

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Vanessa Dias Possamai

Dissertação de Mestrado

**PERCEPÇÃO DOS IDOSOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE
EXTENSÃO SOBRE OS PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA DE
ENVELHECIMENTO ATIVO**

Porto Alegre, 2017.

VANESSA DIAS POSSAMAI

**PERCEPÇÃO DOS IDOSOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE
EXTENSÃO SOBRE OS PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA DE
ENVELHECIMENTO ATIVO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre

Orientadora: Prof. Dra. Andréa Kruger Gonçalves

Área de concentração: Saúde, Educação e Sociedade

Porto Alegre, 2017.

VANESSA DIAS POSSAMAI

**PERCEPÇÃO DOS IDOSOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE
EXTENSÃO SOBRE OS PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA DE
ENVELHECIMENTO ATIVO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

Aprovada em ___ de _____ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra- Aline Blaya Martins.- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profº Drº. Marco Aurelio Acosta- Universidade Federal de Santa Maria

Profª Dra. Janice Zarpellon Mazo - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, 2017.

CIP - Catalogação na Publicação

Possamai, Vanessa Dias
PERCEPÇÃO DOS IDOSOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA
DE EXTENSÃO SOBRE OS PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA DE
ENVELHECIMENTO ATIVO / Vanessa Dias Possamai. --
2017.
113 f.
Orientador: Andrea Kruger Gonçalves.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. Envelhecimento Ativo. 2. Saúde do idoso. 3.
Extensão Universitária . I. Gonçalves, Andrea Kruger,
orient. II. Título.

Não sei... se a vida é curta ou
longa demais pra nós, Mas sei que
nada do que vivemos tem sentido, se
não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

 Colo que acolhe,
 Braço que envolve,
 Palavra que conforta,
 Silêncio que respeita,
 Alegria que contagia,
 Lágrima que corre,
 Olhar que acaricia,
 Desejo que sacia,
 Amor que promove.

E isso não é coisa de outro
mundo, é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não
seja nem curta, nem longa demais,
Mas que seja intensa, Verdadeira,
pura... Enquanto durar.

Cora Coralina

Dedico essa dissertação a todos que de alguma forma contribuíram para que eu concluísse mais essa etapa da minha formação. Em especial, aos idosos do projeto CELARI, principais motivadores deste estudo.

Agradecimentos

Ao término desta dissertação, voltei meu olhar ao caminho que percorri para realizá-la e revi a longa caminhada de aventura que é a magia de pesquisar, de fazer e se aventurar pelas buscas e incertezas da construção autônoma do meu próprio saber.

Nesse momento, que dedico a escrever meus agradecimentos, fui-me recordando de todos aqueles amigos e das instituições que contribuíram para que esse trabalho fosse bem sucedido, porque essa era a expectativa de todos que me auxiliaram nessa longa jornada da vida acadêmica.

Agradecer não é tarefa tão fácil como pensamos, ou tão somente dizer um muito obrigado! É falar dos momentos únicos e singulares, compartilhados e vivenciados com tantos sujeitos sociais envolvidos nesse processo de crescimento intelectual e profissional.

É rever os momentos de incertezas, dúvidas, dificuldades, das horas e finais de semana e feriados dedicados aos estudos e reflexão crítica - propositiva, das conquistas pessoais e profissionais, e perceber que ao final, o esforço se multiplicou e rendeu muitos frutos e continuará rendendo frutos para os que desse trabalho fizerem uma referência científica.

Agradecer é expressar sentimentos de alegria, gratidão e amor:

A Deus, pelo Dom da Vida, pelas oportunidades aproveitadas, pela força, fé e coragem nos momentos difíceis de construção do conhecimento.

Agradeço minha família, pelo apoio: meu Pai **Jorge** e Minha Mãe **Eva**, casal de fé, sempre prontos para enfrentar os desafios da vida e me apoiarem nos momentos decisivos, sejam eles quais forem.

Ao meu irmão **Vitor** e minha irmã **Aline** (e o **GUI** também)

Ao meu amigo **Diego** pelo carinho e apoio durante o período do mestrado e também agradeço a sua família pelo acolhimento!

Agradeço a nossa querida orientadora, que aceitou o desafio em de receber-me desde de 2010, bem como minhas "Manas" emprestadas **Mari** e **Nunu**, Prof.^a Dr.^a **Andrea**. Que entendeu a proeminência desse estudo, que me incentivou a mergulhar cada vez mais nas profundezas nessa área de conhecimento, e sem duvida, foi a grande propiciadora

do meu crescimento pessoal, profissional e intelectual. Muito obrigado, Prof.^a Andrea, por tudo! Tenho certeza que a nossa amizade está estabelecida para sempre no livro da vida.

A minha "Motivadora" **Diná Santiago** por sua voz calma e tão serena, teu abraço carinhoso fez com que eu me apaixonasse pelos Idosos inspiradores desse projeto.

À **Eliane Jost Blessamann** pela amizade e pela paciência!

A construção do conhecimento é coletiva. Nessa busca incansável pelo aperfeiçoamento encontramos pessoas que sem saber, vão contribuindo com nosso crescimento pessoal, intelectual e profissional, são os cúmplices de caminhada: **Priscilla Cardoso, Natacha Tavares, Valéria Feijó, Eliane Griebler, Wagner Albo, Mariana Oliveira, Priscila Sturmer, Inês Moraes, Amanda Vargas, Marina Teles, Nata** (Obrigada pelas sessões de massagem), **Psic. Vinicius Rondon** (apoio e me aguentar). Cada um construindo o conhecimento a partir do seu modo de ser, de pensar, de fazer ciência, de socializar conhecimentos. As incertezas, angústias, as alegrias, tristezas, intimidades, foram crescendo em cada um de nós e estabelecemos uma amizade que ficará marcada para sempre em nossas vidas. Desculpa a ausência...

Aos Bolsistas do Programa CELARI 2017! Obrigada!

Aos professoras **Dr.^a Cristianne Famer, Dr.^a Aline Blaya, Dr.^a Janice Mazo** e Dr^o **Marco Acosta**, muito obrigada pela disponibilidade!

Aos meus amados **do Itaú Viver Mais**, do antigo Moinhos, especialmente os da **Vila Assunção**. A vocês, meu carinho e gratidão. Agradeço àqueles que souberam entender meus momentos de 'loucura'.

Por fim, aos **Celarianos** que permitiram adentrar em seu universo de vida, desnudando suas riquezas e permitindo a descoberta de novos horizontes.

Este trabalho também é dedicado a vocês.

“Fechei os olhos e pedi um favor ao vento: Leve tudo que for desnecessário. Ando cansada de bagagens pesadas... Daqui para frente levo apenas o que couber no bolso e no coração.”

Cora Coralina

RESUMO

As políticas públicas refletem um modelo de atenção ao idoso, sendo que alguns dos seus pressupostos estão de acordo com a política do “Envelhecimento Ativo” da Organização Mundial de Saúde. A sociedade tem procurado dar atenção ao novo segmento populacional formado pelo envelhecimento populacional. A universidade, especialmente desde a última década, vem desenvolvendo iniciativas direcionadas a esse público. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) possui um programa de extensão universitária, desde o ano 2000, tendo como alvo o idoso e com ênfase nas ações de atividade física e lazer. Desse modo, o objetivo desse estudo foi analisar os pressupostos da política do Envelhecimento Ativo no contexto de um programa de extensão universitária com o público idoso. Esse estudo se caracterizou por uma abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação, sendo que a amostra foi composta pelos participantes do programa CELARI (Centro de Estudo de Lazer e Atividade Física do Idoso). A intervenção ocorreu a partir de um curso com oito encontros. Os instrumentos utilizados foram diário de campo e grupo focal, interpretados a partir da análise de conteúdo com categorias temáticas. Foram encontradas quatro categorias: *Envelhecimento: processo de aceitação*; *CELARI: Promotor de qualidade de vida e saúde para o idoso*; *Celarianos: pertencimento social*; *Políticas públicas do idoso: conhecimento limitado*. Acredita-se que os três pilares da Política de Envelhecimento Ativo: Saúde, Participação e Segurança são atendidos pelo programa através das suas estratégias podendo ser percebidos pelos próprios Celarianos. Contudo, é necessário incentivar mais os idosos a participar das atividades promovidas pelo programa.

PALAVRA CHAVES: Envelhecimento Ativo; Saúde do idoso; Extensão Universitária.

ABSTRACT

Public policies reflect a model of care for the elderly, and some of its assumptions are in line with the World Health Organization's "Active Aging" policy. Society has sought to pay attention to the new population segment formed by population aging. The university, especially since the last decade, has been developing initiatives directed to this public. The Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) has a university extension program, since 2000, targeting the elderly and with emphasis on physical activity and leisure activities. Thereby, the objective of this study was to analyze the assumptions of the Active Aging policy in the context of a university extension program with the elderly public. This study was characterized by a qualitative approach of the research-action type, and the sample was composed by the participants of the CELARI (Center for the Study of Leisure and Physical Activity of the Elderly). The intervention occurred from a course with eight meetings. The instruments used were field diary and focus group, interpreted from the content analysis with thematic categories. Four categories were found: Aging: acceptance process; CELARI: Promoter of quality of life and health for the elderly; Celarians: social belonging; Public policies of the elderly: limited knowledge. It is believed that the three pillars of the Active Aging Policy: Health, Participation and Security are served by the program through its strategies and can be perceived by the Celarians themselves. However, it is necessary to encourage older people to participate in the activities promoted by the program.

KEY WORD: Active Aging; Elderly health; University Extension.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1-	Organograma referente aos três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo	27
Figura 2-	Organograma referente atividades físicas, socioeducativas e integrativos proporcionados pelo programa	37
Figura 3-	Organograma referente ao processo de convite para o curso até a formação do grupo focal	48
Figura 4-	Organograma referente aos conteúdos, objetivo e número de participante de cada encontro	49
Figura 5-	Organograma referente ao processo de análise	55
Figura 6-	Organograma referente o aflorar das categorias	57

LISTA DE ABREVIATURAS

- ASELI-** Atividades Sócio-Educativas de Lazer com Idosos
- CELARI-** Centro de Estudos de Lazer e Atividade Física do Idoso
- CETRES-** Centro de Extensão à Terceira Idade
- GAFTI-** Grupos de Atividades Físicas para a Terceira Idade
- INPS-** Instituto Nacional de Previdência Social
- ILC-** Centro Integrado de Longevidade
- LBA-** Legião Brasileira de Assistência
- NAI-** Núcleo de Assistência ao Idoso
- NETI -** Núcleo de Estudos da Terceira Idade
- NIEATI-** Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade
- OMS-** Organização Mundial da Saúde
- ONU-** Organização das Nações Unidas
- PAI-** Programa de Assistência ao Idoso
- PAPI-** Projeto de Apoio à Pessoa Idosa
- SESC-** Serviço Social do Comércio
- SUS-** Sistema único de saúde
- SINPAS-**Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
- UAI-** Unidade de Atendimento Integrado
- UNATI-** Universidade Aberta à Terceira Idade
- UFSC-** Universidade Federal de Santa Catarina.
- UFRGS-** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1. PREFÁCIO.....	14
1.1 Apresentação.....	14
1.2 Introdução.....	16
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3.1 Política do Envelhecimento Ativo: antecedentes e características.....	22
3.2 Ações com idosos no Brasil: experiências com a extensão universitária.....	30
3.2.1 Centro de Estudos de Lazer e Atividade Física do Idoso/CELARI.....	36
4. CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	44
4.1 Tipo de estudo.....	44
4.2 Participantes do estudo.....	46
4.3 Intervenção-ação.....	48
4.4 Instrumentos	50
4.5 Análise dos dados.....	53
4.6 Procedimentos Éticos.....	56
4.7 Limitações do estudo.....	56
5 O AFLORAR DAS CATEGORIAS.....	57
5.1 Envelhecimento: processo de aceitação.....	58
5.2 CELARI: Promotor de qualidade de vida e saúde para o idoso.....	69
5.3 Celarianos: pertencimento social.....	77
5.4 Políticas Públicas: conhecimento limitado.....	85
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
7. REFERÊNCIAS.....	96
8. APÊNDICES.....	109

1 PREFÁCIO

1.1 Apresentação

Minha formação acadêmica iniciou-se no ano de 2010 quando ingressei na Escola de Educação Física da UFRGS no curso de licenciatura. Na época, influenciada pelas práticas esportivas dentro do espaço escolar, tinha como pretensão a docência neste ambiente. Contudo - como todo sonho de criança que se transforma quando crescemos - minhas aspirações mudaram, influenciadas pelas experiências que tive no decorrer deste curso.

Não tardar, ainda no primeiro semestre da graduação, a primeira experiência transformadora foi quando ingressei como bolsista de extensão no Programa de Extensão Centro de Estudos de Lazer e Atividade Física do Idoso – CELARI da ESEFID/UFRGS e que, por sinal estou até hoje vinculada. A participação como bolsista contribuiu para que eu tivesse o primeiro contato com idosos, na perspectiva da prática profissional. Foi a partir da extensão que aprendi aspectos relacionados ao “como trabalhar com o público idoso”, procurando entender as dificuldades e a individualidade de cada um, bem como a importância da atividade física nessa faixa etária, despertando o interesse em continuar nesta área de atuação.

Por outro lado, o CELARI além de propiciar experiências essenciais para minha aproximação com o público idoso, também fez com que despertasse o interesse pela área da pesquisa, foi a partir disso que ingressei como bolsista de iniciação científica (PROBIC/UFRGS), escrevendo e pesquisando variáveis referentes ao envelhecimento humano. Com as pesquisas realizadas, aprofundi conhecimentos sobre as mudanças biopsicossociais do idoso e os benefícios que podem ser proporcionados pela atividade física.

As experiências e os conhecimentos construídos ao longo da graduação pelo CELARI, fez com que tivesse oportunidades relevantes que me oportunizaram experiências profissionais em outros locais de atuação fora da UFRGS. Todavia, ao longo da minha vida profissional, busquei não só trabalhar com idosos, mas expandir o meu olhar para as crianças, sendo que também trabalho em escolinhas esportivas de Ginástica Artística e Rítmica. Encontro no trabalho com as crianças e com os idosos

uma forma de transmitir novas experiências para esses dois grupos: para as crianças seriam as novas descobertas; para os idosos seriam as redescobertas de potencialidades.

No entanto, minha prioridade e inspiração é o envelhecimento humano, estudar esse público me motiva e instiga a continuar minha formação acadêmica nessa área. Em 2015 ingressei no mestrado em Saúde Coletiva para expandir meu conhecimento e tentar responder meus anseios. Trabalhar no CELARI possibilitou adquirir novos valores e crenças. As inquietações sobre as políticas públicas direcionadas ao idoso aumentaram, gerando, então, curiosidades sobre a relação destas políticas com o programa, especialmente quando abordado na temática do envelhecimento ativo.

O envelhecimento humano é uma área em constante expansão e transformação e a sociedade deve estar preparada para atender essas demandas. Desse modo, acredito que os saberes acadêmicos e os estudos devem fornecer subsídios para que a população possa atuar com o público idoso. O programa de extensão CELARI é frutífero e suas potencialidades devem ser valorizadas e reconhecidas no meio acadêmico.

1.2 Introdução

O aumento da população idosa se mostra cada vez mais presente em nosso cotidiano, implicando em diversas mudanças na visão sobre o envelhecimento, visto que isso tudo ainda é bastante recente. Essas transformações ocorrem em nível mundial, porém não da mesma forma nos países em desenvolvimentos e nos países já desenvolvidos (VERAS, 2008). Considera-se que o envelhecimento da população nos países de primeiro mundo é o resultado de um processo gradual na transição demográfica, a qual ocorreu no século passado e perdura até os dias atuais, favorecendo que os países se organizassem para atender as necessidades de cuidados de saúde da população.

Na Europa essas alterações no perfil da população já vêm ocorrendo desde o período pós-revolução industrial, muito devido às mudanças na sociedade em geral e nos padrões de vida ocasionados pela urbanização das cidades, especialmente vinculados as conquistas da medicina (KALACHE; VERAS; RAMOS 1987). Nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, o crescimento da população idosa tem ocorrido de forma acelerada (GUARNIERI, 2008). Esse aumento só passou a acontecer por volta da década de 1970, onde a queda na natalidade foi associada ao maior planejamento familiar, incluindo o surgimento da pílula anticoncepcional e a entrada da mulher no mercado de trabalho, bem como outras alterações sociais ocorridas nesse período (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Na estrutura da população brasileira pode-se perceber um significativo crescimento do número de idosos em relação a outros grupos etários. De acordo com os dados registrados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o percentual de idosos (acima de 65 anos) subiu de 4,8% em 1991, para 5,9% em 2000 e, por fim, para 7,4% em 2010. Simultaneamente, a proporção de brasileiros entre 0 a 14 anos somava, há vinte anos atrás, 34,7% da população e reduziu para 24,1% nos últimos anos.

O envelhecimento populacional traz a necessidade de reflexão sobre como as pessoas idosas viverão essa fase, analisando o que pode ser realizado para que ocorra longevidade com qualidade e dignidade (VALER, 2015). No entanto, é importante salientar que esse processo não se dá de forma homogênea para todos os seres humanos,

e a forma de se manter saudável dependerá de fatores modificáveis ou não. Para Ramos (2003), envelhecer de modo saudável é resultante da interação entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência financeira. Ao longo desse processo, ocorrem modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, as quais determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (FERREIRA et al., 2010). De acordo com Farias (2010), as reservas funcionais dos indivíduos tendem a diminuir. Entretanto, parte dos efeitos da senescência pode ser atenuada considerando-se o estilo de vida adotado pelas pessoas ao longo dos anos. Apesar das mudanças que o indivíduo deve enfrentar, envelhecer ativamente pode ser uma meta ao alcance de todos, tornando-se uma experiência positiva.

Para atender às políticas e aos pactos de saúde, é necessário desenvolver modelos de atenção à saúde do idoso que superem as práticas tradicionais de atendimentos voltados apenas para doenças (VERAS; CALDAS, 2004). O atendimento ao idoso precisa considerar também as variáveis subjetivas, que incluam a sua percepção frente à própria qualidade de vida. Deste modo, é preciso uma avaliação multidimensional que considere as especificidades da pessoa idosa, a partir de seus valores e experiências de vida. Fatores relacionados à idade, saúde, aposentadoria, viuvez, dependência e perda de autonomia, trazem complexidade na mensuração da qualidade de vida (PASCHOAL, 2011). Segundo Pedrosa (2014), é preciso refletir sobre o que está sendo realizado na área da saúde para contemplar as necessidades dessa população idosa e sua família. De maneira geral, as pessoas idosas desejam e podem manter-se ativas e independentes se estiverem em um contexto seguro e amigável, contudo percebe-se ainda a necessidade de mais investimentos e oferta de serviços.

As políticas públicas nos seus diferentes âmbitos (nacional, estaduais e municipais) tem procurado atender aos pressupostos da política de “envelhecimento ativo”, a qual considera o idoso um recurso dentro de sua comunidade. A responsabilidade de envelhecer com qualidade de vida cabe a própria pessoa, a sua família, à sociedade e ao Estado. Além disso, o Estado deve criar condições de prevenção e melhoria na qualidade de vida da pessoa, propiciando serviços públicos adequados à garantia dos direitos desses idosos (KEINERT, 2009).

Na década de 1980 do século XX, a Organização das Nações Unidas (ONU) (2003) direcionou um alerta a todos os países quanto ao indiscutível aumento do número de idosos no mundo. Assim, em 1999 foi instituído o Ano Internacional do Idoso, no qual os países integrantes do bloco da ONU foram convidados a participarem da Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento na cidade de Viena (Áustria) (CORREA; FRANÇA; HASHIMOTO, 2010). Ao final do evento, foi redigida a Carta de Viena, com um Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, com o intuito de alertar para a necessidade de planejamento de uma política de atendimento ao idoso nas áreas social, econômica, médica e legal. Todavia, a concretização de uma política específica para essa população só surgiu posteriormente, com a Segunda Assembléia Mundial em Madrid (Espanha) em 2002, denominada Envelhecimento Ativo: *“o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”* (OMS, 2002, p.13). A partir desta política indica-se um plano de ação para a promoção do envelhecimento ativo. A questão da saúde é abordada sob uma perspectiva ampla e reconhece a importância da participação de vários setores para que possa ser criada e mantida. Entre os vários setores para as ações integrativas estão: saúde, educação, emprego e trabalho, financeiro, habitação, transporte, justiça e desenvolvimento rural e urbano.

O sucesso na implementação de políticas e programas de saúde depende de uma diversidade de fatores que envolvem indivíduos e a sociedade em geral. Deve-se também reconhecer as interações e as influências do processo de envelhecimento, denominados de determinantes, incluindo: pessoais, sociais, econômicos, comportamentais, relacionados ao ambiente físico, aos serviços sociais e de saúde. Além destes, há os fatores transversais (como gênero e cultura) que orientam os costumes, a forma de envelhecer, os comportamentos saudáveis, bem como a valorização dos mais velhos (OMS, 2002). A estrutura política direcionada ao envelhecimento ativo fundamenta-se em princípios que requerem ações em três pilares básicos: saúde, participação e segurança. Em 2015 foi publicada a revisão da Política do Envelhecimento Ativo pelo Centro Integrado da Longevidade (ILC): Envelhecimento Ativo: Um marco Político em resposta à resolução da longevidade, onde outro pilar foi

incluído: “Aprendizagem ao longo da vida” É a partir destes pilares que são definidos os parâmetros de intervenção com o objetivo de potencializar o bem-estar biopsicossocial. A proposta integra uma perspectiva de ciclo de vida através de uma orientação que antecipa as situações críticas e procura sua prevenção (BÁRRIOS; FERNANDES, 2014).

