.

A idéia, defendida ao longo do trabalho, é que se possa investir em grupos, como estratégias para Promoção da Saúde, através do favorecimento da formação de redes sociais. Durante a investigação, ficou claro, que não é qualquer tipo de grupo que

favorece esse processo. É preciso que o grupo se configure como espaço de reflexão e manutenção da autonomia positiva, no sentido da manutenção das escolhas, trabalhando com competências e não com perdas.

Assim, o grupo de encontro de idosos do VP se configura como espaço de construção da aprendizagem, na medida em que evoca o cuidado com a saúde; se configura como um espaço de pertencimento, de referência, portanto, de apoio emocional, permitindo potencializar talentos por meio das trocas de experiências. Isso é possível, através da autenticidade nas relações sociais, suscitadas pelo diálogo interativo e pela conscientização crítica dos valores associados ao envelhecimento. Desta forma, permite aos idosos a renovação dos espaços de convivência social, o que remete ao resgate do sentido da vida, no qual, finalmente, a velhice pode ser vivida com maturidade, constituindo uma estratégia de Promoção da Saúde. Consta-se, ao longo desta dissertação a necessidade de promover a valorização do idoso como depositário e transmissor da memória cultural.

Isto demonstra que estar inserido em grupos, que trabalham nesta perspectiva de olhar crítico sobre a realidade, permite ao idoso refletir sobre os mitos negativos da velhice, e a partir disso, poder criar possibilidades de estar no mundo de forma mais prazerosa, sempre em busca de novas realizações, com projetos sempre em aberto, sendo esse novo olhar compreendido como uma forma de educação libertadora, assim como a preconizada por Freire, entretanto, os reflexos observados com as mudanças de atitudes frente à vida não são efetivados pelos executores do projeto (esse mostrou configurar-se como um veículo para a promoção de mudanças nos idosos) e sim pelos idosos participantes, configurando-se como promotores de mudanças no cenário onde vivem a partir dos instrumentos obtidos com a participação.

Ao VP, para aprimoramento de suas ações, como sugestão, propomos estimular:

- a experiência de convivência intergeracional, permitindo o aprofundamento da integração social. Levando os participantes a ampliar sua visão de mundos na perspectiva da educação recíproca entre as gerações e a motivação, principalmente pelo fato de existir no SESC de Anápolis o trabalho efetivo com diversos grupos temáticos, divididos por faixas etárias; e

- o estabelecimento de novas relações interpessoais e para sua reintegração na comunidade por meio do voluntariado, pois, cada vez mais o trabalho voluntário é visto como forma de valorizar a vida do cidadão após a aposentadoria, sendo sinônimo de cidadania e expressão de solidariedade social, exigindo de quem o pratica uma visão crítica da sociedade e um compromisso de trabalhar construtivamente para ela.

As falas aqui encontradas se tornam objetos de reflexão, já que na condição de estar vivo, envelhecer parece ser uma acalentada esperança, e é preciso fazê-lo, antes de tudo com dignidade e respeito.

Bom seria se o Tempo não fosse visto como um inimigo e pudéssemos abraçar as rugas e calvícies com a mesma ternura com que seguramos a mão de uma criança. Entender a vida como um corpo único talvez fosse um meio de alcançarmos a eternidade, então entenderíamos o Tempo não como algo a ser combatido, mas como um grande amigo que nos abre as portas para a sabedoria.

Diante de tamanha complexidade como a encontrada na fala dessas senhoras, e sabedora de que o envelhecimento é um processo iniciado no momento do nascimento e do fato das mesmas terem caminhado mais no processo que essa pesquisadora, tomo emprestado a experiência vivida para o encerramento desse estudo.

“Me sinto bem mesmo e ontem ainda tava falando com o médico....é...ontem eu fui no oftalmologista porque eu tenho glaucoma. Aí eu falei: “doutor, mas é incrível como eu fico observando o meu corpo. Eu acho que eu sou uma cientista lá dentro de mim, porque eu me sinto duas pessoas”.

Ele falou assim: “como?”