O ritmo do envelhecimento populacional leva a necessidade de mais respostas sociais, trazendo várias consequências e desafios. É essencial que a sociedade/Estado estejam preparados para atender essa demanda através do desenvolvimento de ações voltadas às necessidades específicas da população idosa, como centros de convivência, assistência especializada à saúde, centros-dia, serviços de apoio domiciliar ao idoso, programa de medicamentos, universidades da terceira idade, etc. Para Barcelos (2006) a grande impossibilidade de garantir os direitos sociais da população idosa, preconizado na lei, se deve a falta de investimentos do Estado nas políticas públicas o que dificulta a efetivação dos direitos da população. De acordo com Martins et al., (2014) a ineficiência do sistema , o acesso à Atenção Primária de Saúde do SUS ainda não pode ser considerado universal aos idosos e poucos serviços podem ser considerados de qualidade no que tange à orientação para a Atenção Primária Saúde. Os autores sugerem que algumas medidas passem a ser postas em prática imediatamente, tais como: garantia de equidade, de acessibilidade e de qualificação do setor saúde no que tange às necessidades dos idosos. O uso rotineiro de protocolos de atenção à saúde do idoso, já consagrados através de evidências, seria uma das ferramentas para a qualificação. Por último, mas não menos importante, a garantia de um controle social efetivo que dê voz aos próprios idosos deve ser vista como uma prioridade, uma vez que a qualificação do sistema deve ser feita para e com os seus usuários e não apenas a partir de indicadores de desempenho.

Desse modo, a criação de programas e projetos vinculados as instituições de ensino superior é uma maneira de atender essa carência da efetivação das políticas públicas pelo Estado, além de ser uma forma de oportunizar e possibilitar um envelhecimento ativo, autônomo e digno aos idosos. Veras e Caldas (2004) afirmam que, dentre as instituições públicas, a universidade é, no momento, a mais bem equipada para responder as necessidades da população idosa. Segundo os autores, os idosos, além

de receberem assistência e participarem de atividades culturais e de lazer, também possibilitam a realização de pesquisas em várias áreas do conhecimento, ajudando assim na formação de profissionais de alta qualificação e sendo parte da produção de conhecimento sobre o envelhecimento humano. Além disso, esses locais são particularmente adequados para um trabalho preventivo com idosos visando a promoção da saúde por meio da manutenção ou recuperação da autonomia e independência.

Partindo desses pressupostos, esse estudo tem como campo de investigação o programa de extensão universitária denominado Centro de Estudos do Lazer e da Atividade Física do Idoso (CELARI) desenvolvido pelo curso de Educação Física na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID) da UFRGS. O CELARI atende o público idoso há 18 anos, buscando proporcionar diferentes experiências para o alcance de um atendimento mais integral às pessoas idosas. Neste período, tornou-se referência em ensino, pesquisa e extensão com idosos, adotando a promoção da saúde como eixo estruturante das suas ações. As universidades, através das suas ações extensionistas, tem procurado atender a comunidade, promovendo ações integrativas entre o mundo acadêmico e a população.

Percebendo a relevância dos grupos primeiramente na vida dos idosos e num segundo momento perante a sociedade e como alternativa para as políticas públicas. Tendo em vista, que o CELARI foi criado antes da institucionalização da Política Internacional do Envelhecimento Ativo, é importante analisar se as metas e ações encontram-se em consonância com os pilares desta política, pois pode ser verificado como o programa pode ser melhorado para atender à população idosa. Além disso, promover uma maior visibilidade para esta ação de extensão e conhecimento para futuros profissionais. Enfim, a velhice sendo vivida de múltiplas formas. É possível afirmar que essa dimensão da vida pode ser vivida coletivamente, dentro de grupos de convivência, projetos ou programas destinados a essa população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os pressupostos da Política do Envelhecimento Ativo no contexto de um programa de extensão universitária com público idoso.

2.2 Objetivos específicos:

- Averiguar a percepção dos participantes de um programa de extensão universitária com público idoso quanto às políticas públicas direcionadas a esse público;
- Verificar a existência de relação entre a Política do Envelhecimento Ativo e um programa de extensão universitária com público idoso, após a realização de uma intervenção educativa com esse foco as oficinas de saberes referentes à essa política;
- Indicar a possibilidade de desenvolvimento de estratégias mais efetivas num programa de extensão universitária com público idoso, a partir da Política do Envelhecimento Ativo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Política do Envelhecimento Ativo: antecedentes e características

O envelhecimento populacional leva à reflexão e debates sobre o modo com que as pessoas idosas vivem essa fase e o que poderia ser realizado para que não haja simplesmente maior longevidade, mas para que esses anos sejam vividos com qualidade e dignidade. Além disso, para Pedrosa (2014), o processo de envelhecimento é uma realidade que está colocada nos debates e estudos, a partir da última década do século XX e, sobretudo no início do século XXI. É uma nova realidade que vem sendo desenhada em todos os países, independente se são desenvolvidos ou se estão em processo de desenvolvimento. Vitorino (2012) cita que a combinação entre o envolvimento ativo com a vida, por meio do estabelecimento de relações sociais e atividades produtivas, a ausência de doenças e a manutenção da capacidade funcional, representa um conceito ampliado de envelhecimento bem-sucedido. Dessa forma, o modo como se envelhece, reflete as estratégias de desenvolvimento e de qualidade de vida da sociedade, refletindo os cuidados quanto à saúde, lazer, apoio social, provisão econômica, bem como oportunidades de participação para as pessoas idosas.

O fenômeno da transição demográfica representa o centro das preocupações do conjunto de iniciativas internacionais em relação à velhice. Ao pensar em políticas públicas internacionais, que envolvam o envelhecimento humano, é preciso analisar o contexto histórico que surge pós Segunda Guerra Mundial(1939-1945), com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, a divulgação da Declaração dos Direitos Humanos, a formulação de legislações e pactos internacionais de proteção aos direitos e às definições de questões diplomáticas entre os Estados-membros. Assim, as questões do envelhecimento, além da garantia de direitos da população idosa, começam a se inserir nesta pauta internacional a partir da década de 1980 (SIQUEIRA, 2014).

Em 1982, em Viena (Áustria), ocorreu a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, sendo considerada o marco para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa. Este evento é considerado o

primeiro fórum global intergovernamental, centrado na questão do envelhecimento, e que resultou na aprovação do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (ONU, 2003).

É importante citar que ocorreram formulações nas políticas públicas sobre envelhecimento, tendo sido realizadas sete importantes conferências internacionais sobre saúde, promovidas pela Organização Mundial da Saúde: Ottawa (Canadá) (1986), Adelaide (1988) (Austrália), Sundasvall (Suécia) (1991), Jacarta (1997) (Indonésia), México (2000), Bangkok (Tailândia) (2005) e Nairobi (Quênia) (2009). Estes eventos contribuíram para a formulação de políticas de promoção de saúde e qualidade de vida para a população em geral e idosos. Foram estabelecidas bases conceituais para políticas de promoção de saúde, cujo intuito foi valorizar, cada vez mais, a qualidade de vida das populações no mundo, entendendo que não se atribuía somente uma abordagem de controle das enfermidades, mas uma visão maior de fatores que poderiam interferir na vida dos indivíduos (KANASHIRO, 2012).

Dentre as Conferências, ressalta-se um documento de referência importante – Carta de Ottawa – no qual se conceituou a saúde e a promoção da saúde. A Carta de Ottawa (1986) define:

Promoção da saúde é 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 devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Decorridos pouco mais de dez anos da divulgação da Carta de Ottawa (1986), um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, este termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de

parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

Afirma-se também a importância de se modificar favoravelmente o meio ambiente, a adoção de estilo de vida saudável e políticas públicas saudáveis (KANASHIRO, 2012). Dessa forma, com o aumento da expectativa de vida, na década de 1990, a visão de vulnerabilidade em relação aos idosos, como sendo um grupo frágil e dependente, foi sendo modificada para uma concepção aliada à atividade e participação. Os idosos passaram a ser temas em discussões nos fóruns das Nações Unidas, como, por exemplo, nas conferências mundiais sobre população, aspectos sociais, gênero, meio ambiente e outros (OLIVEIRA, 2013).

No ano de 1991, a Assembleia Geral da ONU adotou o Princípio das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas, enumerando dezoito direitos das pessoas idosas em relação à independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade. No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento reuniu-se para dar seguimento ao Plano de Ação, aprovando a Proclamação sobre o Envelhecimento, definindo o ano de 1999 como sendo o Ano Internacional do Idoso. O tema abordado foi a promoção de uma sociedade para todas as idades, que conta com quatro dimensões para a análise de uma sociedade para todas as idades: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social. O bem-estar físico, social e mental, ao longo da vida, foi caracterizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como sendo definições para o envelhecimento ativo, na busca por um aumento da expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice (OLIVEIRA, 2013).

A Política do Envelhecimento Ativo surgiu como uma contribuição da Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada em 2002, em Madri (Espanha), a qual buscou identificar as prioridades relacionadas ao envelhecimento no mundo (OMS, 2002). Como resultados desse evento, foram aprovadas a Declaração Política e o Plano Internacional de Madri, contendo um conjunto de 117 recomendações para as ações governamentais em três esferas prioritárias: idosos e desenvolvimento, saúde e bem-estar na velhice, ambiente propício e favorável aos idosos (FRATEZI, 2015). No plano, os representantes de diversos países

comprometeram-se a estabelecer metas para o Século XXI que favoreçam um envelhecimento ativo, ao assegurar aos idosos as garantias dos direitos humanos, oportunidades de realização pessoal, um envelhecimento saudável e seguro e a participação ativa na vida econômica, social cultural e política.

A Política do “Envelhecimento Ativo” foi desenvolvida para atender um conjunto de demandas e auxiliar as pessoas idosas a se manterem saudáveis e ativas por mais tempo. Todavia, atualmente, diferentes termos são utilizados para descrever o processo de envelhecimento no qual as consequências negativas da idade avançada possam ser adiadas, tais como: envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento saudável e, mais recentemente, o termo envelhecimento ativo, proposto pela Organização Mundial da Saúde (PEEL et al., 2004). Assim sendo, é fundamental potencializar as pessoas idosas em relação aos serviços de saúde, aos espaços de participação e de controle social, de segurança, ainda quanto à alimentação, habitação, lazer, educação, para que possam viver com dignidade. Nesse sentido, a OMS (2002) ainda enfatiza que o envelhecimento ativo pode ser aplicado de forma individual ou coletiva, possibilitando que as pessoas percebam suas potencialidades e capacidades para o bem estar físico, mental e social ao longo do processo de envelhecimento. A proposta do envelhecimento ativo aponta que é preciso discutir, formular planos de ações e políticas para o desenvolvimento do envelhecimento, no que se refere aos aspectos de saúde, segurança e participação das pessoas idosas de todo mundo.

Para Pedroso (2014), o conceito de envelhecimento ativo traz em seu bojo a questão da saúde em uma perspectiva ampla, e ainda reconhece que é importante a participação dos diversos setores da sociedade para poder criar e manter a saúde. Assim, o envelhecimento ativo tem que ser pautado nas condições em que a pessoa possa ter suas necessidades atendidas através dos serviços sociais, saúde, educação, transporte, emprego e trabalho, segurança social, habitação, segurança financeira, transporte, justiça, e que possa ter pleno desenvolvimento urbano e rural.

As propostas firmadas, através do plano de ações do envelhecimento ativo, são para promover a qualidade de vida dos cidadãos na medida em que vão envelhecendo, além de potencializar as ações de saúde para o bem estar físico, mental e social, ao longo do processo de envelhecimento de toda sociedade, ou seja, é um constante

preparar para o envelhecer, desde o nascer, perpassando pela participação em toda trajetória de vida do cidadão (KANASHIRO, 2012). O objetivo principal é aumentar a expectativa de vida saudável, para todos os que envelhecem, garantindo qualidade de vida, inclusive para aqueles tenham alguma fragilidade ou incapacidade física e que necessitam de cuidados (OMS, 2002). É importante salientar que ao se referir à palavra “ativo” dessa política, não se refere especificamente à prática de exercício físico, mas participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis (OMS, 2002). Acredita-se que pessoas mais velhas que se aposentam, que apresentam alguma doença ou que vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades.

De acordo com Paúl (2005), vários fatores determinam a forma como os indivíduos envelhecem e compreendê-los pode auxiliar na elaboração de políticas e provamos a fim de alcançar um envelhecimento ativo. Esses fatores são a cultura, o gênero, os determinantes comportamentais, pessoais, econômicos e sociais, o ambiente físico e os serviços sociais e de saúde (OMS, 2002).

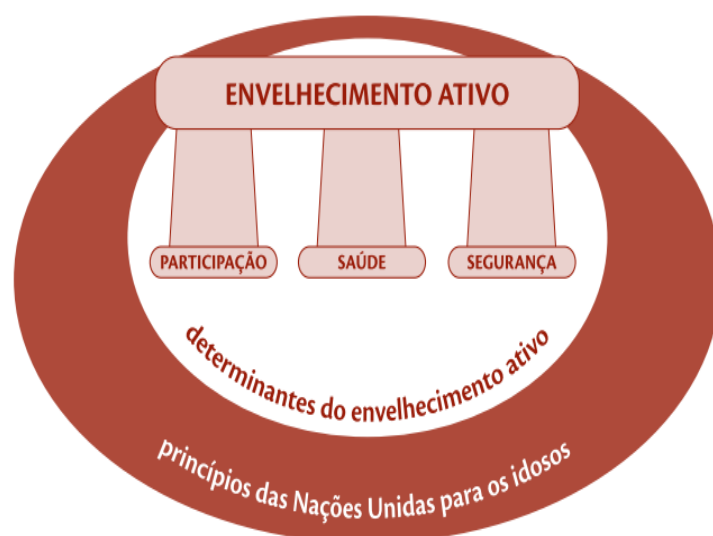
Na busca pelo envelhecimento ativo, como apresentado anteriormente, há ainda a necessidade de ações em três pilares: **participação, saúde e segurança**. Essas três áreas contemplam preocupações de diversos setores na busca por uma vida mais saudável e com qualidade para todas as pessoas idosas (OMS, 2002). O modelo de envelhecimento ativo preconiza medidas que incentivam uma vida integrada na sociedade, isto é, com participação na vida social, em segurança e com saúde. Considera que é possível reduzir os problemas de saúde pública, contribuindo para um aumento do número de pessoas desfrutando de qualidade de vida à medida que envelhece. Para Edwars et al., (2006) é através da prevenção de doenças incapacitantes associadas ao processo de envelhecimento, assim como da promoção da participação ativa dos mais velhos nos contextos social, cultural, econômico e político da sociedade, na vida familiar e da comunidade, que podem ser minimizados os custos financeiros e com recursos humanos associados à prestação de cuidados sociais e de saúde.

É importante destacar que existe crítica em relação a essa política, como apontado por alguns autores (KATZ, 2000; WALKER, 2002; HOLSTEIN; MINKLER, 2007). O ser ‘ativo’ parece ser sobreposto ao “direito de ser ativo” ou, nas palavras de

Katz (2000), em que a “atividade” se sobrepõe à “liberdade”. Deste modo, deve-se estar atento para que as orientações não se tornem “coercitivas” ou “opressivas”. Lloyd (2012) sugere que o discurso do envelhecimento ativo poderá até ser “insultuoso”, particularmente para as pessoas idosas que são “obrigadas”, por necessidade, a manterem-se inseridas no mercado de trabalho, com consequências negativas para as suas condições de saúde. Tais colocações demandam a atenção da necessidade de analisar a política frente à realidade das pessoas, não impondo, mas buscando possibilidades.

A estrutura política destinada ao envelhecimento ativo, apresentada a seguir, baseia-se nos Princípios das Nações Unidas para Idosos (o círculo externo), ou seja, independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade. As decisões fundamentam-se na interpretação de como os fatores determinantes do envelhecimento ativo influenciam o modo como as populações e os indivíduos envelhecem (OMS, 2005). Além de que, as políticas apontam para mudança de prioridade de atenção à saúde, privilegiando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com enfoque no envelhecimento ativo e buscando capacitar os profissionais no campo da saúde (SCHIER; CARSTENSEN, 2010).

Figura 1 - Os três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo



Fonte: OMS, Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde, 2005, p.45.

Ao refletirmos sobre a **saúde**, a política de envelhecimento ativo OMS (2005) aponta a saúde com uma ampla perspectiva que integra os vários aspectos para promover a qualidade de vida na medida em que se envelhece. O cuidado com a saúde é um fator importante e requer um ambiente que mantenha outros fatores comportamentais e ambientais, como autocuidado com a saúde, a prevenção e o rompimento com os fatores de riscos. O ambiente que a pessoa idosa está inserida é fundamental e precisa ser seguro, sobremaneira por causa dos problemas das doenças crônicas e do declínio funcional por causa do envelhecimento.

Para Albuquerque (2005), o estado de saúde de um indivíduo é muito mais do que um bem-estar físico, constituindo-se de uma complexa inter-relação entre os aspectos psicológicos e fisiológicos da saúde e da doença, além dos componentes objetivos e subjetivos desses estados. Além disso, a qualidade e a disponibilidade dos cuidados com saúde ao longo da vida também desempenham um papel importante para a saúde daqueles que envelhecem. Muitas dessas influências sobre a saúde individual, em geral, são socialmente moldadas ou construídas (MORGAN; KUNKEL, 2007). As modificações no estado de saúde de idosos variam conforme cada cultura, tais variações evidenciam que apenas a idade não seja um indicador forte e significativo para a prevalência de doenças crônicas e incapacitantes nessa fase da vida (ZIMMER et al., 2002). Não existe uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e desafios ambientais presente sob certas condições sociais. Os sistemas de saúde e serviço social precisam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo aos cuidados de qualidade para, então, promover o envelhecimento ativo.

Após o debate sobre a saúde, faz-se necessário analisar as questões relativas à **participação** das pessoas idosas. Participar é uma das formas que o cidadão tem para exercer seus direitos políticos e sociais. Participação, segundo OMS (2002, p. 51) é “[...] reconhecer e permitir a participação ativa de pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho formal e informal e atividades voluntárias, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidades.” como meio de romper com o sedentarismo após o envelhecimento ou aposentadoria, de forma ativa e

proativa, em que as pessoas idosas precisam continuar fazendo parte de todo processo social, antes de atingirem os 60 anos ou mais.

Na política de envelhecimento ativo, participação pressupõe que a pessoa idosa possa potencializar a promoção da sua autonomia, ter condições e capacidade de decidir o que é melhor para si em todos os momentos da vida. A independência ocorre quando a pessoa pode realizar diversas ações sozinhas, sem precisar de um acompanhante e ter capacidade de realizar algo pelos seus próprios meios. Para a OMS (2005), a participação pode proporcionar condições para o cidadão envelhecer e ainda continuar contribuindo para com a sociedade por uma participação de modo integral, nas diversas atividades econômicas, sociais, culturais e espirituais, de acordo com sua própria preferência, capacidades, necessidades e direitos humanos fundamentais a cada cidadão.

Por fim, em relação ao processo de envelhecimento ativo, cabe analisarmos a **segurança** da pessoa idosa. Assim, conforme dito pela OMS (2005), a segurança prevê que o cidadão envelheça com respeito e dignidade, e que possa garantir a segurança social, comunitária, familiar, física, financeira. É necessário, ainda, que os direitos das pessoas idosas estejam em conformidade com suas necessidades de assistência e de proteção em seu devido tempo. Ao falarmos em segurança, apontamos as necessidades que uma pessoa necessita ao envelhecer. Segurança para poder decidir, locomover-se, participar; segurança nos serviços de saúde; segurança econômica, física, social, familiar, comunitária entre outras. Para tanto, cabe à sociedade promover tais condições a fim de que a pessoa idosa possa ter segurança. Pedroso (2014) indica que a segurança para a pessoa idosa implica em ter condições físicas e psicológicas para decidir o que deseja para si e os que estão ao seu redor. É a tomada de decisão consciente, livre e autônoma do momento de estabelecer decisões durante o curso da vida, sobretudo no que se refere ao comprar, vender, alugar, doar.

O estudo de Oliveira (2013) visou debater o envelhecimento ativo num programa do Serviço Social do Comércio, tendo sido encontrado que as ações desenvolvidas têm produzido alternativas de socialização, melhoria da qualidade de vida e de promoção da cidadania. Já na pesquisa realizada por Pedrosa (2014) o autor analisou o processo de envelhecimento ativo, na visão da equipe multidisciplinar e de 60 idosos frequentadores da Unidade de Atendimento Integrado (UAI), no município de

Uberaba-MG. A participação das pessoas idosas na UAI, realmente favorece efetivamente a mudança de comportamento das mesmas e os três pilares da Política de Envelhecimento Ativo: Saúde, Participação e Segurança são efetivados no cotidiano dos frequentadores. Uma vez que ao participarem da UAI as pessoas idosas tiveram melhorias nas condições de saúde, se sentiram motivadas a participarem do cotidiano da comunidade e se sentem seguras para tomar decisões importantes em suas vidas.