“Uma que está envelhecendo e a outra que tá observando a outra envelhecer”

Eu falo gente: “agora não dô mais conta de levantar o pé igual eu levantava antes, eu não dô conta mais de subir uma escada....então eu...eu...tô vendo que eu tô de um jeito que as minhas vistas não estão mais igual antes, igual no começo do ano”.

Aí o médico falou assim: “não D. Flor de Ipê. O que é isso?”

“Então o senhor pode fazer o exame que o senhor vai ver que minha vista enfraqueceu e muito.” Isso tudo eu fico observando. Não fico com medo não. Lógico que a gente vai chegar um dia e você vai acabar, né? Mas eu quero chegar lá e dizer assim: “agora chegou minha hora. Então vamos lá!” (risadas). Deixa eu dar o meu pulo.

Esperamos que não só nós pesquisadoras saíamos com percepção diferenciada após concluído o presente estudo; mas, que o mesmo provoque no leitor a habilidade de trabalhar dialogicamente entre o Ser que está envelhecendo e o que está observando o próprio processo de envelhecimento.

ANEXOS

Anexo 1

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 4 de abril de 2008.
CEP 1768/07

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) THAIS BUENO MACHADO DE OLIVEIRA
Co-Investigadores: Ana Cristina Passarella Brêtas (orientador)
Disciplina/Departamento: Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: “Programa de promoção da saúde e velhice um estudo qualitativo (Título provisório)”.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: PESQUISA QUALITATIVA.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: SEM RISCO, DESCONFORTO MÍNIMO.

OBJETIVOS: Compreender os motivos pelos quais os idosos optam pela participação no “Projeto Vida Plena” e aprender as mudanças na vida dos idosos após o ingresso no mesmo..

RESUMO: Trata-se de trabalho que utilizará a metodologia qualitativa, que será desenvolvido no SESC - Serviço Social do Comércio da cidade de Anápolis, Goiás. Os voluntários incluídos serão os idosos participantes do “Projeto Vida Plena” no ano de 2007, projeto que foi executado pelo SESC de Anápolis - Goiás, onde serão excluídos aqueles participantes de versões anteriores do Projeto e com idade menor de 60 anos.

A técnica de coleta de dados será através de observação participante, com o engajamento em diferentes tarefas, sendo: registro completo dos eventos observados em diário de campo, entrevistas com roteiro semi-estruturado e pesquisa documental.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: É necessário o desenvolvimento de mais estudos sobre a temática e atualização constante dos profissionais que atuam com pessoas idosas, sendo agentes modificadores desse processo, justificando-se assim, a relevância do estudo..

MATERIAL E MÉTODO: Foram atendidas as pendências emitidas pelos relatores, estando descritos os procedimentos a serem realizados.

TCLE: Foram atendidas as pendências emitidas pelos relatores, encontrando-se adequado, contemplando a resolução 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo.

CRONOGRAMA: 15 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 4/4/2009 e 4/4/2010.

Anexo 2**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, do projeto de pesquisa ***O significado de um programa de promoção de saúde para idosos*** de responsabilidade da pesquisadora Thaís Bueno Machado de Oliveira (Rua Coronel Batista, 398. Centro – Anápolis – GO – fone: (62) 9118.1114 – e-mail: thaisbuenomom@hotmail.com). Esclareço que este estudo está sendo realizado como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva – UNIFESP e tem como orientadora a Profa. Dra. Ana Cristina Passarella Brêtas (Rua Borges Lagoa 1.341, Vila Clementino, São Paulo – SP – telefone (11) 5571-5000 – e-mail: acbretas@denf.epm.br).

O estudo tem como objetivo compreender os significados (atitudes, valores e crenças) que os idosos atribuem ao “Projeto Vida Plena” e apreender as implicações desse em suas vidas.

Informo que a escolha do Projeto Vida Plena como universo desta pesquisa foi previamente acordado com o SESC – Serviço Social do Comércio e que sua participação na pesquisa tem caráter voluntário e se dará via entrevista que terá uma duração aproximada de uma hora ou uma hora e trinta minutos. O local da entrevista será definido por você. Ela será gravada e depois de transcrita será encaminhada à você para que seja lida e você me consinta a utilizar os dados contidos na mesma. Ressalto que será resguardada sua identidade e que em nenhum momento da pesquisa seu nome será revelado, pois a análise dos dados será feita no conjunto das entrevistas. A pesquisa não acarretará nenhum ônus financeiro para você nem qualquer compensação financeira por sua participação.