3.2 Ações com idosos no Brasil: experiências com a extensão universitária

Alcançar um envelhecimento ativo é uma meta de curso de vida para todos. Para isso, a sociedade deve planejar espaços e equipamentos sociais que sejam seguros e acessíveis às pessoas idosas, bem como garantir a participação da mesma na comunidade e nas tomadas de decisões. Nesse sentido, o estudo do trabalho com idoso em grupos é interessante porque existe, atualmente, uma proliferação de espaços de convivências para idosos, ou os chamados “grupos de terceira idade”¹, que se fazem presentes em universidades públicas, em centros de saúde, em órgãos privados como o SESC, em espaços culturais e religiosos (TEIXEIRA, 2002).

Os grupos de idosos proporcionam diversas formas de engajar e reintegrar os idosos ao meio social, a fim de proporcionar um envelhecimento saudável e com qualidade. Debert (1999) estuda esses espaços que trabalham com a temática do envelhecimento e os denomina de “formas de gestão da velhice”, as quais procuram entender o diálogo entre as representações do envelhecimento e as práticas voltadas para um envelhecimento saudável ou bem-sucedido; formas estas, ocupadas pelos diversos programas voltados para a terceira idade, ou para o público idoso. Júnior (1997) mostra evidências que confirmam a tese de que a educação de pessoas idosas evolui a partir do quadro da educação de adulto, até começar a construir um campo próprio de prática, teorização e pesquisa. Porém, segundo o autor, os conhecimentos acumulados no campo da educação de adultos auxiliam pouco para a educação de pessoas idosas. Evidências

¹ Terceira idade é um termo criado na França, no final da década de 1960, para designar de forma aceitável o período da vida em que o indivíduo se afastava da vida produtiva e da maior parte dos papéis que caracterizavam a vida adulta. (SILVA, 1999). Para esse trabalho, será adotado o grupo de idosos.

sugerem que a partir da década de 1970 iniciou-se a tomada de consciência da necessidade de reconhecer os idosos como segmento importante no quadro da educação.

No Brasil, em 1961, foi fundada no Rio de Janeiro a primeira entidade científica a se preocupar com a saúde dos idosos, a Sociedade Brasileira de Geriatria (RODRIGUES; RAUTH, 2006). Nesse período, os programas governamentais destinados a assumir o processo de envelhecimento da população em países desenvolvidos começaram a ganhar expressão. Esses programas tinham como objetivo “a manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da perda de sua autonomia” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 253). Com essa perspectiva, se inicia a formação de grupos de convivência para idosos com atividades definidas basicamente como de lazer.

Segundo Rodrigues (2001), foi em 1975 que surgiu no Brasil o primeiro Programa de Assistência ao Idoso (PAI), na época vinculado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esse Programa oportunizou a criação de grupos de convivências para os idosos ligados à previdência, com o objetivo de criar condições de promoção social dos participantes através de atividades físicas, recreativas, culturais, entre outras. Com a Reforma da Previdência, em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e a responsabilidade de gerenciar o PAI passou para a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), extinta em 1995, a qual era a responsável pelo atendimento ao idoso no Brasil. Nos anos de 1980, os programas se expandiram e as atividades foram diversificadas oferecendo: atividades físicas, artísticas, socioculturais e de lazer (CACHIONI, 2003). O PAI passou por reformulações e passou a ser chamado de Projeto de Apoio à Pessoa Idosa (PAPI), que estava integrado ao programa de “ações complementares de apoio ao cidadão e à família” (RODRIGUES, 2001).

Cachioni (2003) indica que o trabalho pioneiro com adultos maduros e idosos foi desenvolvido pelo Serviço Social do Comércio (SESC), sob influência francesa, em 1963 no estado de São Paulo. Na década de 60, foram fundados os primeiros grupos de convivência com a preocupação de oportunizar um espaço para atividades culturais e de sociabilidade, pretendendo ocupar o tempo livre e favorecer as relações sociais. Na década de 70, surgiram as primeiras Escolas Abertas para a Terceira idade. Uma das

características dessa organização é a oferta de informações sobre envelhecimento, programas de preparação para aposentadoria, atualização cultural e atividade física, de expressão e de lazer. Sustentados em uma proposta de educação permanente, buscavam o desenvolvimento de potencialidades, de novos projetos de vida e estimulavam a participação ativa do idoso na família e na comunidade.

Colaborando com seus achados, Debert (1996) completa que os três programas (LBA, SESC, universidades) atendiam ou atendem a todos os idosos, todavia congregam indivíduos com perfis socioeconômicos distintos: os programas da LBA mobilizavam, sobretudo, setores de classes populares, enquanto o SESC e as universidades têm um público de setores médios e altos. Ou seja, se cada programa tende a mobilizar públicos específicos do ponto de vista de formas de consumo, não se pode dizer que a participação em programas seja exclusiva de grupos com situação privilegiada do ponto de vista da renda.

Blessmann et al. (2016) aborda que entre os papéis da universidade destaca-se a responsabilidade social expressa pelas atividades extensionistas, as quais constituem campo estratégico para a possibilidade concreta de transformação, integrando o ensino e a pesquisa. No Brasil, as universidades constam entre os principais agentes sociais promotores de programas direcionados à população idosa oferecendo atividades voltadas à saúde, ao bem-estar psicológico e social. Nas universidades, as primeiras ações foram no âmbito da extensão universitária na área da gerontologia, em meados da década de 1980. Nessa modalidade de extensão, a primeira universidade a criar um projeto de extensão voltado a atender demanda da comunidade foi a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), denominado Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI), em 1982.

Seguindo uma ordem cronológica, é possível indicar os principais projetos em universidades no Brasil. No Rio Grande do Sul, uma das pioneiras foi a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) que, em 1984, cria o Projeto GAFTI- Grupos de Atividades Físicas para a Terceira Idade. Após 10 anos, o projeto dá origem ao programa denominado Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade (NIEATI) da Universidade Federal de Santa Maria. Em 1988, a Universidade Estadual do Ceará iniciou as atividades da Universidade Sem Fronteiras. No final da década de 80, a

Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) criou o Núcleo de Assistência ao Idoso (NAI) que deu origem à Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) (VERAS; CALDAS, 2004). No ano de 1990, com o objetivo de desenvolver ações educativas, socioculturais e de apoio à saúde mental para a promoção e melhoria da qualidade de vida na terceira idade, a Universidade Católica de Pelotas, no Rio Grande do Sul, criou o Centro de Extensão à Terceira Idade (CETRES), subordinado à Coordenadoria de Extensão da Universidade (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS, 2016). Já a Universidade de São Paulo estruturou o projeto Universidade Aberta à Terceira Idade em 1993, quando foi aprovada e acolhida uma proposta realizada pelo Instituto de Psicologia, solicitando à Pró-Reitoria de Cultura e Extensão a abertura dos cursos da universidade para pessoas idosas.

Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a primeira ação voltada aos idosos é de 1990, com a criação do projeto de extensão Universidade para a Terceira idade (UNITI), vinculado ao Instituto de Psicologia. Esta ação persiste até os dias atuais, oferecendo para as pessoas a partir de 60 anos , experiências e aprendizagem sobre o ritmo e a sequencia de mudanças evolutivas do curso de vida (BLESMMANN; GONÇALVES, 2015). Anos mais tarde, porém nessa mesma década EM 1999, foi criado o Centro de Esportes, Lazer e Recreação do Idoso (CELARI), vinculado à Escola de Educação Física da UFRGS.

Para Benedetti, Gonçalves e Mota (2007) houve um aumento dos programas que oferecem atividade física aos idosos, sendo realizados de forma conjunta entre universidades, associações de bairro e prefeituras municipais. Segundo Martins de Sá (1991), entre 1990 e 1999, esses programas cresceram de seis para cerca de 140, localizando-se em 18 estados brasileiros, mas principalmente em São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Bahia. As instituições do ensino superior particulares são as que mais têm investido nessa área, seguidas das estaduais e das federais. Tendo como propósitos comuns, desmistificar os estereótipos e os preconceitos que permeiam a velhice, promover a autoestima e a integração social, incentivar a autonomia, investindo na formação de grupos para promover uma velhice bem sucedida (CACHIONI, 2003). Os grupos são constituídos a partir de interesses e temas em comum, tornando-se um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um

meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia, permitindo descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade para elevar a autoestima.

As denominações para o trabalho com o idoso são variadas, cada universidade vai designar o seu trabalho conforme os objetivos traçados, o modelo do programa e à ideologia de velhice, podendo estas atividades ser cursos ou atividades de extensão, conforme a última autora (CACHIONE, 2003). A multiplicação dos programas voltados para os idosos nas universidades abertas aconteceu na década de 90, com a extensão universitária voltada à terceira idade. Cachioni (2003) afirma que:

Apesar das diferenças em termos de denominação, características socioeconômicas, recursos disponíveis e público-alvo, essas instituições apresentam elementos comuns em seus discursos e propostas, que replicam as ideias de Pierre Vellas: preocupação com a qualidade de vida do idoso, promoção de saúde, participação e autonomia, oferta de oportunidades educacionais e culturais que permitam desenvolvimento pessoal e coletivo e inserção social dos idosos (CACHIONI, 2003, p. 52).

A crescente preocupação com a qualidade de vida em conjunto com a saúde e atividade física, no campo das políticas públicas, tem estimulado a criação de programas de atividade física para a população idosa. Esses programas deveriam trabalhar na perspectiva de desenvolvimento da saúde, podendo ser destacado o Programa da Saúde do Idoso, vinculado ao Ministério da Saúde, como uma possibilidade de atendimento ao idoso, com objetivo de estimular a promoção da saúde e o autocuidado (DIAS, 2012).

A partir desta breve linha do tempo, pode-se visualizar o processo de criação dos programas e dos grupos de atividades para idosos. Esses programas se organizam a partir da perspectiva de suprir perdas, tanto nos aspectos biológicos como sociais, que o idoso possui ao longo da vida. Debert (1999) comenta que são espaços que oportunizam a vivência coletiva de muitas experiências de envelhecimento bem sucedido:

Os programas oferecem um espaço em que a reformulação de padrões tradicionais de envelhecimento possa ser uma experiência coletiva, e participar deles ativamente significa viver intensamente uma nova etapa da vida, um momento propício para a exploração de identidades e de novas formas de auto-expressão (DEBERT, 1996, p.40).

Vivenciar o envelhecimento com pessoas na mesma faixa etária favorece a construção de experiências, buscando formas de manter e melhorar a saúde e a qualidade de vida. Seguindo essa linha, dentro da gama de grupos de convivência para idosos existem aqueles que, parcial ou totalmente, oportunizam a prática de atividades físicas como ginástica, dança, atividades aquáticas, esportes adaptados, dentre outras. Desde a criação da primeira universidade aberta à terceira idade, em 1973, em Toulouse na França, a importância das atividades físicas para pessoas aposentadas e idosas tem sido reconhecida como um fator de grande importância. Desde então, as atividades físicas são destaque no currículo na maior parte dessas universidades dos países do primeiro mundo (JUNIOR, 1997). Benedetti, Gonçalves e Mota (2007) afirmam que os programas de atividade física para idosos estão sendo incentivados por diferentes órgãos oficiais, que trabalham com promoção da saúde, e estão crescendo nas cidades do Brasil e em diferentes países. Nesse contexto, destaca-se que é importante a qualificação dos profissionais para proporcionar um atendimento efetivo a esse público.

A OMS (2002) recomenda que programas estruturados de atividade física propiciem alternativas para a promoção de um estilo de vida fisicamente ativo. Estas recomendações incluem: atividades individuais e/ou em grupo; benefícios associados a vários tipos de atividades físicas, incluindo as capacidades físicas; ter intensidades leves e moderadas de atividade física; o exercício deve atender às necessidades e expectativas individuais e do grupo; o exercício deve ser relaxante e prazeroso; o exercício deve ser regular, se possível diário.

Gobbi et al. (2005) salientam que antes de iniciar um programa de exercícios físicos deve-se ter conhecimento de uma série de fatores intervenientes que podem comprometer o sucesso do programa ou a satisfação do participante. Considera-se que os parâmetros são altamente influenciados por alguns fatores (aumento do tempo livre; envelhecimento populacional; maior informação a cerca dos efeitos da prática regular de atividade física na saúde) não podendo adotar um modelo único e pré-determinado na prescrição do exercício físico. Os autores ainda afirmam que o diagnóstico, prognóstico, programação, implementação e avaliação fazem parte do processo de gestão de um programa de exercício físico. Conhecer as características do participante deve ser o primeiro passo antes de prescrever qualquer tipo de exercício.

3.2.1 Centro de Estudos de Lazer e Atividade Física do Idoso (CELARI)

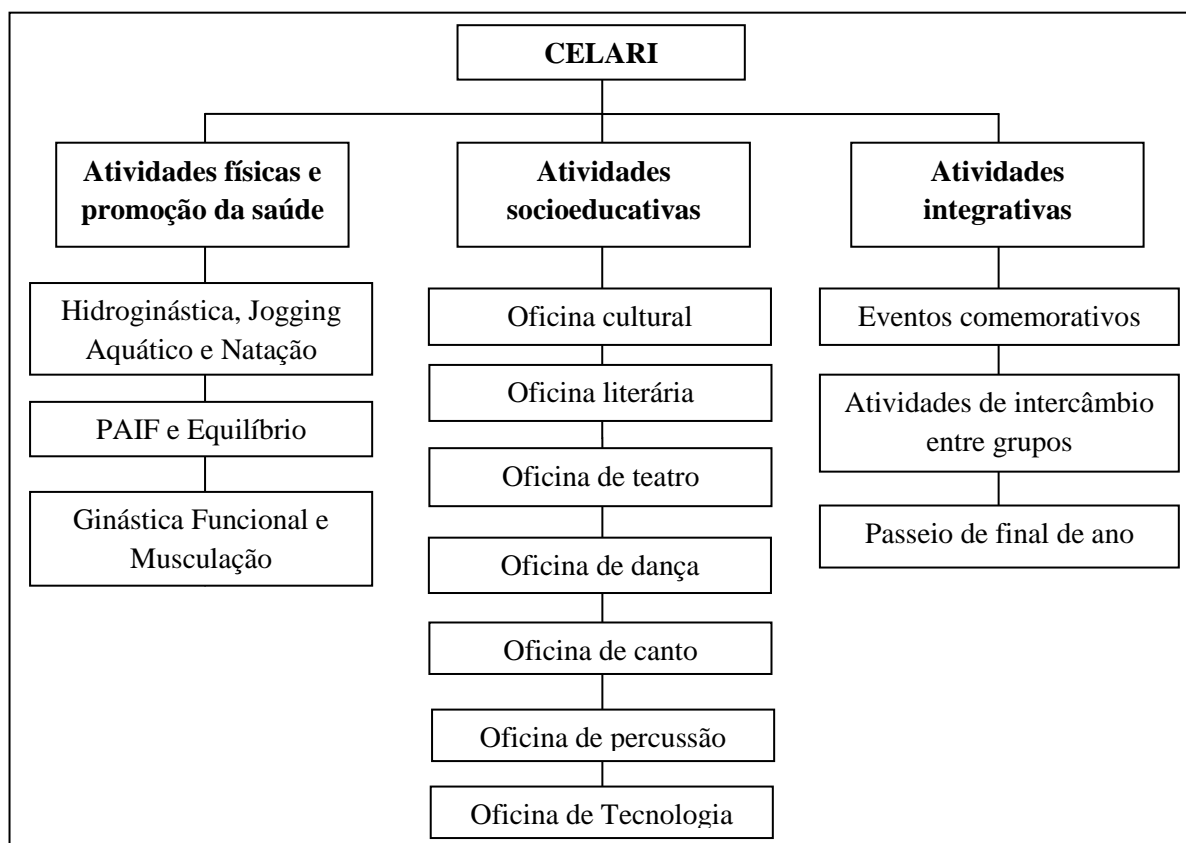
O programa (antes projeto) de extensão CELARI, denominado “Centro de Esportes, Lazer e Recreação do Idoso”, foi criado em 1º de junho de 1999 pela professora Diná Santiago e “*com um pequeno grupo de desbravadores*” (SANTIAGO, 2007, p. 11). No início, juntamente com a professora, havia uma professora de dança, três bolsistas selecionados para iniciar o projeto e um bolsista que auxiliava nas aulas da graduação. No intuito de divulgar o projeto, Santiago (2007, p. 11) cita que “*colocaram cartazes nos edifícios vizinhos, espalharam cartazes e faixas, fizeram boca a boca e partiram para a mídia televisiva*”. Assim, no primeiro encontro estiveram presentes em torno de 30 idosos, que ficaram sabendo das atividades através da publicação de uma notícia, em um jornal local. Algumas semanas após, uniu-se à equipe Eliane Jost Blessmann, assistente social de formação e que permanece no programa até os dias atuais.

Desde o início, o programa está localizado no Campus Olímpico da Escola de Educação Física, Dança e Fisioterapia da UFRGS, em Porto Alegre, no Bairro Jardim Botânico, especificamente no prédio do Centro Natatório. No período da fundação, ocupava um espaço menor que, ocupa atualmente, tinha-se disponível uma sala pequena no fundo do Centro Natatório, onde a secretária do projeto se estabeleceu e outra sala foi destinada para realização de algumas aulas. Nessa época, ofertava-se um conjunto de atividades: caminhada, recreação e jogos, dança, ginástica localizada, alongamento e ioga, nas segundas, quartas e sextas feiras, no período da tarde. No mês de outubro do ano da fundação, anexaram-se ao programa as oficinas de natação e hidroginástica. Além dos exercícios físicos, também faziam parte da programação do CELARI, o que, naquele contexto, era denominado de atividades sociais e, para o encerramento do ano, era realizado um passeio de final do ano (DIAS, 2012).

Atualmente, após 18 anos de existência, o CELARI mudou sua nomenclatura para “Centro de Estudos do Lazer e da Atividade Física do Idoso” e ocupa um espaço físico bem maior que o inicial, o número de bolsistas aumentou e com eles o número de participantes. A professora fundadora do programa está aposentada e no seu lugar outra pessoa a professora Doutora Andrea Kruger Gonçalves, com experiência anterior em

vários outros projetos com idosos em diferentes universidades (incluindo a USP), tem coordenado o programa juntamente com a assistente social. Outra mudança que ocorreu também foi quanto à idade de entrada no programa, devido ao aumento acelerado da expectativa de vida, antes era 50 anos e atualmente é indicado os 60 anos. As atividades oferecidas pelo programa estão expostas conforme organograma a seguir:

Figura 2 - Organograma referente às atividades físicas, socioeducativas e integrativas proporcionados pelo programa



Fonte: Autora adaptado do Programa de Extensão “Vidas em Movimento”

Essas atividades são realizadas de segunda a sexta-feira, com exceção das atividades socioeducativas e atividades integrativas. Os idosos podem participar de uma oficina de atividade física por dia, de acordo com as condições físicas, recomendações médicas, interesse, indicações do programa e disponibilidade de tempo. Devido a grande procura de interessados pelo programa, atualmente trabalhamos com uma lista

de interesse, no qual a pessoa se inscreve e informa a oficina, para (quando houver vaga) ser chamada.

Além de toda uma estrutura com as atividades físicas e atividades sociais, existe toda uma organização que envolve bolsistas e coordenação, bem como os próprios participantes do programa. Os idosos são incentivados a participar de todas as decisões no programa, desde as aulas (denominadas de oficinas no sentido de construção e não como algo dado e pronto) até o envolvimento nas outras atividades e da própria manutenção do mesmo. Como exemplo disso, uma vez por mês ocorre a reunião com os representantes de cada oficina (escolhidos por eles próprios), a coordenação do programa e um bolsista representante, sendo planejado, avaliado e discutido os assuntos relevantes. A equipe técnica, formada pelos bolsistas e coordenação, também se reúne uma vez por mês para a organização das oficinas e dos eventos do projeto. Os bolsistas ainda são divididos em subgrupos por funções, além de ocorrer reuniões de planejamento por oficinas.

O CELARI é mais do que somente um “local de atividade física e atividades sociais” onde os participantes somente comparecem para realizar suas atividades. O espaço físico do programa é concebido para estimular e favorecer esse ambiente de diálogo, sendo que existe uma sala para a equipe técnica e outra denominada “sala de convivência”. Esta última, foi denominado por Dias (2012) como sendo “casa da vó”, esse nome justifica-se por ser um ambiente acolhedor onde tem sempre café passado e lanche, além de ter sido mobiliado pelos próprios idosos que doaram sofás, mesa, geladeira, televisão, entre outros.

O programa parte do pressuposto da concepção de envelhecimento como um processo progressivo, contínuo, natural e irreversível que se diferencia de um indivíduo para o outro (FIEDLER; PERES, 2008). Os objetivos incluem desenvolver atividades físicas e socioeducativas que possam contribuir para rever os estereótipos e preconceitos com relação à velhice; promover a autoestima e o resgate da cidadania e incentivar a autonomia, a independência, a autoexpressão e a reinserção social em busca de uma velhice bem sucedida. Valer et al. (2015) aborda que grupos de educação em saúde favorecem o aprendizado quanto a comportamentos saudáveis, estimulam a autonomia da pessoa idosa, melhoram a autoestima, promovem uma melhor qualidade de vida e

proporcionam a inserção social dos participantes e, ainda, contribuem para a construção de espaços de convívio e reflexão diante das necessidades de seus integrantes.

Além de, incentivar a prática de atividade física é preciso propiciar ao idoso um novo espaço de contribuição: a Educação permanente. Neri (2004) salienta que educação é todo o processo intencional que promova transformação humana individual e/ou coletivamente, vista como uma realidade permanente, voltada para o aspecto concreto da vida. Cachioni (2012), as participações dos idosos em espaços de aprendizagem proporcionam a formação de uma rede psicossocial, contribuindo na prevenção de isolamento social, ocasionado pelas perdas, sendo elas relacionadas à aposentadoria e o envelhecimento. Para Neri et al. (2009), a educação representa um papel importante na mudança de crenças e atitudes frente ao envelhecimento com isso sugere aos idosos a participação ativa nos espaços de educação permanente, contribuindo para novas aprendizagens.

As práticas corporais desenvolvidas no CELARI tem como intuito propiciar a melhora e a manutenção no desempenho, melhorando assim a sua qualidade de vida. Como já citado em alguns estudos (GONÇALVES et al., 2011; MOTA; RIBEIRO; MATOS, 2006; ORLANDO; SILVA; JUNIOR, 2013; PIRES et al., 2013; GONÇALVES et al., 2014), acredita-se que o exercício está associado com melhorias em vários aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde. Além disso, os programas de atividade física podem propiciar ações que favoreçam idosos considerados pouco ativos a aumentar o nível de atividade física, inserindo-os em grupos específicos para melhorar também o contato social, favorecendo o envelhecimento ativo, mantendo sua capacidade funcional e o lazer (BENEDETTI; GONÇALVES; MOTA, 2007). Assim, percebem-se muitos benefícios em participar de grupos da mesma faixa etária, e a participação em programas de atividades físicas pode ser um grande aliado à manutenção da rede, pois, como afirma Mazo, Lopes e Benedetti (2009), a participação nestas atividades normalmente acontece em grupo, o que possibilita benefícios para a manutenção da rede social.

Dias (2012) define que o espaço do CELARI é um ambiente de socialização entre os participantes, e a participação está de acordo com a perspectiva de vivenciar a velhice com qualidade de vida, sendo que nesse espaço ocorre uma valorização das

relações para além dos laços familiares já constituídos. É oportunizada a integração de pessoas que se dedicam ainda a outras atividades, como atividades profissionais ou até mesmo se envolvem em outros grupos. Além de ser um espaço que pode ser vivido como se fosse um segundo lar, que estimula o desenvolvimento da autonomia do idoso e que propicia vários espaços e formas de interação. O estudo de Vargas (2015) verificou que o Celari faz parte da rede de suporte social de grande parte dos idosos participantes do projeto, considerando que é um grupo heterogêneo, expressando as diferenças individuais, seja por aspectos sociais, incluindo desde personalidade, experiências de vida, escolaridade ou limitações físicas. Além de indicar que parece existir dois grupos no programa, como aqueles que participam mais vezes na semana e permanecem mais tempo do dia no CELARI e aqueles que participam somente no horário e no espaço da oficina. De certa forma, a maioria dos alunos, além de participar das oficinas de exercício físico, também participam das atividades culturais e sociais do programa. A maior parte dos participantes frequenta a sala de convivência social, antes ou depois das aulas quando se encontram com colegas, constituindo-se um espaço importante para relações e troca de experiências (VARGAS, 2015).

Nesse último estudo (Vargas, 2015), é possível indicar que a rede de apoio social é composta pelas pessoas em que convivem habitualmente, no qual foram citados os colegas do CELARI, membros da família, amigos, vizinhos e os professores (bolsistas do CELARI). Além disso, citaram que o CELARI é um local que favorece a socialização e o aumento da rede de apoio social, no qual muitos fazem amizades para além do horário habitual das aulas em espaços fora ao ambiente das oficinas. Alguns ainda utilizaram termos de ajuda e apoio em relação ao programa.

Para um melhor atendimento a esse público em crescimento, acredita-se que a atuação com idosos requer uma área de intervenção interdisciplinar com professores e profissionais envolvidos um saber múltiplo, baseando-se no conhecimento das características deste público específico. Por isso, no caso do CELARI, as oficinas são ministradas por acadêmicos da educação física, fonoaudiologia, dança, teatro e fisioterapia sob a supervisão da coordenação do programa. Com o objetivo de oportunizar aos acadêmicos experiências e contato com esse público, o qual torna-se cada vez maior em nossa sociedade.

Com a necessidade de ampliar as oportunidades oferecidas a comunidades e que fosse mais voltada a parte socioeducativa, foi criado em 2013 o projeto ASELI- Atividades Sócio-educativas do Lazer com Idosos, que atua juntamente com o CELARI. Esse projeto oferece oficinas com o fim de incentivar o desenvolvimento cultural, social e intelectual dos seus participantes. Acredita-se que através da educação continuada, a pessoa idosa tem a possibilidade de ter atualização, aquisição de conhecimento e participação em atividades culturais, sociais, políticas e de lazer (UNICOVSKY, 2004). As atividades incluem oficina literária, oficina cultural, uso de novas tecnologias, nutrição, teatro, grupo de percussão e canto, além de realizar eventos e incentivar a participação em eventos como o “Arte em cena na Terceira idade” (com apresentações de diversos grupos). O ASELI também já promoveu um trabalho junto a Prefeitura de Porto Alegre, auxiliando na realização de várias atividades.

Inicialmente, o CELARI era definido como projeto de extensão e proporcionava atividades físicas e atividades de lazer (sendo as mais antigas e que continuam em atividade: oficina cultural, oficina literária). Com a expansão das ações, passou a ser organizado como programa de extensão e foi organizado outro projeto a parte para as atividades de cunho sócio-educativo, denominando-se ASELI. Desde 2015, o ASELI passou a adotar a nomenclatura VIDAS EM MOVIMENTO, fazendo parte do programa CELARI, atuando em duas frentes de atuação: na UFRGS e fora da UFRGS. Anteriormente havia sido realizada parceria com a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer de Porto Alegre e, no ano de 2016, consolidou-se com a Secretaria Municipal de Saúde. Esses projetos foram contemplados nos últimos editais (2013/2014 e 2016/2017) do Programa Nacional de Extensão Universitária (PROEXT) do Ministério da Educação.

De acordo com o estudo de Blesmann et al. (2016), o CELARI atende uma média de 237 idosos com idade média de 73 anos e apresenta um perfil sócio demográfico bem heterogêneo. A hegemonia feminina é predominante dentro do programa sendo um percentual de 85,6% (n=203), enquanto os homens apresentam uma frequência de 14,4% (n=34). No que diz respeito ao estado civil, os casados predominam com 41,8% (n=99), 30,8% dos participantes são viúvos (n=73), 17,7% declararam-se divorciados (n=42) e, em menor proporção, com 9,7%, solteiros (n=23).

Na variável escolaridade, podemos observar que 37,6% dos participantes possuem ensino superior completo (n=89). Logo após do ensino superior completo, destacam-se o secundário completo, presente em 19,0% dos participantes do grupo (n=45) e o ginásio completo com 10,1% de presença (n=24). Em relação à moradia, 42,2% dos participantes residem com o cônjuge (n=100), sendo que apenas 28,3% dos idosos moram sozinhos (n=67) e 29,5% (n = 70) moram com os pais, filhos, netos, amigos ou outros parentes. Quanto a ocupação destacamos que 70,5 (n=167) se colocam na condição de aposentados, enquanto que 4,2% (n=10) estão aposentados mas ainda trabalham.

O CELARI passou por diversas transformações ao longo desses 18 anos, tanto na sua estrutura física como na sua organização. O aumento da expectativa de vida e o incentivo à adoção de hábitos mais saudáveis, parece ter influenciado na busca pelo programa. A participação de idosos aumentou consideravelmente nos últimos anos, comparado a sua criação em 1999, necessitando de adequações no oferecimento de novas turmas com diferentes modalidades e horários. Deste modo, a equipe de trabalho também aumentou, necessitando de uma nova estrutura organizacional para planejar, executar e avaliar as atividades. As redes de contato entre a equipe de trabalho e os Celarianos² tem possibilitado o espaço para trocas de informações, sendo que a sala de convivência é o espaço central do programa, além das reuniões mensais e outros momentos. O aperfeiçoamento da equipe de trabalho através da participação em congressos, palestras, pesquisas e cursos da área de envelhecimento contribuíram para o melhor atendimento aos participantes. Além de que o programa por estar dentro da universidade, especificamente na ESEFID, torna-se um lugar primordial para a formação dos acadêmicos para a atuação na área do envelhecimento.

O CELARI está em constante transformação e necessita enfrentar alguns desafios como a lista de espera, visando proporcionar mais qualidade de vida para mais pessoas. Por fim, o programa cresceu aos longos desses anos e foi se moldando conforme as necessidades do público atendido, tanto que é reconhecido pela direção da ESEFID e pelas Pró-Reitorias da universidade. Acreditamos que as mudanças ocorridas

² Ser Celariano é um termo criado pelos próprios participantes como forma de se sentir pertencentes ao CELARI, são aqueles idosos que participam efetivamente “vestem a camiseta”, vivem suas vidas dedicadas ao programa.

ao longo dos anos, fizeram com que o programa melhorasse seu atendimento, mesmo que ainda tenha que enfrentar alguns desafios (falta de espaço físico, bolsas auxílios para o bolsistas etc.). Atualmente possui visibilidade decorrente de todas atividades oferecidas, incluindo eventos e pesquisas.

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Essa investigação foi de caráter qualitativo. Como característica do método qualitativo, destacamos que não há a preocupação de generalizar os achados, mas de realizar uma análise de um grupo ou situação em específico (NEGRINE, 2010). Para Minayo (2010), esse tipo de pesquisa permite a descoberta de processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos específicos, promove a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. A autora ainda completa que esse método:

Define-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Dessa forma, também é utilizado para a criação de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias.(MINAYO, 2010, p.57)

Esse estudo, mais especificamente, caracterizou-se por ser um estudo do tipo pesquisa-ação, no qual o sujeito-pesquisador participa diretamente das reflexões acerca do trabalho. Além disso, a pesquisa-ação é um método ou uma estratégia de pesquisa que agrega vários métodos ou técnicas de pesquisa social, com os quais se estabelece uma estrutura coletiva, participativa e ativa para busca de informação. Como estratégia, a pesquisa-ação pode ser entendida como um modo de conceber e de organizar uma pesquisa social de ordem prática, a qual esteja de acordo com as exigências da ação e da participação dos atores envolvidos no problema. Em seu desenvolvimento, os pesquisadores recorrem a métodos e técnicas de grupo para lidar com a dimensão coletiva e interativa da investigação, técnicas de registro, processamento, exposição de resultados, assim como, eventualmente, questionários e técnicas de entrevista individual como meio de informação complementar (THIOLLENT, 2011). De acordo com Betti (2010, p. 142), a pesquisa-ação diz respeito à “pesquisa na qual as pessoas envolvidas têm participação ativa, e na qual há uma exigência de conhecimento a ser produzido”. Essa necessidade de evolução não está relacionada apenas com a resolução de um

problema prático da melhor maneira, mas busca melhorar a prática educativa (BETTI, 2010).

Tripp (2005) caracteriza a pesquisa-ação como um dos inúmeros tipos de investigação ação (termo genérico para todo o processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito da mesma), como, por exemplo, a aprendizagem-ação, a prática reflexiva, aprendizagem experimental, dentre outras. De fato, como demonstra Thiollent (2005), um dos fundamentos da pesquisa-ação está no constante *feedback* da informação produzida pela pesquisa. O autor apresenta um roteiro de quatro etapas que, segundo ele, é um dos possíveis caminhos para este tipo de pesquisa, apresentação, ação, avaliação e pesquisa.

Na esfera conceitual, Tripp (2005) indica que a definição da pesquisa-ação é difícil devido a duas razões interligadas: (a) é um processo tão natural que se apresenta, sob muitos aspectos, diferente; e (b) ela se desenvolveu de maneira diferente para diferentes ações. No entanto, prefere uma definição mais estrita: *“pesquisa-ação é uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática”* (TRIPP, 2005, pág.447). Thiollent (2011) aprofunda mais quanto a esse tipo de estudo:

[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2011, p.16).

Para este último autor, a relação entre conhecimento e ação existe tanto no campo do agir quanto no campo do fazer e, entre as formas de raciocínio, existem analogias entre as estruturas do “conhecer para agir” e do “conhecer para fazer”. A passagem do conhecer ao agir ocorre quando se transformam proposições indicativas ou descritivas (“a situação é esta...”) em proposições normativas ou imperativas (“temos que fazer isto.”). Torna-se importante ressaltar que essas analogias pressupõem não apenas o entendimento, mas também a consciência a respeito da realidade que se apresenta e que se deseja modificar.

O objetivo da pesquisa-ação está além da proposição de mudança de situações. Thiollent (2011) aponta dois objetivos da pesquisa-ação, havendo relação entre eles: o objetivo *prático*, que tem o intuito de resolução de problemas, sendo o eixo principal da investigação, e o objetivo de *conhecimento*, que possibilita uma melhor obtenção das informações. O planejamento na pesquisa-ação é flexível e não segue uma série de fases ordenadas, de forma rígida, podendo constituir-se de diversas etapas para organização e efetivação e sua execução pode ocorrer de diversas formas.

A pesquisa-ação adotada como a possibilidade metodológica, envolve pessoas na resolução de problemas, desenvolve grupos interessados em mudanças, reduz a distância entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Para Gritten (2008), esse tipo de estudo embasa as mudanças em fatos e não apenas em ideologias, tem caráter emancipatório, que ocorre por meio do reconhecimento profissional, com a superação de obstáculos. A realização desse estudo tem a intenção de qualificar o atendimento ao público idoso no CELARI, visto que essa demanda é constantemente indicada pelas próprias pessoas no contexto das atividades do programa. Deste modo, foi desenvolvido um curso para idosos do programa de extensão CELARI com encontros presenciais sobre o tema do estudo, como forma de intervenção.

4.2 Participantes do estudo

O CELARI atualmente atende 237 idosos com uma média de idade de 73 anos. As características da população do CELARI, descritas no item 3.2.1, auxiliaram nas características da amostra, a qual deveria estar de acordo com a pluralidade dos fatores.

É importante destacar que a intervenção foi realizada a partir de um curso sobre envelhecimento ativo aberto a todos interessados no CELARI, sendo que a partir desse curso foram escolhidas as pessoas para participarem do grupo focal. Para o curso, o único critério foi ser aluno do CELARI e ter idade igual ou superior aos 60 anos. Para o grupo focal, os critérios de inclusão foram: grupo etário, sexo, participação nos encontros, tempo de participação no CELARI, tipo de participação de acordo com as oficinas.

Quanto ao grupo etário, os participantes do estudo deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos³ e pertencer a um dos grupos etários: 60 e 69 anos, 70 e 79 anos, 80 anos ou mais. Este critério foi definido para procurar abranger as pessoas nascidas em diferentes décadas, possibilitando uma maior heterogeneidade. Não foi estabelecido um número fixo de participantes por grupo etário, no entanto, foi realizada uma distribuição igualitária entre os três grupos.

Quanto ao sexo, como visto anteriormente o percentual de homens é consideravelmente inferior que o de mulheres, assim procurou ter uma participação de acordo com as características do programa.

Quanto à participação nos encontros propostos na pesquisa, foram convidados aqueles idosos que participaram de 75% do curso no mínimo, incluindo os encontros três e quatro. Os encontros citados foram abordados como importantes para a pesquisa por estarem relacionados diretamente à temática da Política do Envelhecimento Ativo e seus pressupostos.

O tempo de participação no programa também foi outro critério adotado, devendo ser de no mínimo dois anos, uma vez que se deseja lidar com diferentes tempos de participação no programa para pluralizar mais a amostra. A ideia foi atender as questões como sentimento de empoderamento em relação ao ambiente e ao programa, estando aliadas ao aspecto tempo.

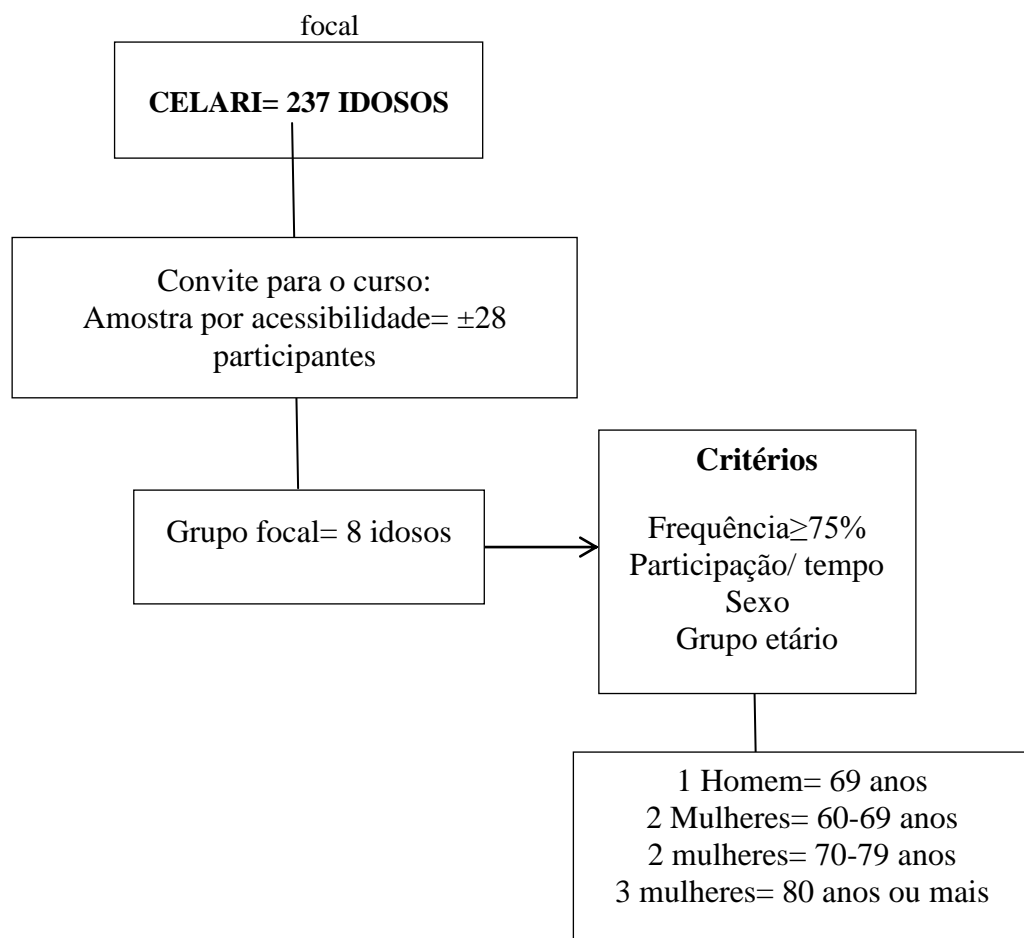
O tipo de participação foi definido em pessoas que frequentassem oficinas de atividades físicas e também oficinas sociais e culturais, indicando um maior envolvimento nos diferentes tipos de atividades desenvolvidas no programa. Salientando que o programa caracteriza-se pelo seu caráter diversificado, proporcionando aos idosos inúmeras opções, desde atividades voltadas para os benefícios físicos como atividades direcionadas para as relações sociais e cunho intelectual.

Os participantes do estudo, sendo escolhidos por acessibilidade, variaram entre 18 idosos a 28 idosos (Organograma da figura 3 processo de convite e formação do grupo focal). Para o grupo focal, foram selecionadas 8 pessoas a partir dos critérios de

³ A Organização Mundial da Saúde define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (OMS, 2005).

inclusão: um homem com 69 anos, duas mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos, duas entre 70 a 79 anos e três com idade igual ou superior aos 80 anos, destas somente duas pessoas não participaram de todos os encontros tinham, mas tiveram 75% de frequência e participaram dos encontros 3 e 4. Todas as pessoas selecionadas para o grupo focal eram participantes das atividades físicas e socioculturais e participavam no mínimo dois anos, algumas inclusive participam desde a fundação do CELARI.