Não haverá prejuízos caso você opte por não participar. Você pode se sentir à vontade para desistir de participar ou para solicitar esclarecimentos que se façam necessários agora ou em qualquer outro momento. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, nos endereços e telefones mencionados no início deste termo de consentimento. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento.

Sou a pesquisadora e responsável por esta pesquisa e desde já agradeço.

Thaís Bueno Machado de Oliveira

Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Eu discuti com a pesquisadora Thaís Bueno Machado de Oliveira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas ou qualquer compensação financeira. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades.

Assinatura do sujeito de pesquisa Data / /

Assinatura da testemunha Data / /

Anexo 3

Roteiro de Entrevista

1. Identificação

Iniciais do nome:

Idade:

Sexo: () masculino () feminino

Estado marital:

Escolaridade:

Bairro onde reside:

Com quem mora?

Exerce atividade remunerada? () sim () não Qual?

2. Envelhecimento

a- Em que momento percebeu que estava envelhecendo? Fale sobre isso.

b- Quais os fatos mais marcantes? Por quê?

c- Se possível, o que você teria alterado no processo de viver e envelhecer?

3. Participação no Projeto Vida Plena

a- Há quanto tempo você participa do Projeto Vida Plena? Por quê?

b- Por que você optou em participar do Projeto Vida Plena?

c- Quais as atividades das quais participa no projeto? Quais as que mais gosta? Por quê?

d- Quais as mudanças ocorreram em sua vida desde o início da sua participação?

e- Qual a importância do Projeto Vida Plena em sua vida?

f- Quais as sugestões suas para a melhoria do Projeto Vida Plena?

g- Você indicaria o Projeto Vida Plena para alguém do seu apreço? Por quê?

h- Você frequenta outra(s) atividade(s) oferecida pelo SESC? Se sim, qual(is)?

i- Caso positivo, qual dessas você mais gosta?

4. Participação em outros grupos, associações, clubes, movimentos sociais...

a- Você participa de outros grupos, associações, clubes, movimentos sociais? Se sim, fale sobre eles e sobre a sua participação neles.

REFERÊNCIAS

- Alves, A.M. Os idosos, as redes de relação sociais e as relações familiares. In: Anita, L.N. (org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC-SP, 2007. p.125-139.
- Arnold, R. *et al.* The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. **Qual Life Rev**, v.13, n.5, p.883-96, 2004.
- Auquier, P. *et al.* Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**, n.33, p.77-86, 1997.
- Beauvoir, S. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711p.
- Bleger, J. **Temas de Psicologia: entrevistas e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- Bourdieu, P. A ilusão biográfica. In: Ferreira, M.M.; Amado, J. (coord.) **Usos & abusos da História oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.
- Brasil, IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
- Brasil. Lei 10.741/03. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Congresso Nacional, 2003.
- Brasil. Lei 8.842/94. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: Congresso Nacional, 1994.
- Buaes, C.S. O envelhecimento e a viuvez da mulher num contexto rural: algumas reflexões. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 103-114, jan./jun, 2007
- Buss, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresina, C.; Freitas, C.M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.
- Caldas, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad Saude Publica**, v.19, n.3, p.773-81, 2003.
- Castellanos, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: Barata, R.B. (org.) **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 31-75.
- Covinski, K.E. *et al.* Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? **Am J Med.**, v.106, n.4, p.435-40, 1999.

Cupertino, A.P.F.B.; Rosa, F.H.M.; Ribeiro, P.C.C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.1, p.81- 86, 2007.

Davini, M.C. Practicas Laborales en Los Servicios de Salud: las condiciones del aprendizaje. In: **Educacion Permanente de Personal de Salud. Série de Desarrollo de Recursos Humanos**. n. 100. EUA: OPS (Organizacion Panamericana de La Salud), 1994.