Figura 3- Organograma referente ao processo de convite para o curso até a formação do grupo



Fonte: Elaborado pela autora

4.3 A intervenção-ação

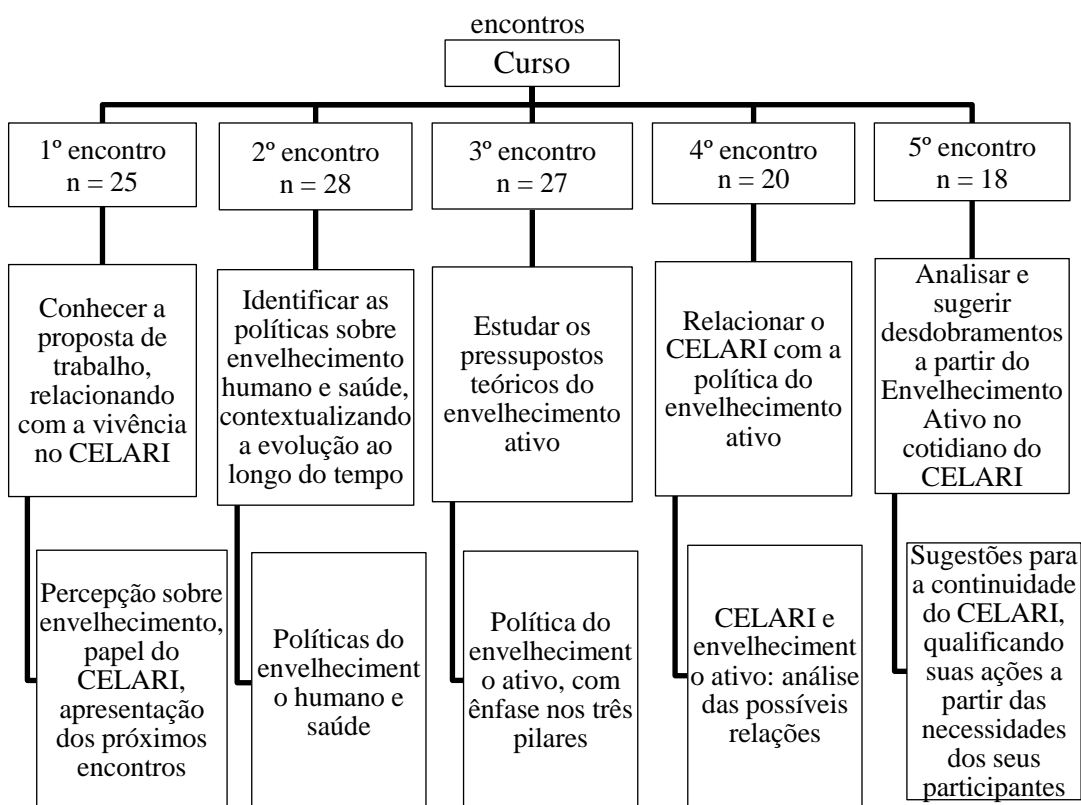
A intervenção-ação ocorreu a partir de um curso com cinco encontros semanais oferecidos aos participantes do CELARI, com objetivo de analisar, discutir e relacionar a Política do Envelhecimento Ativo com o programa. O plano de coleta de dados

envolveu a realização desse curso, onde os dados foram registrados a partir da gravação e das anotações em diários de campo. Após seu término, foi formado grupo focal de acordo com os critérios de seleção de amostra, o qual também foi gravado.

A metodologia do curso foi estruturada em cinco encontros, os quais ocorreram uma vez por semana com tempo máximo de sessenta minutos de duração, em uma sala de aula do Centro Natatório, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID) da UFRGS. Os participantes foram convidados a participar do curso, a partir de cartazes e anúncios nas atividades do CELARI. Todos os encontros ocorreram no primeiro semestre de 2017. O grupo se reuniu em uma sala, sentados em cadeiras em forma de um semicírculo, para dialogar sobre temas relacionados aos objetivos do curso.

A seguir é apresentada a descrição metodológica simplificada com os objetivos, conteúdo e número de participantes de como os encontros foram conduzidos:

Figura 4- Organograma referente aos objetivos, conteúdos e número de participante dos



Fonte: Elaborado pela Autora

A pesquisa ação, com o auxílio de colóquios reflexivos, é uma forma de investigação que permite a concretização do conhecimento através de uma construção reflexiva. Por meio desse modo reflexivo, os grupos de idosos podem expressar suas representações (STIGGER, 2007). Nos encontros do grupo de estudos, a pesquisadora atuou como mediadora de diálogos críticos-reflexivos, atuando como facilitadora e colaboradora, de acordo com Betti (2010).

Nesse processo, é preciso ter cuidado para evitar que os encontros sejam ministrados como aulas aos idosos, uma vez que a pesquisa-ação pressupõe a construção de saberes através de um processo coletivo, levando em consideração os saberes atuais dos participantes. Logo, foi tentado, ao máximo, a dialogicidade entre os participantes, a qual é uma preocupação em torno da comunicação de mão dupla, de modo que os encontros não se tornem monólogos (THIOLENT, 2011).

Para respeitar a importância da argumentação na pesquisa-ação, os encontros foram conduzidos com o recurso da argumentação, nos seguintes momentos:

a) na colocação dos problemas a serem estudados conjuntamente por pesquisadores e participantes; b) nas ‘explicações’ ou ‘soluções’ apresentadas pelos pesquisadores e que são submetidas à discussão entre os participantes; c) nas ‘deliberações’ relativas a escolhas dos meios de ação a serem implementados; d) nas ‘avaliações’ dos resultados da pesquisa e da correspondente ação encadeada (THIOLENT, 2011, p. 38).

Nessa lógica de participação, esforcei-me para que minhas intervenções fossem orientadas à formulação de um conceito em relação às políticas públicas especialmente a do Envelhecimento Ativo, de modo que os participantes adquirissem conhecimento necessários para compreender os pressupostos da política dentro do programa CELARI.

4.4 Instrumentos

Os instrumentos do estudo foram o diário de campo (a partir dos encontros do curso) e o grupo focal.

O diário de campo foi elaborado ao longo dos encontros do grupo de estudo. É caracterizado como um documento íntimo e pessoal que, de forma geral, pode ser

entendido como os registros dos acontecimentos, impressões e confissões do cotidiano, contendo juízos e comentários sobre o que foi observado (MALINOWSKI, 1997). Dessa forma, Triviños (1987) considera o diário de campo uma forma de complementação das informações sobre o cenário onde a pesquisa se desenvolve e onde estão envolvidos os sujeitos, a partir do registro de todas as informações que não sejam aquelas coletadas em contatos e entrevistas formais, em aplicação de questionários, formulários e na realização de grupos focais. Para o autor, as anotações realizadas no diário de campo, sejam elas referentes à pesquisa ou a processos de intervenção, podem ser entendidas como todo o processo de coleta e análise de informações, isto é, compreenderiam descrições de fenômenos sociais, explicações levantadas sobre os mesmos e a compreensão da totalidade da situação em estudo ou em um atendimento.

O conteúdo do diário de campo foi relacionado à intervenção, na forma do curso, além das sensações e percepções da pesquisadora. O diário de campo foi organizado em tópicos considerados importantes, contendo relatos das percepções da pesquisadora a respeito do processo de pesquisa como um todo. Para melhor organizar o material, todos os encontros foram gravados e, posteriormente, descritos na íntegra para integrarem o diário de campo, organizado de acordo com os dias do curso. Essa gravação foi um método para melhor organizar o material, ou seja, todos os encontros foram gravados e, posteriormente, descritos na íntegra para integrarem o diário de campo, organizado de acordo com os dias do curso.

O grupo focal representa uma técnica que, a parte da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico originadas de entrevistas em grupos, as quais se fundamentam nas interações desenvolvidas pelos participantes nos encontros (BACKES et al., 2011). Segundo Gondim (2003), essa técnica pode ser caracterizada como recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos. Os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social, em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e buscando respostas pertinentes à questão sob investigação (BACKES et al., 2011). Desse modo, o grupo focal pode atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar, revelando dimensões de entendimento que, frequentemente,

permanecem inexploradas pelas técnicas convencionais de coleta de dados. Além de, permitir trocas e descobertas, de diferentes pontos de vistas e opiniões (GONDIM, 2003). Um dos principais diferenciais dessa técnica é a valorização da expressão da opinião humana, a partir da interação com outros sujeitos (TRAD, 2009). Nesse sentido, o participante é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha refletido anteriormente. O grupo focal se apoia na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador. Uma vez conduzido, o material obtido vai ser a transcrição de uma discussão em grupo, focada em um tópico específico, dando origem ao nome: grupo focal (CARLINI-COTRIM, 1996). Flick (2009) ainda afirma que os elementos contidos nas dinâmicas de grupo e na discussão entre todos os participantes tem um papel de destaque na condução das discussões em grupo.

Nessa pesquisa, o grupo focal foi composto por 8 idosos que participaram da intervenção e que estavam dentro dos critérios de inclusão. Devido algumas limitações como o início tardio do curso, foi realizado somente um grupo focal em um só dia. Esse encontro foi gravado, da mesma forma que ocorreu no curso, tem sido transcrito em sua totalidade para a análise do material.

O grupo focal durou 50 minutos e seguiu as questões norteadoras:

- 1) O que entende sobre envelhecimento ativo, após os encontros realizados?*
- 2) O que acha da evolução das políticas públicas relacionadas ao idoso e a saúde?*
- 3) Percebe alguma semelhança entre a Política do Envelhecimento Ativo e o CELARI?*
- 4) Acredita que o CELARI poderia atender melhor suas necessidades, a partir do que é proposto no Envelhecimento Ativo?*

4.5 Análise dos dados

A metodologia adotada para a análise dos dados obtidos através dos instrumentos de abordagem foi a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), assim definida:

[...] um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p. 31).

Para Bardin (2011), quanto a esse processo de análise, são propostas três fases: a) a pré-análise composta por leitura flutuante, escolha dos documentos, formação das hipóteses e objetivos, análise documental, referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores; b) a exploração do material; c) o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação.

A exploração do material consiste na etapa mais duradoura desse processo. Ela é composta pela etapa da codificação, na qual são feitos recortes em unidades de registro, ou seja, menor recorte de ordem semântica que se liberta do texto, podendo ser uma palavra-chave, objetos ou personagens. Como também em unidades de contexto, que deve fazer compreender as unidades de registro, tal qual a frase para a palavra. E pela fase de categorização onde os requisitos são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. A categorização é o agrupamento em razão de caracteres comuns dos elementos (unidade de registro) sob o título geral. Seus critérios podem ser léxicos, expressivos, sintáticos ou como nesse caso semânticos, que se caracterizam por serem agrupados por temas, por exemplo, todos os temas que significam motivação, ficam agrupados na categoria motivação.

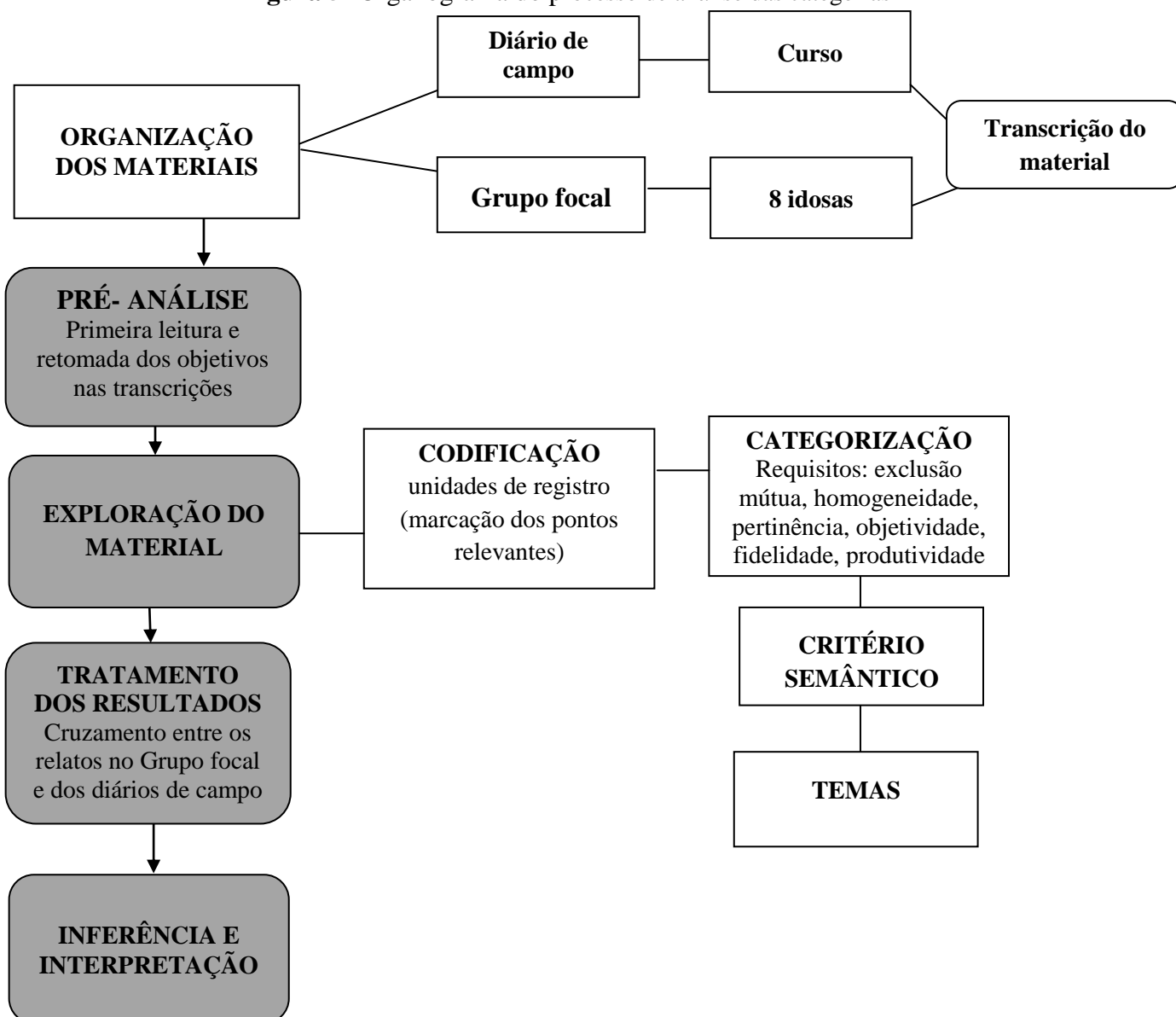
Seguindo os procedimentos descritos por Bardin (2011), a análise partiu da organização do material, através das transcrições do diário de campo e do grupo focal. Na fase de pré-análise, foi realizada uma primeira leitura, seguida de outra a partir da retomada dos objetivos do trabalho. Após este passo, iniciou-se a marcação dos pontos mais relevantes e, finalmente, a categorização dos resultados. Foram realizados

cruzamentos entre os conteúdos do diário de campo e do grupo focal, assim ambos foram analisados em conjunto.

O estabelecimento das categorias foi realizado de acordo com a análise de conteúdo (BARDIN, 2004) com categorias semânticas. De acordo com Minayo (1996, p. 70) categoria “se refere a um conjunto que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si”. Para Bardin (2011), na pesquisa qualitativa, prefere-se definir as categorias não antes, mas depois de coletar os dados (categorização *a posteriori*). O desafio para o pesquisador é maior, porém os resultados podem ser mais relevantes para o progresso de pesquisa, quando não se põe limites ao que pode ser encontrado. A categorização *a posteriori* é essencialmente um processo de redução de dados brutos em dados classificados. Diante dos dados coletados, é necessário, portanto, usar um processo de seleção, focalização, simplificação e sumarização, separando os dados em blocos com conteúdo semelhante: as categorias.

Partindo desses pressupostos, a análise do material seguinte lógica:

Figura 5- Organograma do processo de análise das categorias



Fonte: Autor adaptado da análise de Bardin (2011)

4.6 Procedimentos éticos

O projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Enfermagem e Comitê de Ética da UFRGS para análise nessa ordem (Anexos 1). Somente após a aprovação do projeto (nº 2.081.724), foi dado início ao curso de envelhecimento ativo. Foram garantidos aos participantes os direitos de sigilo, voluntariado e desistência de participação na pesquisa a qualquer momento. Todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

De acordo com a Resolução nº 466 de 2012 CNS qualquer pesquisa que envolve seres humanos pode gerar algum tipo de risco sendo que estes, quando existentes, devem ser inferiores aos benefícios, justificando a realização do estudo. Em relação ao presente estudo os participantes não foram identificados em suas falas (em troca os nomes foram trocados para os de flores) e não foi feita nenhuma forma de intervenção clínica; ou seja, não será colocada em risco a integridade física dos sujeitos uma vez que os instrumentos de pesquisa, já descritos, a serem utilizados foram: diário de campo e grupo focal.

4.7. Limitações do Estudo

As limitações desse estudo estão relacionadas ao tempo de cada encontro, o qual deveria ter sido maior, porém em função dos compromissos dos idosos não foi possível. Acredita-se que com esse ajuste, os diálogos poderiam ter sido mais explorados possibilitando mais reflexões sobre a temática estudada.

5. O AFLORAR DAS CATEGORIAS

A análise dos resultados foi realizada a partir da análise de conteúdo, tendo sido optado por uma análise de categorias temáticas *a posteriori*. A partir da leitura decorrente da transcrição literal dos grupos focais, além do conteúdo do diário de campo, a emergência das categorias desvelou-se não pelas questões do grupo focal ou pelas informações contidas no diário do campo, mas pelo conteúdo integral. Inicialmente, foram identificadas doze categorias, as quais posteriormente foram aglutinadas por temas semelhantes, finalizando em quatro categorias. Além dessas quatro categorias, foram ainda delimitadas subcategorias a fim de aprofundar a discussão dos temas mais importantes para a pesquisa. Esse processo está descrito no organograma da figura a seguir:

Figura 6- Organograma referente o aflorar das categorias



Fonte: Elaborado pela autora

Para garantir o sigilo de identidade desses participantes, optou-se por substituir os nomes originais das idosas por nomes de flores. Esses nomes foram escolhidos por sorteio de forma aleatória.

5.1 Envelhecimento: processo de aceitação

A categoria ***Envelhecimento: processo de aceitação*** emergiu das falas dos participantes do estudo sobre essa fase da vida, abordando seu entendimento e avaliação sobre esse tema. A maioria dos participantes referiu que envelhecer está associado com a aceitação das mudanças biopsicossociais, vincula ou não às limitações.

Begônia – “*Aceitar envelhecer com alegria, com satisfação, aceitar, fazer, muito exercício para não ficar com depressão, doença! Andar, Andar procurar pessoas para ajudar, ajudar outras pessoas, procurar ajudar com muita alegria, muita energia.*”

Carmélia – “*(..) Outra coisa muito importante que alguém falou ai, aceitar bem como que é, porquê tu vai envelhecer, vai ver ser aquela pessoa, então aceitação em primeiro lugar para mim ponto positivo, aquela pessoa que aceita aquela ruga, aquela cor de cabelo, todo o resto, aceitar, não fazer botox.*”

Conforme as falas acima para esses idosos do CELARI, o processo de envelhecimento está associado com aspectos positivos e negativos que refletem diretamente nos significados, expectativas e atitudes, em negar ou aceitar esse processo. As perdas decorrentes de modificações biológicas e psicológicas, tornaram-se mais evidentes ao longo do tempo e são percebidas na realização das atividades do cotidiano. Alguns desses aspectos foram mencionados pelos participantes do estudo, identificados como negativos por ser referente às dificuldades e limitações:

Amor perfeito – “(.)eu me sinto limitada, eu me sinto limitada de muitas coisas, muitas coisas que eu fazia, não faço hoje. Então, isso é outra coisa, eu me sinto limitada.”

Gérbera – “Eu acho também que o envelhecimento ele é... O envelhecimento ele é um pouco triste né! Triste, mas a gente, assim, olha assim para trás e vê os netos, bisnetos, - eu tenho até bisnetos!! – Então aquilo né, dão um up né! Me da uma força eu to tentando ser forte para viver ainda mas..”

Magnólia – “Ah quando eu subir numa cadeira, por exemplo, eu já tenho mais dificuldade..”

A velhice também pode ser constituída de pontos positivos, segundo ilustram os depoimentos:

Bardana – “Para mim envelhecimento é assim... Sentimento de missão cumprida! “

Rosa – “Eu acho que envelhecimento é uma vida experiente, começa a mãe cuidando da criança e termina a criança cuidando da mãe.”

Violeta – “É o conteúdo da vida!”

Na visão de **Bardana**, **Rosa** e **Violeta** envelhecer é uma fase de vida que significa amadurecimento em razão das experiências ao longo da vida. Alguns inclusive reconheceram e valorizaram a fase atual pelos sentimentos de satisfação, integridade e felicidade:

Girassol – “Eu me sinto cada dia, como se eu fosse nem chegar a idade, porque acho coisa mais linda cada dia eu tento ver uma coisa nas árvores, linda na natureza, fico encantada pela natureza, cada dia eu acho eu aprendo, eu quero conviver com as

peessoas, não quero saber nada ruim, quero viver cada dia, quero agradecer cada dia, porque cada dia é uma dádiva.”