Debert, G.G; Simões, J.A.A aposentadoria e a invenção da ‘terceira idade’. **Textos Didáticos**. n. 13. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Unicamp, 1994. pp. 31-48.

Dull, V.T.; Skokan, L.A. A Cognitive model of religion’s influence on health. **J Soc Issues**, 51(2):49-64, 1995.

Fassino, S. *et al.* F. Quality of life in dependent older adults living at home. **Arch Gerontol Geriatr.**, v.35, n.1, p.9-20, 2002.

Fillenbaum, G. **The well-being of the elderly: approaches to multidimensional assessment**. Geneva: World Health Organization, 1984. (Technical Report, 84).

Fleck, M.P.A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, v.21, n.1, p.19-28, 1999.

Fortes, P.A.C.; Zoboli, E.L.C.P. Bioética e promoção da saúde. In: Lefèvre, F.; Cavalcanti, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p.147-63.

Foucault, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

Freire, P. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação**. São Paulo: Moraes, 1980

Freire, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro, 1987.

Frutuoso, D.L.F. **A terceira idade na universidade: estudo do campo de representação**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação/ UFRJ, Rio de Janeiro. 1996.

Gill, T., Feisntein, A. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v.272, n.8, p.619-26, 1994.

Goldfarb, D.C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Editora do Psicólogo, 1998.

Goldfarb, D.C. Velhices fragilizadas: espaços e ações preventivas. In: **Velhices: reflexões contemporâneas**. São Paulo: SESC/PUC, 2006. p. 73-85.

Goldfarb, D.C.; Lopes, R.G.C. Avosidade: a família e a transmissão psíquica entre gerações. In: Freitas, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1.374-1.387.

Grimley-Evans, J. Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. **J. chron. Dis.**, n.37, p.353-63, 1984.

Groisman; D. Velhice e história: perspectivas teóricas. In: **Envelhecimento e Saúde Mental - Uma Aproximação Multidisciplinar**. n. 10. Rio de Janeiro: Cadernos IPUB / Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1999. p.43-56.

Hagestad, G. **Qualidade de vida e idade madura**. In: NERI, A.L.(org.) Campinas: Papiros, 2002.

Hardy, C. Los desafios de equidad y protección social. In: HARDY, C. (org.) **Equidad y protección social**. Santiago: LOM, 2004. p. 269-99.

Jóia, C.L.; Ruiz, T.; Donalisio, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007.

Kane, R.A; Kane, R.L. **Assessing the elderly: a practical guide to measurement**. Lexington, MA: Lexington Books, 1981.

Katz, S. **Disciplining old age: The formation of the gerontological knowledge**. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996.

Landone, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

Lebrão, M.L.; Laurenti, R. Condições de saúde. In: Lebrão, M.L.; Duarte, Y.A.O. **SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 73-91

Lima Filho, J.B.; Siqueira, J.E.; Santini, M.A. **Londrina da Melhor Idade**. Londrina: UEL, 2000.

Lopes, R.G.C. Diversidades na velhice: reflexões. In: **Velhices: reflexões contemporâneas**. São Paulo: SESC/PUC, 2006. p. 87-99.

Lopes, R.G.C. Imagem e auto-imagem. In: Anita, L.N. (org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC-SP, 2007. p.141-52.

Martin, A.J; Stockler, M. Quality of life assessment in health care research and practice. **Evaluation & Health Professions**, v.21, n.2, p.141-156, 1998.

Martins, J.; Bicudo, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.

Mercadante, E. Aspectos Antropológicos do Envelhecimento. In: Netto, M. P. **Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 6, p.73-76.

Minayo, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 5. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998. 269p.

Minayo, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

Moreira, M.M.S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo. 2000.

Neri, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993

Neri, A.L. Atitudes em relação à velhice. Evidências da pesquisa brasileira. **Gerontologia**, São Paulo, v.5, n.3 (Set), p.130-139, 1997.

Nunes, A.T.G.L.; Peixoto, C. **Perfil dos alunos da Universidade Aberta da Terceira Idade**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Faculdade de Serviço Social/ UERJ,1994.

OMS. **Carta de Ottawa**, 1986.

OMS. **Declaração de Alma-Ata**, 1978.