Erva doce – *“Olha aqui, eu vou te dizer que o meu envelhecimento é maravilhoso, eu amo a vida, eu sou alegre, às vezes aparece algum tropeço, qualquer situação da vida aparece..hã.. Eu imaginava que com a idade podia ter menos capacidade de fazer as coisas, estou fazendo o que eu posso fazer demais hoje, eu posso fazer para ir tomar um cafezinho a gente vai, conversar.. um conversa com o outro, têm oportunidade para viajar (...)”*

Alguns participantes, no entanto, avaliaram que o convívio com a família é uma das maiores gratificações. A possibilidade de transmitir experiências para os mais jovens é algo muito valorizado, porém também desafiador:

Camomila – *“Eu acho assim ver um ponto positivo. É que o meio familiar a gente é reconhecida sabe, as pessoas, familiares, os netos - a minha vó que conta as suas experiências” - pedem, por exemplo, para contar como foi a minha vida. Então para mim um ponto negativo que foi muito difícil para mim, minha pessoa, poder aceitar, isso ai! Para mim, eu acha que estava super preparada e quando ela chegou (velhice) eu nem vi. Chegou tão devagar assim né... o que eu posso fazer e o que não posso? Para mim aceitar foi horrível, agora estou mais calma.”*

Tulipa – *“Eu acho que o envelhecimento, eu to gostando, na minha idade, só estou um pouco esquecida, mas acho que isso é do tempo. Eu to aceitando, a gente tem que aceitar, aceitar os mais novos, e eles também têm que entender, compreender, que eles amanhã vão ficar velhos também... Hoje são novos, antes uma criança, depois um adulto. Eu, na verdade, só não gosto dos limites que a gente têm. A gente enxerga pouco as coisas.”*

Azaléia – *“Cada época é um fase, é desde quando a gente nasce essa fase, do recém nascido, do bebê, da criança... São fases da vida.”*

Boca de leão – "Claro que o envelhecimento exige educação, eu não estou mais com certas direções. Eu tenho que conviver com meus limites, eu tenho limites ta, eu sei que tenho limites, e não vou dizer que não. Eu sei que não adianta lamentar o que passa. Passou, passou!"

O envelhecimento é compreendido como um processo e, ao mesmo tempo, como uma fase de vida. Aspectos positivos e negativos foram relatados, alguns mencionados com mais ênfase um ou outro, enquanto outros equilibram. É importante perceber que esta categoria refletiu a compreensão desses idosos sobre o momento atual, deste modo essas percepções podem auxiliar na identificação de suas necessidades. Para Ávila et al. (2007) aceitar o envelhecimento torna-se determinante para a construção de condutas e o planejamento de ações que promovam um envelhecimento saudável e bem sucedido. Enquanto fenômeno psicossocial, as concepções contribuem para processos de formação de condutas, orientação das comunicações sociais e estruturação da identidade do idoso, assim como para as práticas sociais existentes. Portanto, o envelhecimento é marcado por diversas experiências, que são norteadas por valores, metas, crenças e formas próprias que o idoso utiliza para interpretar o mundo (ALMEIDA; CUNHA, 2003).

A visão que os idosos possuem em relação ao seu processo de envelhecimento pode ser influenciado pela representação que a sociedade enxerga essa etapa e, conseqüentemente, na maneira como a pessoa idosa vai se constituir nesse meio, aceitando ou negando esse processo. É preciso mudar a visão que muitas pessoas têm a acerca do envelhecimento, o mesmo precisa deixar de ser encarado como algo negativo e passar a ser visto como uma fase do desenvolvimento humano em que podem ser empreendidas várias potencialidades: experiência, responsabilidade, assertividade, dentre outros (ARAÚJO, 2004, ARAÚJO; CARVALHO, 2004).

As modificações nos aspectos físicos são consideradas os primeiros indícios de percepção do envelhecimento, sendo que o início de morbidades é associado como consequência da idade (DUQUE; SILVA, 2013). Muitas dessas mudanças são refletidas na dificuldade ou incapacidade de realizar atividades do cotidiano, sendo que essa visão

de declínio é uma das mais associadas com a passagem do tempo. De acordo com Freitas, Cançado e Doll (2011), o envelhecimento traz a diminuição gradual da capacidade funcional, a qual é progressiva e aumenta com a idade. Assim, as maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, acarretando restrição/perda de habilidades ou dificuldade/incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária. Tais dificuldades são ocasionadas pelas limitações físicas e cognitivas, de forma que as condições de saúde da população idosa podem ser determinadas por inúmeros indicadores específicos, entre eles a presença de déficits físicos e cognitivos.

Segundo Motta (2002), muitas vezes a visão negativa que os idosos possuem é em decorrência do imaginário social, o qual atrela a visão de desgaste, limitações e perda de papéis sociais, findando como a morte. A autora(2002) relata que as perdas são tratadas principalmente como problemas de saúde, expressas em sua maioria na aparência do corpo: rugas, cabelos brancos. Estudos brasileiros revelaram ainda que os próprios idosos simplificam o envelhecimento humano, focalizando prioritariamente as perdas do processo, representando-o a partir de uma perspectiva consoante aos estereótipos negativos e preconceitos (AGUIAR; NASCIMENTO, 2005; ARAÚJO, COUTINHO e SANTOS, 2006; CARVALHO; COELHO, 2006).

Alguns estudos realizados sobre a percepção do idoso do seu processo de envelhecimento identificaram que muitos idosos possuem uma imagem negativa da velhice (SANTOS et al, 1994; SANTOS et al., 1998; JUNQUEIRA, 1997; TEIXEIRA, 1999; COSTA, 2001). Para Teixeira, Oliveira e Neri (2008), o processo de envelhecimento está associado com a necessidade de adaptação por parte dos idosos. A forma como é aceito, depende de cada indivíduo, sendo relativo às experiências vividas e a própria forma de encarar suas vivências (SANTO, SILVA e CUNHA, 2012). Devemos orientar as pessoas para que compreendam que a vida é um constante processo de modificações e a cada fase de seu desenvolvimento ocorrem transformações múltiplas acompanhadas de seus próprios desafios (LIMA; MURAI, 2005).

A visão negativa da velhice não configura uma realidade exclusiva para todos os idosos, alguns deles reconheceram os possíveis ganhos, como os sentimentos de satisfação, integridade e possibilidade de ser feliz. Objetivada por ganhos e conquistas

de natureza psicológica e espirituais, a representação positiva da velhice ancorou-se em valores como experiência, maturidade, sabedoria, autonomia, paciência, equilíbrio, entre outras qualidades socialmente apreciadas. Segundo Rabelo e Neri (2006) os idosos são capazes de manter um senso positivo em relação a si próprios, administrando, de forma adaptativa, as dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento. Dessa forma, conseguem se ajustar e se adequar à realidade em que estão inseridos, o que pode ser realizado através de suas experiências anteriores ao longo da vida.

Em estudo realizado por Luz e Amatuzzi (2008), ficou evidenciado que os idosos entendem que o processo de envelhecimento pode ser vivido positivamente, equilibrando perdas e ganhos. Segundo esses autores, os momentos que podem proporcionar felicidade podem ser aqueles em que os idosos têm contato com as famílias, ou seja, a convivência familiar ou grupos com a mesma faixa etária. Resultados parecidos aos que os idosos relataram no nosso estudo. Para Silva et al. (2012) existem representações antagônicas, sendo uma que se refere a existência de pensamentos positivos e boa qualidade de vida, enquanto a outra vincula pensamentos negativos às complicações decorrentes de alterações fisiológicas e patológicas. De acordo com Moreira e Nogueira (2008), esse processo não mais é do que uma situação de ambiguidade uma vez que pode ter vários significados.

No estudo de Guerra e Caldas (2010) sobre percepção dos idosos acerca da velhice evidenciaram-se dois aspectos: positivo que diz respeito à longevidade, ao acúmulo de experiências e à conquista de uma vida melhor com mais autonomia (principalmente financeira); negativo quando se refere às alterações fisiológicas, aparecimento de doenças e as limitações. O mesmo ocorreu numa pesquisa de Silva et al. (2012), com dez idosos com idades entre 60 e 87 anos num centro de convivência para idosos na cidade de Goiânia, onde os entrevistados perceberam seu envelhecimento por volta dos 40 anos, quando tomaram consciência de fatos que consideravam o “estar velho”. Os relatos dos entrevistados apontam para dois aspectos distintos de percepções: um positivo, que se refere à vida longa, ao acúmulo de experiências e à conquista de melhor qualidade de vida mediante autonomia financeira, novas possibilidades de aprendizado, de realizações pessoais e novos relacionamentos; e outro negativo, que se refere às alterações fisiológicas e patológicas, diminuição da capacidade

motora e realização laboral, conflitos nas relações familiares e sociais e imposição de limitações nessa fase da vida.

Mesmo que muitos idosos possuam uma visão negativa sobre o envelhecimento, para Cachioni e Neri (2004), os adultos maduros e os idosos mostram atitudes e crenças positivas em relação à velhice. Essas atitudes positivas contribuem para a adaptação às incapacidades e perdas presentes na velhice, funcionando como um recurso de enfrentamento que atenua a adversidade de fatores estressantes que, como consequência, possibilita um senso de ajustamento pessoal ou bem-estar psicológico positivo. Além disso, Guerra e Caldas (2010) completam que o interesse pelo relato dos idosos quanto a sua autopercepção do processo de envelhecimento, considerando ganhos e perdas nesse trajeto, tende a quantificar de maneira íntegra e real as mudanças percebidas no ambiente social e no próprio corpo físico e mente. As percepções acerca do envelhecimento podem influenciar o modo como os idosos são vistos e tratados pela sociedade, podendo impactar no modo como o indivíduo experiêcia o seu próprio envelhecimento (YUN; LACHMAN, 2006).

A subcategoria ***Educação para o envelhecimento*** surgiu relacionada a categoria ***Envelhecimento: processo de aceitação*** quando relaciona que essa educação é no sentido de identificar e atender as necessidades dos idosos através da sua própria educação e das outras gerações (intergeracionalidade).

Percebeu-se que ao falar sobre como a sociedade lida com as questões do envelhecimento, os participantes se remeteram a atitudes, crenças e valores que a sociedade precisa ainda adquirir para atender aos idosos. Como nos seguintes casos:

Hortência – “É, assim como tem novos que entraram agora, outras pessoas velhas que entram, não dão bom dia, não dão nada, assim como tem estagiário que também... Não dão a mínima... No nosso país falta educação!”

Cúrcuma – Um vez eu bati, eu tava com dor na perna, eu olhei pra moça e disse – “você pode me dar licença? , ela me olhou como se assim, fosse levantar e ficou parada, eu não disse nada dai o outro senhor disse assim – “tem que se levantar!” daí eu sentei.”

Essas atitudes citadas denotaram falta de respeito com os idosos, decorrente de ações educacionais falhas associadas também aos estereótipos negativos do envelhecimento. A educação está relacionada às transmissões de valores e hábitos saudáveis compartilhados entre gerações, especialmente da mesma família:

Dália – *“Mas eu acho que isso tem muito a ver com a educação do povo e com a própria educação dentro de casa em relação às pessoas mais velhas à medida que os mais novos não respeitam vai se criando uma determinada situação que quando ela mesma precisar, não tem. E até mesmo o mais jovem não conhece a dinâmica da velhice. Não passa na cabeça de vocês o que passa na cabeça de uma pessoa de 80 anos tem seria limitações.”*

Bromélia – *“contato com pessoas mais jovens que são vocês (professores/bolsistas) e nossa própria, a nossa o que a gente faz pras crianças que a gente faz os brinquedos de antigamente né. Então tudo isso aí... Então nós temos contato tanto com mais tanto da idade de vocês quanto com os menores que aparecem e isso é muito gratificante, tanto pra nós quanto pra eles.”*

Açafrão – *“Bem, eu vim parar aqui no CELARI meio que por acidente, minha mãe que participava do CELARI, minha mãe acho que por dez anos ela participou aqui e uma vez ela até me trouxe aqui né pra visitar, ela tinha o maior orgulho do CELARI né.”*

Destacou-se na fala do **Açafrão**, que sua mãe (falecida) já havia sido integrante do CELARI, mostrando já o programa como fazendo parte da transmissão entre gerações, como se fosse herança. A educação também foi abordada pelos idosos como algo vinculado ao aprendizado de novas tarefas no CELARI:

Lírio – *“Eu acho que a gente sempre aprende, vou falar alguma coisa é importante para a gente, eu posso passar... a gente to sempre aprendendo, não é com a*

idade que a gente vá parar para aprender alguma coisa, então para mim, por enquanto, ta muito bom...”

Jasmim – *“outro exemplo é o livro ne, quantas pessoas que nem imaginavam escrever, tem escrito coisas maravilhosas.”*

Flor de laranjeira – *“(...)oportunidades de ter mais conhecimento. Eu acho que a gente sempre aprende, uma pessoa... Vou falar alguma coisa é importante para a gente, eu posso passar... a gente to sempre aprendendo, não é com a idade que a gente vá parar para aprender alguma coisa, então para mim, por enquanto, ta muito bom...”*

Amendoeira – *“Atualmente a percussão. Aprendi a percussão há 8 anos com o (...) enchi o saco das gurias até formar o grupo... “Mas eu não sei tocar”, eu também não sabia, então vamo vamo vamo. Hoje somos em 18. E eu digo pra vocês, gente é uma terapia de grupo, é uma beleza tu tá ali, ta aprendendo, ta transmitindo pra outras pessoas, tu vê que as outras pessoas adoram quando a gente se apresenta. Então isso aí pra nós é uma felicidade. Quando tu vê que tu ta fazendo outras pessoas que tu nem conhece felizes.”*

Algumas participantes inclusive citaram algumas atividades oferecidas no programa que consideraram essenciais e interessantes:

Cravina – *“Outra coisa interessante que também tem aqui é a oficina cultural .. Estudamos uma vez as imigrações do rio grande do sul, por exemplo, onde tinha o maior número de imigrantes italianos isso aí a gente fechava o assunto com o passeio e conhecíamos os lugares mais importantes, conhecíamos a cultura né.”*

Adônis – *“E na parte literária, dos livros aqui que a gente faz, quantas coisas a gente descobriu, quantas pessoas puderam ler, isso tudo é muito importante na nossa idade. Entende, porque é a valorização do ser humano, valoriza do idoso.”*

O envelhecimento apresenta-se como um dos maiores desafios da modernidade e uma preparação com antecedência pode contribuir para um maior grau de coesão social entre as gerações (ZAIDI, 2008). Para Queiroz et al. (2009), programas de educação permanente precisam ser estimulados, fornecendo orientações básicas para o desenvolvimento do autocuidado. Contudo, todos na sociedade são responsáveis pela construção de uma velhice ativa e saudável, que exige reconhecimento, educação, preparação e aprendizagem, no qual deve ser iniciado desde a infância.

Pedrosa (2014) afirma que o idoso como indivíduo biográfico e histórico deve ser respeitado em sua individualidade e em seus direitos como cidadão. Essa cidadania precisa contar com espaços de participação em que as pessoas possam se envolver, percebendo seu valor e sentindo-se estimulado a participar ativamente na comunidade. Para isso é necessário também garantir a ajuda mútua, através, por exemplo, da solidariedade intergeracional. Queiroz et al. (2009), explicam que a consolidação dessa cidadania passa pelo desenvolvimento de programas de educação para o envelhecimento que deveriam ser iniciados na infância, em ação conjunta da família e da escola, estendendo-se às demais etapas da vida. Pedrosa (2014) ressalta a necessidade de se desenvolver um trabalho de intergeração, em que a pessoa idosa possa estar inserida nos diversos espaços de atuação da vida profissional: creches, clubes, escolas, entre outros. Essa atuação das pessoas idosas, nesses espaços, proporcionaria às novas gerações, um diálogo de inserção social sem preconceito, sem discriminação, uma vez que estariam em contato direto com a atual geração, que aprenderia a respeitá-los através dos seus exemplos e presença. Faz-se necessário, também, a participação das crianças, dos jovens e adultos nos espaços destinados às pessoas idosas, tais como centros de convivências, unidades de atendimento às pessoas idosas, entre outros (ONU, 2002).

O reconhecimento da importância do convívio intergeracional, como possibilidade de inclusão do idoso na comunidade, é refletido em resoluções nacionais e internacionais promovidas por governos e entidades não governamentais. No Brasil, a chamada Política Nacional do Idoso estabelece direitos aos idosos, buscando garantir sua inclusão na vida social por meio de ações intergeracionais. O Estatuto do Idoso inclusive aborda no seu objetivo o incentivo à efetivação de programas intergeracionais e indica: “viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do

idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações” (BRASIL, 2003, p.6). No plano internacional merecem menção as recomendações contidas no Plano de Ação internacional de Madrid sobre o envelhecimento ativo relativamente ao incentivo à promoção de projetos intergeracionais. O documento explicita o reconhecimento da contribuição social, cultural, econômica e políticas das pessoas idosas (ONU, 2002).

Ferrigno (2006) procurou descrever o relacionamento entre os educadores das Escolas Abertas do SESC e seus alunos da Terceira idade, tendo sido realizadas entrevistas e observações com as duas gerações. Os resultados indicaram trocas valiosas de experiências em cada geração, permeadas por um clima acolhedor e de muita solidariedade. Assim, constatou-se a possibilidade de estabelecer processos de coeducação entre as gerações. Embora a sociedade tenha um estigma negativo como vimos anteriormente, no estudo citado existiu um rico potencial de trocas afetivas e de conhecimento, desde que fossem efetivadas condições facilitadoras (interesses comuns, laços de amizades, etc.).

Um ambiente propício para o convívio entre as gerações, é a universidade. A criação das universidades para a terceira idade a partir de 1990, possibilitou que idosos frequentassem as salas de aula, cursando graduação ou pós-graduação, misturando-se com jovens universitários. Também pode ser buscada a atualização de conhecimentos, nova habilidade ou conhecimento a ser aplicado num novo tipo de trabalho, ou mesmo na vida pessoal (FRANÇA et al., 2010). Nas universidades, os programas intergeracionais podem ser desenvolvidos através das atividades de extensão e pesquisa, que ao mesmo tempo facilitam a aproximação das faixas etárias e possam avançar nas pesquisas sobre relacionamento e preconceitos sociais.

Durante o estudo, tanto nos encontros como no grupo focal, o CELARI foi mencionado como um espaço não só para atividades integrativas e físicas, mas também como local para aquisição de conhecimento, inclusive referindo-se às novas habilidades/talentos. De fato, uma das propostas da Política do Envelhecimento Ativo é a participação das pessoas em programas e projetos que oportunizem aprendizagem, durante todo o curso da vida. Percebeu-se que o programa proporcionou e proporciona para alguns dos seus participantes, através de suas ações, oportunidades de desenvolverem capacidades que os mesmos desconheciam gerando um sentimento de

valorização. Ao se falar em aprendizagem, é necessário esclarecer que esta ocorre em espaços formais e informais. Para França et al. (2010), a articulação de ações educativas nestes espaços tem potencial de promover uma interação social capaz não só alcançar de melhores condições de ensino e aprendizagem, mas desenvolver atitudes de solidariedade e cidadania.

Para que a sociedade se prepare para atender essa demanda da população, é necessária uma *educação para o envelhecimento*. Acredita-se que através das relações intergeracionais e da educação formal e informal, possam ser estimuladas ações que atendam as expectativas desse público, além de preparar as futuras gerações para o seu próprio envelhecimento.

5.2 CELARI: Promotor de Qualidade de vida e Saúde para o idoso

A categoria *CELARI: Promotor de Qualidade de vida e Saúde para o idoso* surgiu porque foi evidenciado, nas falas dos idosos, a importância da qualidade de vida e saúde no tempo presente, porém vinculadas ao programa de extensão. A qualidade de vida está associada às diferentes condições e oportunidade vivenciadas pelas pessoas ao longo dos anos, influenciando a visão da própria pessoa e da sociedade sobre o envelhecimento, neste caso do estudo.

Sálvia – " Hoje uma mulher de 60 anos tá cheia de vida, pode trabalhar, fazer tudo, continuar trabalhando né, continua estudando, cheia de energia, então acho que estão dando mais ênfase também. Porque antigamente era um horror, naquele tempo não tinha ginástica, não tinha academia, nada disso. Nem se falava na palavra envelhecimento, era velha e acabou. "

Amendoeira – " (...) hoje estamos tendo a oportunidade em todos os sentidos, é tanto social, quanto cultural, nós estamos vendo o mundo com os outros olhos, não mais aqueles olhos de alguns anos atrás. Nós temos uma oportunidade muito grande, a globalização está presente (...)"

Os idosos reconheceram que as diversas atividades oferecidas no CELARI geram subsídios para um envelhecimento com qualidade de vida:

Rosa – *“Desde que eu comecei as atividades aqui (CELARI) notei uma melhora na minha qualidade de vida no dia a dia..”*

Violeta – *“Eu estou na minha melhor idade da minha vida, eu me sinto assim. Sinceramente, a gente sente muito, mas agora melhor idade. Não é idoso, não doença, melhor idade é o hoje, o que está vivendo, hoje a sua qualidade de vida.”*

Petúnia – *“ (...)me dou com todo mundo, todo mundo me conhece, mas é diferente, só sinto não poder vir mais, fazer mais coisa, só que o que eu venho fazer, assim, eu já me entroso um pouco, vou indo e tal, sou nova aqui, recém um ano, então espero que aqui continue tendo mais atividades na área social.”*

A participação propiciam uma melhora na qualidade de vida de forma multidimensional, atingindo aspectos biológicos, psicológicos e sociais:

Marcela – *“Entrei cheia de dor e depois quando foi chegando os passeios, as atividades?? Ficou tudo bem tranquilo... nem sente dor..”*

Alguns idosos comentaram que qualidade de vida no envelhecimento está associada como o modo de viver, não sendo restrito apenas a um aspecto (como a saúde):

Cerejeira – *“Eu acho que falavam de envelhecimento, mais preocupados com a saúde, hoje a saúde não é mais só o aspecto físico, e sim é o mental, social. Hoje é o modo de viver.”*

Percebeu-se nas colocações dos participantes a associação entre qualidade de vida e saúde, as quais muitas vezes vinculam o convívio social e a prática da atividade física no CELARI:

Camomila – *Eu acho muito bom, venho ver minhas amigas, melhorei minha saúde. Vivia dentro de casa, eu não queria, dizia que não podia fazer. Agora tudo eu posso. Tudo eu posso.*”

Lavanda – *“Eu percebo que antigamente a pessoa se mantinha só caminhando, e com o CELARI (oficinas), deu condições de outras atividades..melhorando a minha saúde.”*

Amor perfeito – *“Eu me sinto melhor, com muito mais saúde.”*

Bromélia – *“(...)a gente tem uma tendência a que musculatura, tudo mais, parte óssea venha decair, então estão as atividades vão fazendo uma substituição para melhorar.”*

Diante do aumento da longevidade e de todas mudanças biopsicossociais que acompanham o envelhecimento, tem aumentado a preocupação com a qualidade de vida. Desse modo, um desafio é a conquista da velhice com qualidade de vida e condições de saúde (PASCHOAL, 2011). Refletir sobre os significados e os benefícios que o CELARI tem na vida dos seus participantes é de suma importância para aperfeiçoar as suas ações, visando contribuir para um envelhecimento ativo. Justamente por ser um tema tão relevante, é preciso que se tenha um olhar amplo sobre as complexidades que o cercam. Para tanto, é preciso contextualizar os termos qualidade de vida e saúde a partir do que é descrito na literatura.