OMS. **Relatório das missões oficiais da OMS à China, realizadas em 1973 e 1974**, 1975.

ONU. **Estratégia Internacional de Ação sobre o Envelhecimento**, 2002. www.madrid2002-envejecimiento.org

OMS. **Promoción de la salud. Glosário**. Genebra: OMS, 1998. 35p.

Organización Panamericana de la Salud – OPAS. **Enfermeria gerontologica – Conceptos para la práctica**. Washington, 1993. (Série PALTEX, n. 31).

Peixoto; C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade.... In: Barros; M.M.L. (org.) **Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.69-84.

Pereira, D.E.C. **Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho no grupo de terceira idade "Amor e Carinho" de Santa Terezinha de Itaipu - PR** Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002

Pinheiro, O.G. Entrevista: uma prática discursiva. In: Spink, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

Prado, S.D.; Sayd, J.D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.491-501, 2006.

Queiroz, Z.P.V. Participação Popular na velhice: possibilidade real ou mera utopia? **Revista O mundo da Saúde**, ano 23, v.23, n.4, p.204 -13, jul./ago, 1999.

Ramos, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.793-8, 2003.

Ribeiro, E.L.O.; Motta, J.I.J., “Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde”. **Divulg. Saúde Debate**, n.12, p.39-44, jul, 1996.

Santos, S.R. *et al.* Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.10, n.6, p.757-64, 2002.

SESC. **O século da terceira idade**. São Paulo: SESC, 2003. 212p.

SESC. **Projeto Vida Plena**. Anápolis: SESC, 2006.

Sousa, L.; Galante, H.; Figueiredo, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.3, jun, 2003.

Spink, M.J., (org.). **Práticas Discursivas e Produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

Surmeijer, T.P.; Reuvekamp, M.F.; Aldenkamp, B.P. Social functioning, psychological functioning, and Quality of Life in epilepsy. **Epilepsia**, v.42, n.9, p.1160-8, 2001.

Telarolli Júnior, R.; Machado, J.C.M.S.; Carvalho, F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.30, n.5, p.485-98, 1996.

Terris, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoria dela salud publica. In: OPAS/OMS. **Promoción de la salud:una antologia**. Washington, EUA: OPAS, 1996.

Thiollent, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 5. ed. São Paulo: Polis, 1987.

Thompson, P. **A voz do passado, história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. 385 p.

Valla, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, v.15, suppl. 2, p.569-79, 1999.

Veras, R. P. **País Jovem Com Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso No Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, v. 1, 1994. 224 p.

Veras, R.P.; Ramos, L.R.; Kalache, A. Crescimento da população idosa do Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, jun, 1987.

Watt, R.G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.**, v.30, n.4, p.241-7, 2002.

WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p

WHO/NMH/NPH. **Active ageing: a policy framework**. Disponível em <http://www.who.int/hpr/ageing>, 2002.

Xavier, F.M. *et al.* Elderly people's definition of quality of life. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.25, n.1, p.31-9, 2003.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Alberti, V. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989. 202 p.

Becker, H. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

Biblioteca Virtual em Saúde. **BIREME/OPAS/OMS**. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 01 fev. 2002.

Brasil, Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. **Cartilha dos Idosos do Distrito Federal**. Brasília: Defensoria Pública do Distrito Federal, 2004.

Brasil. **Decreto Lei nº 1.948/96**. Brasília: Congresso Nacional, 1996.

Brasil. **Decreto Lei nº 4.227/02**. Brasília: Congresso Nacional, 2002.

Camarano, A.A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60 anos?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 2-11

Camarano, A.A.; Kanso, S.; Mello, J.L. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano, A.A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60 anos?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p 25-73.

Camargo, A.; D’Araújo, C. Como a história oral chegou ao Brasil (entrevista). **História oral**. Rio de Janeiro, v. 2, n.4, p.167-179, 1999.

Chizzoti, A. **Pesquisa em Ciências Sociais Humanas**. 3. ed. São Paulo: Cortez. 1998.

Debert, G.G. Problemas relativos à utilização da história oral de vida e história oral. In: Amado, J.; Ferreira, M.M. **Usos & abusos da história oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. 304 p.