O desafio que se propõe aos indivíduos e às sociedades é conseguir uma sobrevida cada vez maior, com qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significados e dignidade. Apesar de não existir um consenso a respeito do seu conceito, qualidade de vida passou a ser definida

como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1996, p. 1405). Este é um conceito amplo, apresentado por um grupo de pesquisadores da Organização Mundial da Saúde, considerado como multidimensional e complexo por abordar aspectos como a saúde física e psicológica, as crenças pessoais, o nível de dependência, as relações sociais, e a relação com características marcantes no ambiente. Para os idosos, conceituar a qualidade de vida é ainda mais difícil por que a idade influencia a percepção e o bem-estar devido às alterações das necessidades e das aspirações (LLOBET et al., 2011).

A avaliação da qualidade na população idosa tem indicado que o envelhecimento é uma experiência heterogênea, sendo que cada pessoa pauta sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes. A participação em grupos com a mesma faixa etária que ofereçam atividades físicas, educacionais e sociais, pode ser um fator relevante para a melhor e manutenção dessa percepção. Segundo Pena e Santo (2006) o aumento da expectativa de vida e a qualidade de vida dos idosos não estão somente associados à evolução da tecnologia e da medicina, mas também estão relacionados à vivência destes idosos em grupos, como a prática de atividade física de lazer, visto que envolvem aspectos emocionais, comportamentais, dentre outros.

Salienta-se que o interesse por temáticas como padrão de vida e qualidade de vida foi primeiramente, partilhado por cientistas sociais, filosóficos e políticos, uma vez que os profissionais de saúde tinham sua atenção voltada para os processos fisiopatológicos (OMS, 1998). Assim, é preciso pensar na qualidade de vida a partir de três aspectos: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas (OMS, 1998). A subjetividade está ligada, como já citada anteriormente por Paschoal (2011), nas condições externas dos indivíduos, nesse caso os fatores que o influenciam. Em relação a multidimensionalidade, se refere a qualidade de vida como sendo algo que abrange três dimensões: física, psicológica e social. As dimensões positivas e negativas se baseiam na bipolaridade do indivíduo, especificamente no seu contentamento (PASCHOAL, 2011).

Observando esses conceitos, acredita-se que o CELARI, focaliza a qualidade de vida, visando a atender a multidimensionalidade em relação aos seus participantes. A literatura aborda que a participação social tem sido associada com níveis mais elevados de bem-estar, humor e autoestima, assim como a redução da ansiedade, tensão e depressão, aumentando suas relações sociais (MATSUDO; BARROS, 2000). Para os idosos, ter um grupo de referência, no qual se compartilhe alegrias, tristezas, conhecimentos, entre outros, propicia um suporte emocional e motivação para que este indivíduo tenha objetivos em sua vida (CABRAL et al., 2013).

Os participantes do CELARI estabelecem relações com o sexo oposto, exercem sua vida social, comunicando-se e interagindo com os demais e com pessoas de outras faixas etárias também. Através de seus coordenadores e professores, os grupos realizam o trabalho de socialização, sobretudo nos eventos sociais e culturais, onde os idosos recebem a oportunidade de compartilhar informações, curiosidades e conhecimentos com pessoas novas. A participação em atividades sociais é evidenciada pela literatura (MARTINS et al. 2007; AZEVEDO et al. 2008) como um fator que exerce impacto significativo na qualidade de vida. A importância em participar do CELARI está associada aos benefícios para a vida da pessoa, de acordo com o propósito da promoção do envelhecimento ativo, preservação da capacidade e do potencial do indivíduo trabalhando no fortalecimento da autonomia, integração, saúde e socialização.

O fator físico, considerado um dos indicadores de satisfação com a vida, tem se mostrado importante na avaliação que o indivíduo faz da própria vida. A manutenção da capacidade funcional, por estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho e/ou com atividades agradáveis até idades mais avançadas, tem importantes implicações na qualidade de vida de idosos. Da mesma forma, o bem-estar na velhice resulta do equilíbrio entre as limitações e potencialidades dos idosos, permitindo que venham a lidar com as perdas ocorridas com o envelhecimento (MELLO, 2010; GARCIA et al., 2006; RODRIGUES et al., 2009).

A ligação estreita entre qualidade de vida e saúde, muitas vezes conduz a utilização desses termos como sinônimos um do outro. No entanto, apesar de apresentarem forte relação entre si, Bradley et al. (2002) distingue-os, referenciando estado de saúde como uma dimensão na qual o indivíduo associa sua saúde com uma

boa ou má qualidade de vida. Assim este autor refere que a saúde é um dos muitos domínios da qualidade de vida e não um sinônimo desta. Para os idosos, a dimensão saúde tem importância fundamental para sua qualidade de vida (SILVESTRE; COSTA, 2003; RAMOS, 2003; BENEDETTI et al., 2008; CARDOSO et al., 2009; PIMENTA et al., 2009).

A OMS (1948, p.01) conceitua saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades”. Esta definição tem grande importância, pois valoriza a importância das circunstâncias pessoais, sociais e culturais, junto com a avaliação das eventuais alterações físicas e mentais. Considerando também que esta definição assenta numa concepção holística de saúde, a qual interpreta a saúde como um potencial de bem-estar que se desenrola ao longo da vida, indicando que os componentes emocionais e sociais da saúde têm tanta importância como a física (ALMEIDA, 2007). A saúde deixa assim de ser considerada como um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico socialmente produzido (BUSS, 2000). Além disso, saúde deriva de um conjunto de ações e movimentos que a sociedade promove para se manter saudável (MINAYO, 1998). Para isso, a autora menciona que devem ser analisadas as condições de vida, as políticas públicas do setor de saúde e também as intersetoriais, os sistemas terapêuticos em todos os níveis, bem como os valores e as crenças da população, sendo fatores que interferem nas condições de saúde e adoecimento da sociedade de forma individual e coletiva. Contudo, ressalta-se que em alguns estudos, a saúde está relacionada com a ausência de doenças, realização de exames e o acompanhamento médico (TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002; VILARINO; LOPES, 2008; VALER et al., 2015), permeada ainda por um discurso de modelo médico-curativo.

O processo de envelhecimento acarreta um declínio gradual do estado de saúde, que coloca os idosos em situação de fragilidade. A saúde das pessoas idosas traduz-se pela sua condição de autonomia e independência (SANTOS et al. 2008), neste sentido é essencial ter uma abordagem positiva focada na capacidade de viver uma vida socialmente ativa, de forma independente, promovendo deste modo um enfoque mais social aos cuidados de saúde, e não considerar apenas a presença ou ausência de doença (concepção negativa de saúde) (SQUIRE, 2002). As questões relacionadas à saúde da

população estão associadas com avanços ocorridos nas últimas décadas, os quais têm possibilitado melhores condições de saúde. Essas transformações e mudanças de hábitos nas condições de saúde vêm ganhando destaque na medida em que a pessoa idosa começa participar de programas e projetos que tem por finalidade contribuir com a melhoria da saúde de forma geral.

Conforme assevera Santos (2013, p. 34) ao afirmar que:

[...] a velhice neste início de século XXI, como um fenômeno decorrente das mudanças de hábitos de vida, revela na longevidade uma novidade que precisa ser reinterpretada. Como decorrência dos avanços da ciência com relação aos cuidados com a saúde.

Para Queiroz et al. (2009), um envelhecimento ativo e saudável depende do desenvolvimento de programas capazes de abranger aspectos relacionados à saúde, à sociabilidade e à educação. Afinal, os objetivos que fundamentam ações de saúde voltadas a pessoas idosas vinculam-se com independência. A adoção de estilos de vida saudáveis é um dos fatores chave do envelhecimento ativo, o qual permite atingir o bem-estar, prevenir o aparecimento de algumas doenças associadas à idade e promover a saúde e qualidade de vida, sendo importante realizá-la em todas as fases do ciclo de vida (OMS, 2005). Dentre essas ações de promoção de saúde, a prática de atividades físicas, especialmente em grupo, surge como meio de promover benefícios fisiológicos e também psicológicos. Quando realizada com regularidade e moderada intensidade, contribui para a manutenção e recuperação da saúde em geral e está positivamente associada à saúde mental e social, com mudanças saudáveis no estilo de vida, conseqüentemente melhorando a qualidade de vida (TAKEDA; STEFANELLI, 2006).

Para os idosos, a dimensão saúde tem uma importância fundamental na qualidade de vida, pois convivem com diferentes tipos de doenças (ANDRADE; PEREIRA, 2009). A melhora da saúde é refletida na dimensão da satisfação com o bem-estar físico e emocional, especificamente no aspecto dos hábitos saudáveis. A qualidade de vida relacionada à saúde está se transformando em um indicador relevante do bem-estar, sendo útil para avaliar as necessidades de saúde. Nas falas dos participantes do

CELARI é possível perceber o sentimento de confiança e o relato de melhorias na saúde.

A participação em atividades físicas é importante para um processo de envelhecimento ativo e requer atenção maior da sociedade. No entendimento de Okuma (2004), as atividades físicas devem ter seus objetivos além das questões da aptidão física e da saúde, devendo ser colocadas como meios e não como fim próprio:

O envelhecimento favorece a implantação de um quadro de perdas e incapacidades no idoso sedentário, mas a atividade física contribui diretamente para a manutenção e incremento das funções do aparelho locomotor e cardiovascular, amenizando os efeitos do desuso, da má adaptação e das doenças crônicas, prevenindo parte dessas perdas e incapacidades. (OKUMA, 2004, P.40)

Ueno; Sebastião; Gobbi (2013) destacam que diversos estudos têm evidenciado benefícios da prática de exercício físico para idosos, como na aptidão cardiorrespiratória, no sistema musculoesquelético, no sistema imune, no sistema endócrino e metabólico, na funcionalidade motora e nos aspectos psicossociais. Os programas de atividade física regular são estratégias de promoção de saúde para criar hábitos de vida saudáveis e, ainda incentivar o envolvimento social (CARDOSO, 2009). Segundo Shephard (2003) entre os muitos argumentos para o encorajamento da manutenção de um estilo de vida ativo durante a velhice, o praticante de exercício regular pode contar com o aumento de contatos sociais, melhora na saúde física e emocional, risco reduzido de doenças crônicas e a manutenção de suas funções. As melhoras são evidentes e os idosos reconhecem os ganhos adquiridos pela prática regular de atividade física.

Nessa perspectiva, é importante que os participantes percebam os benefícios da prática da atividade física regular para a sua saúde, valorizando a adoção de um hábito saudável. As falas dos idosos refletiram que essa percepção ocorre a partir das atividades vivenciadas, pelo convívio com os colegas e com toda equipe de trabalho, não ausentando a participação da família e dos amigos. Outros programas, como do Grupo de Estudos da Terceira Idade da UDESC, também visam por meios das suas atividades contribuir para o empoderamento dos participantes de forma que assumam o envelhecimento ativo como prioridade e, para isso, utiliza-se da atividade física como

estratégia principal (MAZO et al., 2009). O CELARI, busca proporcionar as pessoas idosas que ao participar por muito tempo ou iniciar sua participação em um espaço social específico para elas, reinventar suas possibilidades de participação, de busca por melhores condições de vida e de saúde e, até mesmo, de alternativas para romper com a ociosidade e construir novas trajetórias de vida.

A categoria ***CELARI: Promotor de Qualidade de vida e Saúde para o idoso***, visou contextualizar que o CELARI é identificado como um espaço que promove a qualidade de vida e a saúde. A saúde como um pressuposto do envelhecimento ativo possui forte influência nas percepções dos participantes, sendo que foram relatadas mudanças positivas em diferentes aspectos da vida. Destaca-se que é preciso incentivar mais programas e projetos que os objetivos englobem melhoria ou manutenção dos níveis de aptidão física, estímulo ao convívio social e ao desenvolvimento de novas habilidades e interesses.

5.3 CELARIANOS: pertencimento social

A categoria **CELARIANOS: pertencimento social** submerge nas falas ao longo do estudo, indicando que estar inserido socialmente é algo latente e importante para os participantes do estudo. Ou seja, não é algo dado, mas sim algo que deve ser buscado porque perceberam que não é natural (como deveria ser à todos) na sociedade, porém é essencial para uma vida satisfatória e com qualidade. A participação na sociedade é referenciada como um fator preponderante para o bem-estar da população, inclusive a idosa, constituindo um dos pilares-chave do envelhecimento ativo. Percebeu-se ao longo das análises que o sentimento de pertencimento ao CELARI é pontual, vinculando sentimentos afetivos de suporte social. Os participantes do CELARI, adotaram ao longo dos 18 anos do programa, o termo CELARIANO para definir o participante desse programa/espço. Esta categoria aborda os fatores relacionados ao papel social do CELARI na vida dos Celarianos, propiciando o sentimento de pertencer a um grupo:

Azaleia- “ (...) Mas já to aqui há dezesseis anos. E venho aqui todos os dias. Se tivesse sexta, sábado e domingo eu viria também. Pra mim isso faz parte do meu dia-a-dia”

Amendoeira – “Eu costumo dizer que o CELARI é o meu segundo lar, minha segunda família aqui (...) tem uma importância muito grande dentro de mim.”

Margarida – “Aqui é uma cachaca, a gente entra e não sai mais.”

Girassol – “Eu não me vejo fora daqui de jeito nenhum.”

Nos trechos anteriores, percebeu-se o sentimento de pertencimento e de que o CELARI faz parte da sua vida. No período de férias do programa (entre janeiro a março, seguindo o calendário acadêmico da universidade), houve o relato da falta desse convívio, sendo que alguns encontram-se durante as férias:

Erva doce – “É, realmente faz muita falta, as minhas colegas, a nossa segunda família aqui. A gente passa o verão sem vir aqui, mas aí a gente encontra as colegas né.”

O papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais que se encontram. Para Zimmermann (2000) os termos “status” e “papel” são considerados como definidores da posição social e do modo geral de interação entre os indivíduos. A cada “status” pessoal têm-se papéis que, somados, definem a posição individual da pessoa, ou seja, a soma dos direitos e obrigações que representam o seu comportamento social. Neste aspecto, destacamos fatores influenciadores no papel social do idoso relacionados ao trabalho (no caso a aposentadoria) e a aposentadoria e a família (ressaltando a viuvez e o ninho vazio).

A visão que se tem acerca da aposentadoria desconsidera todas as atividades desenvolvidas anteriormente pelo aposentado, que lhe garantiram o direito à seguridade

da previdência. Segundo Camarano e Pasinato (2004) o aposentado é considerado como um sujeito que não tem mais capacidade de contribuir para sociedade, pois não trabalha e não produz algo útil ou novo. Este posicionamento pejorativo confirma a ausência de um papel social, pois o trabalhador torna-se um inativo, e este não tem mais representatividade.

A aposentadoria segundo Beauvoir (1990, p. 325)

introduz uma radical descontinuidade; há ruptura com o passado; o homem deve adaptar-se a uma nova condição, que lhe traz certas vantagens (descanso), mas também graves desvantagens: empobrecimento, desqualificação).

Na família, o idoso também sofre com a perda ou diminuição de sua função social. Para Batista (2008), em muitas situações, os filhos e netos desconsideram a trajetória e as atividades desempenhadas ao longo da vida por estes idosos, os quais foram chefes, provedores e responsáveis pela educação. Muitos descendentes desvalorizam toda contribuição dos idosos, apesar de existir em muitos casos a dependência financeira e cuidados com os membros dependentes, como crianças. Ao mesmo tempo em que a família mantém a distribuição de recursos, proteção, cuidados e educação, também negligencia o idoso, atribuindo-lhe um status de inútil. Por um longo tempo, a pessoa idosa foi responsável pelo gerenciamento da instituição familiar, tendo que tomar decisões, além de manter todas as necessidades dos seus membros. Porém, quando a velhice chega, o idoso passa a ser visto como frágil, uma pessoa incapaz de dar juízo de valor frente alguma situação ou tomar decisões. Assim, ao se pensar nos aspectos sociais da velhice remetem diretamente aos papéis sociais que os idosos assumiram durante toda sua vida e a perda destes papéis a partir do momento em que alcançaram esta etapa de vida.

Entretanto, a interação social não acontece somente no ambiente familiar. Há a necessidade de incentivar os idosos a participarem de eventos fora do ambiente domiciliar. A interação social colabora para o exercício da cidadania e para valorização e inserção do idoso no meio social, além do idoso ter a clareza de pertencimento a um grupo social contribuindo com suas experiências e utilizando seus conhecimentos de

maneira mais significativa (LEITE et al., 2008). A importância da participação social no processo de envelhecimento remete para o reforço dos laços sociais através das relações estabelecidas com os diversos subsistemas institucionais, como a família, a vizinhança e o grupo de pares. Esta inclui também a participação em organizações e instituições locais, como associações desportivas, sociais e religiosas, universidade para terceira idade, assim como a prática de voluntariado, entre outras (VELOSO, 2015).

As atividades em grupos se constituem em uma estratégia que favorece a diminuição das diferenças sociais dos indivíduos desta faixa etária, além de ser uma forma dos idosos manterem-se ativos evitando, conseqüentemente, a solidão. Neste cenário, as atividades em grupo permitem que o idoso supere seus problemas, insira-se em atividades sociais, relacionais e de movimentos. As atividades sociais permitem criação de elos e vias de comunicação entre as pessoas. Para Victor et al. (2007), a participação em grupos provoca mudanças de comportamento de idosos e no círculo de amigos, diminuindo a solidão. Segundo Areosa, Benitez e Wichman (2012) os idosos que fazem parte de grupos sociais e que recebem incentivo social informal, são aqueles que apresentam melhor saúde física e mental. Desde o nascimento e ao longo da vida as pessoas estão sempre em contato com outras, se inserem em grupos e desempenham várias funções sociais. A prática de atividades e as relações sociais estabelecidas contribuem para reforçar a autoestima, o sentimento de valor próprio e facilita a adequação do idoso às perdas sofridas (LUZ; AMATUZZI, 2008).

As mudanças sociais associadas ao tempo, influenciam o papel social do idoso, podendo ser gerado sentimentos de desvalorização e descontentamento. Participar de grupos de idosos, como o CELARI, possibilita alternativas para a inserção social. O papel do idoso é determinado por costumes e ações provenientes na cultura, como também no contexto histórico no qual está inserido:

Gérbera – “Depois tem outra coisa que eu acho importantíssimo é que antigamente nos tempos dos meus avós, até da minha mãe, posso dizer. Foram criadas quase para o lar, para cuidar dos filhos... Então hoje em dia as coisas são diferentes, o idoso participa mais das coisas, então isso é importante.”

Tulipa – “o importante também é a participação né, antigamente não existia. a participação socioeconômica e culturais né. Hoje nós temos inclusive dentro do próprio CELARI, dá condições dos três aspectos que tu tinhas falado: a saúde, a participação e a segurança também.”

Como relatou, no transcorrer da trajetória de vida, são vivenciados diferentes papéis sociais. As pessoas possuem diferentes espaços e ações, tais como no trabalho e na família, enquanto pai, mãe ou chefe. Porém, com o passar dos anos, estes papéis que foram sendo modificados, podem conduzir a uma restrição social. Como estrutura etária dinâmica no processo de construção social, os idosos estão aos poucos redefinindo seu papel na sociedade. O empobrecimento das relações sociais, associado a uma vida social menos intensa, conduz ainda ao isolamento, que se reflete no estado de saúde, consequentemente, na diminuição da contribuição dos indivíduos para a sociedade (CABRAL et al., 2013). Além das mudanças físicas, o envelhecimento causa uma série de alterações psicológicas, que podem ocasionar dificuldade de enfrentamento de novos papéis, falta de motivação para planejamentos futuros, depressão, baixa autoestima, dificuldades de adaptação às perdas orgânicas e afetivas (LIMA; DELGADO, 2010).