Donato, A.F.; Canôas, C.S. Idoso e Cidadania: A Lógica da exclusão. In: Netto, M.P. **Gerontologia**. São Paulo: Ateneu, 2002. p. 453-457.

Erbolato, R.M.P.L. Relações sociais na velhice. In: Freitas, E.V. de (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.936-942.

Ferrari, M.A.C. Laser e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade. In: Netto, M.P. **Gerontologia**. São Paulo: Ateneu, 2002. p. 98-105.

Ferreira, M.M.; Amado, J. (Org.). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

Ferreira, M.M.; Fernandes, T.M.; Alberti, V. (org.). **História oral: desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 204 p.

Filho, W.J.; Sitta, M.C. Interprofissionalidade. In: Netto, M.P. **Gerontologia**. São Paulo: Ateneu, 2002. p. 440-450.

Gil, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

Grele, R.J. Pode-se confiar em alguém com mais de 30 anos? Uma crítica construtiva a história oral. In: Amado, J.; Ferreira, M.M. **Usos & abusos da história oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. cap. 4, p. 267-277.

Heidegger, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, v. 1, 1989. 263p.

Humerez, D.C. História de vida: instrumento para captação de dados na pesquisa qualitativa. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.2, p.32-37, 1998.

Joutard, P. História oral: balanço da metodologia e da produção nos últimos 25 anos. In: Amado, J.; Ferreira, M.M. **Usos & abusos da história oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. cap. 4. p. 267-77.

Meihy, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998. 86 p.

Minayo, M.C.S.; Sanches, O. Qualitativo-Quantitativo: oposições ou complementaridade? **Cadernos Saúde Pública**, v.9, n.3., p.237-248, 1993.

Monteiro, D.M.R. Afetividade, intimidade e sexualidade no envelhecimento. In: Freitas, E.V. (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 936-42.

Moragas, R. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.

Neri, A.L. **Desenvolvimento e envelhecimento. Perspectivas biológica, psicológica e sociológica**. Campinas: Papirus, v.1, 2001. 200 p

Netto, M.P. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas, E.V. (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

OMS/INPEA. **Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse**. OMS/NMH/NPH/02.2 Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

Prado, S.D. O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro. **Textos Envelhecimento**. v.4 n.8. Rio de Janeiro, 2002. Disponível na World Wide Web; 'http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000200006&lng=pt&nrm=isso'. ISSN 1517 – 5928 versão impressa.

Queiroz, D.T., Vall, J., Souza, A.M.A., Vieira, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.276-83, abr/jun, 2007.

Ramos, L.R.; Veras, R.P.; Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, n.21, p.211-24, 1987.

Ramos, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Rev. Sociologias**, n.7, jan/jun, 2002.

Reinaldo, A.M.S. **O itinerário terapêutico em saúde mental por meio da história oral de vida de um paciente psiquiátrico**. 134p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Programa de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003.

Rosa, T.E.C *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-8, 2003.

Rosenthal, G. A estrutura e a gestalt das autobiografias e suas conseqüências metodológicas. In: Amado, J.; Ferreira, M.M. **Usos & abusos da história oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. cap. 8 , p. 193-200.

Rother, E.T; Braga, M.E.B. **Como elaborar sua tese: Estrutura e referências**. 1. ed. São Paulo: , 2001. 85p.

Scharfstein, E.A. A identidade na velhice mediada pela ação do discurso. In: Freitas, E.V. (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 112, p. 936-42.

Sommerhalder, C.; Goldstein, L.L. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas, E.V. (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 950-956.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley, J.; Kuyken, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

Trivinões, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. **DEDALUS: banco de dados bibliográficos da USP**. Disponível em: <http://dedalus.usp.br:4500/ALEPH/por/USP/DEDALUS/START>. Acesso em: 12 jan. 2002.

Veras, R. P. (Org.). **Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; UnATI, 1995. 110 p.

Veras, R.P. (Org.). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UnATi/UERJ, v.1, 2001. 144 p.

Veras, R.P. et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, n.21, p.225-33, 1987.

Zimerman, D. *et al.* **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, p. 26-31, 1997.