Entre as vivências na velhice, são comuns as experiências de perdas que podem levar ao sentimento de solidão, porém no caso de alguns idosos do programa CELARI foi a partir delas que se estabeleceram laços e de amizades e superação. O convívio proporcionou o enfrentamento da tristeza:

Bromélia – “Procurar grupos de idosos né? Para poder aceitar certos limites né...Que a gente não consegue sozinha, em grupo fica mais fácil... Eu já vivi uma fase muito boa no início, porquê eu tava depressiva, com essa depressão, com estas perdas que a gente tem.”

Dália – “eu procuro dar o que eu posso né eu tive (perda) do (...) e aqui dentro pra mim eu preciso de alegria, claro que eu preciso me convencer que eu preciso de alegria, claro que eu sei que eu não posso ficar só fechada e só chorando. Aqui eu

encontro alegria, aqui eu encontro amizade assim ó, o dar e o receber é muito importante né.”

Carmélia – *“(.) eu tive uma perda muito grande há pouco tempo também e eu fiquei lá no fundo do poço, não via jeito começar o CELARI (...) Então quando eu pude voltar aquilo ali assim me fez renascer de novo, sabe (..) o carinho que a gente sente umas pelas outras... Eu to me dando com todo mundo aqui dentro, então pra mim foi assim um renascer porque já tava sentindo até vontade de morrer.”*

Boca de leão – *“Faz uns seis anos que eu entrei aqui, eu me acostumei aqui, é como uma família né, fico muito feliz aqui né, mantenho o corpo ativo e ajuda muito, faz pouco tempo eu perdi meu esposo aqui me ajudou, muito, muito a enfrentar isso tudo. To muito feliz aqui com as minhas amigas, eu adoro...”*

O vínculo de amizade possibilita dialogar e compartilhar problemas, auxiliando na sua resolução. A possibilidade de conhecer novas pessoas, construir amizades, viajar com o grupo, fazer exercícios físicos, conversar na sala de convivência, são mudanças apontadas que motivam a continuidade da participação no grupo. Essa participação incentiva a autonomia dos idosos que exercendo a sua cidadania, trocam informações e podem reconstruir ou mudar aspectos de suas vidas (ARAUJO et al., 2005). Areoza; Benitez; Wichmann (2012) salientam que a convivência e as atividades realizadas nos grupos são consideradas importantes para uma melhora significativa, tanto na saúde física e quanto na saúde mental destes idosos, podendo interferir em aspectos como a qualidade de vida dessas pessoas.

Lírio – *“Eu não tinha nenhuma amiga lá fora. Nenhuma. Fiz amizades aqui dentro e a gente se encontra no verão, se encontra na praia, uma liga pra outra (...)”*

Tulipa – *“Eu acho muito bom, venho ver minhas amigas, melhorei minha saúde. Vivia dentro de casa, eu não queria, dizia que não podia fazer. Agora tudo eu posso. Tudo eu posso. Meus filhos até falam “mãe porque tu não vem morar com a*

gente?” Não! Enquanto eu puder morar sozinha, conseguir fazer minhas coisas... Quando eu precisar eu peço. Então eles se preocupam, mas eu tenho mais saúde, mais segurança quando eu entrei pra cá, que é uma família pra gente.. Quando a gente vê alguém na rua “olha lá”, vai na praia acha dois, três né. Pega ônibus, dois, três. Vocês, professores, participam da família também.”

Bromélia – “*Aquela rampa que construíram ali também.*”

Nas falas apontadas por ***Jasmim***, ***Bromélia*** e ***Tulipa*** revelou-se um dos pressupostos do envelhecimento ativo, o de **segurança**, ao participar do CELARI os idosos se sentem autônomos para tomar decisões, como por exemplo, morar sozinho. A segurança, também surge no aspecto físico, quando são mencionadas as mudanças físicas que auxiliam, por exemplo, na locomoção. De acordo com Veloso (2015) a segurança além de influenciar diretamente a vivência social, assume um papel de destaque, nas questões de cidadania ativa e participação social, mas também na manutenção da autonomia e independência. Neste sentido, a segurança torna-se um elemento fundamental contribuindo para a viabilização de uma velhice segura, participativa e com qualidade de vida.

Os contatos sociais permitem engajamento social, que também é uma forma de vivenciar o desenvolvimento na idade adulta de maneira bem sucedida. O apoio social deve ser compreendido como uma experiência pessoal e subjetiva que leva a um maior senso de satisfação com a vida. Silva et al. (2008) sugerem que existe relação entre apoio social e diferentes variáveis dependentes: saúde, adaptação psicológica, percepção de bem-estar, redução do mal-estar, longevidade e mortalidade, satisfação com a vida, entre outros. O apoio, advindo dos grupos sociais, é um preditor significativo dos recursos pessoais de enfrentamento dos problemas e associa-se inversamente com depressão, estresse e sintomatologia física, associando-se com a redução de riscos de mortalidade (GUEDEZ et al., 2006). Com a idade, essas redes de relações sociais informais tendem a diminuir. Para Schier e Carstensen (2010) jovens e adultos buscam informações, status e outras vantagens nas suas redes sociais numerosas, amplas e

diversificadas, já os idosos buscam experiências emocionais positivas, confirmação de valores e conforto emocional em parceiros sociais mais restritos.

A categoria *Celarianos: pertencimento social* indicou que o papel do grupos de idosos na vida das pessoas desse grupo populacional. A construção da rede social se faz ao longo da vida, porém também pode constituir-se em qualquer etapa do ciclo vital. Atualmente, entre os idosos, uma das formas de união são esses grupos específicos. os quais se constituem em espaços de socialização, interação e valorização, sendo todos atributos que favorecem a independência e autonomia e possibilitam a manutenção do exercício da cidadania (LEITE et al., 2008). Além disso, o idoso passa a ter a sensação de pertencimento a um grupo social, para o qual pode contribuir de maneira significativa, utilizando-se de sua experiência e conhecimento. Participar de reuniões semanais contribui para a realização pessoal, permitindo que esses idosos sintam-se membros importantes na continuidade do grupo, além de resgatar a capacidade de ser útil e a dignidade de viver (VICINI, 2002; GALISTEU et al., 2006).

Nesse sentido Demo (2001, p. 56) declara que “[...] é componente essencial o sentimento de comunidade, do sentir-se membro de um determinado grupo, de participar em um projeto de vida”. A partir disso, percebemos o sentimento de *pertencimento* que firma essa relação, tão importante quanto às relações que acontecem entre os indivíduos é onde elas acontecem. Para Bulla et al., (2007, p.180) o sentimento de pertencer “empodera os indivíduos, contribuindo para o sucesso nos projetos coletivos e para sua participação mais ampla na vida social”. Nesse caso, sentir-se pertencente ao CELARI está relacionado, tanto com as relações que ocorrem e se firmam, quanto com a criação e manutenção de espaços, sejam eles físicos ou simbólicos. O sentimento de pertencimento com o programa está ligado a um espaço com limites estruturais estabelecidos, no qual podem conviver, onde relações de amizade são construídas através de anos, além do fato de ser algo constituído com a participação de todos.

O CELARI faz parte da rede social dos idosos, visto que amigos e colegas aparecem no convívio habitual e, mesmo, no convívio fora do CELARI, sendo até mais presente que a própria família. É possível observar no dia a dia essas trocas entre um e outro, especialmente quando os participantes se encontram na sala de convivência

social: um espaço de conversa e troca de experiências entre os alunos e entre alunos e professores (bolsistas). O contato social com outras gerações também foi citado pelos participantes, como sendo parte de um bom envelhecimento ativo proporcionado pelo programa.

O envolvimento social é considerado elemento central do envelhecimento ativo e saudável. A participação, entendida como o engajamento em atividades que caracterizam o envolvimento que o indivíduo tem em seu contexto social, está associada a um sentimento de pertencimento e de significações da participação dos idosos em grupos. A existência dessas redes sociais é, segundo Paúl (2005), de primordial para um envelhecimento ativo, devido ao seu efeito protetor de evitar situações de estresses associados ao processo de envelhecimento.

Essa categoria indicou que o CELARI desperta sentimentos positivos em seus frequentadores por constituir-se como um espaço em que podem ser compartilhados afetos (amor, amizade...), tendo repercussões no relacionamento com a família. Participar de atividades nesses grupo, faz com que esses idosos tenham um espaço em que possam envelhecer ativamente.

5.4 Políticas públicas do idoso: conhecimento limitado

É necessário, que não somente, o idoso esteja disposto a se preparar para o seu envelhecimento, mas também as famílias e a sociedade (incluindo o Estado). O envelhecimento com qualidade depende de um conjunto de variáveis, os quais incluem diferentes setores da sociedade. Uma das propostas do curso desenvolvido nesse estudo estava relacionada com a identificação de políticas sobre envelhecimento humano e saúde, partindo da proposta da educação permanente, ou seja, acreditava-se que a partir de um estímulo (na forma do curso) seria possível avaliar o conhecimento dos idosos sobre esse assunto e também ensinar algo para eles, mas também aprendendo com o que soubessem.

A categoria ***Políticas públicas do idoso: conhecimento limitado*** debateu sobre a percepção dos Celarianos quanto as políticas públicas relacionadas ao envelhecimento, a qual se revela restrita quanto ao grau de conhecimento, assim como ao seu âmbito:

Gardênia – “O próprio governo também já está pensando em maneiras em ajudar, de dar caminhos né? Para os idosos, no teatro, no cinema, no restaurante, tem desconto, como ela disse ne, os ônibus a gente não paga com carteirinha tem preferência..”

O discurso atual das políticas de atenção ao idoso prevê uma redistribuição de atividades, prevendo a participação do Estado, da sociedade e da família nas ações de proteção e assistência ao idoso. Assim, percebeu-se o incentivo à participação dos setores público e privado na atuação dessas políticas, porém os participantes relataram (ao longo de todo estudo) não conhecer as políticas de modo mais abrangente. Na realidade, vincularam a pontos específicos, tais como alguns itens do Estatuto do Idoso e benefícios, destacando-se a passagem gratuita e as preferências no atendimento em locais públicos para idosos:

Gardênia – “(...)é o estatuto não é?”

Cravo – “A carteirinha do idoso.”

Tulipa – “Nos bancos tem que haver a fila preferencial.”

Algumas pessoas, até mencionaram algumas legislações específicas, contudo também avaliam que, no dia a dia, existe ainda carência de políticas públicas. Entre aquelas existentes, indicaram que falta interesse e disposição de cumprimento das mesmas:

Girassol – “é muito bonito no papel.”

Amor perfeito – “Existe o estatuto e eles não cumprem o estatuto, até na parte jurídicas os idosos tem preferências e coisa, e fica a mesma coisa dos que tem 20 e quem tem 70 fica a mesma coisa.”

Tulipa – “*Eu acho que o estatuto do idoso foi criado e a lei fosse rígida, Obrigada as pessoas a cumprir seria maravilhoso, mas a verdade é que eles não tão nem aí porque não tem nada que obrigam as pessoas a cumprirem a lei. Agora eu pergunto: eles tão cumprindo a lei? Não cumprem*”

Orquídea – “*Essa política já é toda torta né, e valorizando o idoso igual. Quero ver agora, que estão dizem que as pessoas estão envelhecendo demais, que vai ter mais idosos.*”

Alguns acreditam que o idoso é inutilizado na sociedade e, por isso, as políticas não são colocadas em prática:

Camomila – “*Na verdade o idoso teoricamente não vota, na opinião deles o idoso não é mais útil, então não vale políticas que beneficiam o idoso, na minha opinião é isso.*”

Contudo, para alguns a criação das políticas (especialmente o Estatuto do Idoso), surgiram para que a sociedade respeite mais o idoso:

Amor perfeito – “*Eu acho que o idoso agora, ele tá firme no lugar, ele ajuda no sustento dos netos, ele participa de tudo, então ele tem que ser respeitado.*”

Ao abordar as políticas, surgiu de modo expressivo o direito à saúde. Alguns idosos salientaram que, apesar do direito à saúde ser assegurado por lei, nem sempre é respeitado pelo governo. A principal queixa apareceu relacionada à demanda nos hospitais, a qual é excessiva e, desse modo, os recursos disponíveis não são suficientes e gera demora no atendimento:

Azaleia – “*Acho que também na fila dos hospitais né. Particular ou INSS tu fica o mesmo tempo, chega a ficar 4, 5 horas esperando, particular! Imagina INSS. Tem*

postos aí que são maravilhosos né, que tu vai e é super bem atendida. Agora tem outros que são terríveis. Como também em particular.”

Dália – *“é humilhante, com convênio ainda.”*

Além disso, foi referido também, que as equipes de trabalho não são capacitadas para trabalhar com os idosos, desconsiderando as alterações do envelhecimento (especialmente: diminuição da acuidade auditiva e dificuldades de locomoção), resultando em atendimento insatisfatório. No panorama atual, ainda é frequente e flagrante o desrespeito aos direitos fundamentais dos idosos, bastando observar os hospitais públicos brasileiros. Muitos idosos, desse estudo, declararam possuir plano de saúde privado, porém também mencionaram os altos custos para a sua manutenção. O atendimento no sistema público de saúde foi criticado:

Erva doce – *“única parte que eu acho que eles não dão assim, umas assistência boa é na saúde. Os planos de saúde são caríssimos, os hospitais.”*

Flor de laranjeira – *“Passaram pra SUS e só piorou.”*

Magnolia – *“Tu vai num hospital, o mínimo que tu vai gastar lá dentro é uns 1000 reais.”*

A procura pela assistência nos planos de saúde é consequência de uma busca por melhor atendimento de demandas. Para Veras et al. (2008), o sistema de saúde brasileiro ainda não está estruturado para receber essa demanda de idosos. Há um notório grau de desarticulação dentro do próprio sistema que dificulta a aplicação de suas ações, a qual se constitui como barreira para a operacionalização de qualquer lógica de concepção da atenção à saúde do idoso.

Caldas (2003) afirma que os gastos com saúde deveriam ser avaliados para que fosse possível fornecer informações que seriam utilizadas para traçar objetivos e programas de ação, visando uma solução qualitativa e economicamente viável nas

políticas de saúde. Atualmente, pouco é conhecido sobre o impacto econômico da dependência do idoso na família e no próprio sistema de saúde. Seria de fundamental importância saber os gastos de um paciente idoso com alto grau de dependência para o Sistema Único de Saúde, para os planos privados de assistência à saúde e para aqueles sem cobertura alguma. Apesar do desenvolvimento e das mudanças nas políticas públicas para amparar de forma adequada o idoso, há ainda a necessidade de uma reorientação dos serviços de saúde, investindo-se principalmente na atenção básica com discussões de estratégias preventivas e de promoção à saúde (ANDRADE et al., 2012).

A questão orçamentária é o principal problema a ser enfrentado, onde o sistema de saúde pública sofre com a defasagem entre a disponibilidade da oferta de atendimento e a demanda existente para tal serviço. O planejamento ideal indicaria a necessidade de investimento na prevenção da saúde, o que é postulado, inclusive, pela Política Nacional da Pessoa idosa e pela Política Internacional do Envelhecimento Ativo, como forma de evitar a formação de um segmento idoso debilitado fisicamente e, por consequência, oneroso para os serviços públicos.

Alonso (2005) enfatiza que programas de prevenção à saúde não somente aumentariam a qualidade de vida dos idosos, como também viabilizariam a longo prazo o equilíbrio orçamentário dos serviços de saúde. Partindo disso a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas (VERAS, 2008).

Para o envelhecimento ativo, é necessário o envolvimento dos sujeitos sociais, da família e do poder público nas três esferas de governo, em uma totalidade. Esta lógica é aplicável a qualquer rede de atenção ao idoso, seja pública ou privada. Os próprios Celarianos salientaram que é preciso no Brasil um melhor planejamento em suas ações no Brasil, oferecendo mais assistência, dando exemplos de outros países:

Hortência – “Por isso que eu digo que tudo que acontece no Brasil, eu sempre digo, é a educação, não existe planejamento de vida, nada.”

Lírio – "Portugal e Madri, por exemplo, é impressionante como eles respeitam e tem estrutura pro idoso viver. Portugal tem ruas, por exemplo, que tem vários apartamentos, vários para só. Então ali tem médico, tem ônibus, tem tudo ali."

Alguns idosos mencionaram que a família tem um papel essencial no respeito ao idoso, a fim de, garantir também segurança e proteção social:

Jasmim – "Eu tenho um filho, um deles, é o mais ligadinho, tá sempre ligado, se tá indo ou se a gente tá no meio do caminho indo viajar ele tá ligando, tá sempre preocupado."

Margarida – "O meu relacionamento com minha mãe e com meu pai, nós demos tudo pra eles, nunca faltou nada pra eles, nunca internamos, nem o pai nem a mãe, até o final da vida porque? Porque nós recebemos esse carinho, entende? Então é isso que eu acho importante."

De acordo com Borges (2002), o termo política se refere a um conjunto de objetivos que informam determinado programa de ação governamental e condicionam sua execução. Política pública é uma expressão atualmente utilizada pelos governos e que substitui o termo planejamento estatal, o qual foi bastante utilizado até a década de 1970. Com relação ao envelhecimento populacional, as políticas públicas desenvolvidas pelo governo federal, estadual e municipal englobam a chamada rede de apoio formal que reúne ações públicas em diversas áreas (saúde, educação, renda, lazer etc.), visando a melhoria da qualidade de vida da parcela idosa da população. Fernandes e Soares (2012) salientam que há muitas políticas focalizadas no idoso, porém as dificuldades na sua implementação abrangem desde a captação precária de recursos ao frágil sistema de informação sobre as condições de vida e de saúde, como também a capacitação inadequada de recursos humanos. As políticas públicas terão um papel cada vez maior na manutenção da qualidade de vida dos cidadãos idosos, sendo que sua aplicação colaborará para garantir a pessoa com 60 anos ou mais envelhecer com dignidade, respeito e inserção ativa na sociedade.

No Brasil, destaca-se o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006). A aprovação desse estatuto representou um passo importante na legislação brasileira para melhorar e promover ações a favor da qualidade de vida do idoso. Os direitos fundamentais do idoso têm sido mais assegurados pela legislação, no entanto, surge a indagação se essas pessoas conhecem seus direitos e se consideram que seus direitos são respeitados. Nota-se que embora a legislação brasileira esteja avançando, na prática ainda é insatisfatória. É necessário garantir que o Estado e a sociedade assumam suas funções, assim como a própria família, desenvolvendo ações de proteção, valorização e assistência voltadas à população idosa. Para Santos e Silva (2013) o ideal de compartilhamento de responsabilidades entre essas instâncias é algo bem elaborado no discurso político e legislativo; porém mal executado. Na realidade, o que se percebe é: o Estado se desonerando da sua responsabilidade em oferecer uma assistência pública qualificada e competente; uma sociedade que anula os idosos que não se enquadram no modelo pautado na autonomia e independência; e o encaminhamento das responsabilidades sobre a saúde e doença dos idosos para a esfera individual e privada.

O estudo de Martins e Massarollo (2010) que buscou identificar o conhecimento de 63 idosos sobre seus direitos, bem como se eram respeitados. Os resultados indicaram que, quase a metade, conhecia seus direitos, destacando-se: gratuidade no transporte (50,0%), prioridade no atendimento (38,1%) e existência de assentos preferenciais nos meios de transporte (28,6%). Quanto ao respeito a esses direitos, 25,0% acreditavam que eram respeitados e 44,4% que eram parcialmente.

Já na pesquisa realizada por Silva (2013), com 402 idosos de Porto Alegre, relacionada ao Estatuto do Idoso: cerca de 71,9% dos idosos não conhecia, daqueles que conheciam indicaram que ficaram sabendo através de palestra, ou hospital ou ainda grupos para idosos (com percentuais próximos). Os três direitos mais conhecidos foram relacionados à liberdade (93,5%), ao fato de que nenhum idoso pode ser objeto de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão (90,0%) e direitos envolvendo os meios de transporte (85,8%). Já os direitos menos conhecidos, foram aqueles relacionados às medidas de proteção (94,3%), acesso à justiça (90,8%) e direito a alimentos (77,6%). Na pesquisa de Barcelos (2006), também verificou-se resultados

semelhantes. Foi analisada a efetividade do Estatuto do Idoso no município de Vitória, a partir de uma entrevista com 100 idosos, sendo que apenas 16% dos entrevistados afirmaram conhecer e possuir cópia do Estatuto do Idoso.

A sociedade precisa assumir uma postura que assegure os mecanismos de assistência ao idoso, a começar por uma ampla política de conscientização da população em relação aos direitos garantidos pela Constituição federal e pelas Políticas Públicas atuais. De acordo com Brito et al. (2013), a implementação de ações voltadas aos idosos em diversas esferas é um grande desafio, tendo em vista a dificuldade de adequação dos serviços a essa nova demanda, tanto quanto à disponibilidade de estrutura física e tecnologias específicas, quanto à escassez de profissionais capacitados a trabalhar com idosos, assim como a complexidade das variáveis biopsicossociais desse público. Configura-se como desafio à medida que implica em mudanças na comunidade, na família e no contexto dos serviços de saúde. Ainda que o envelhecimento da população seja considerado como uma vitória social muito importante, é observado que promove grandes desafios para as políticas públicas. O principal é garantir o desenvolvimento social e econômico de forma continuada, baseando-se em valores capazes de garantir um patamar mínimo a subsistência da dignidade do ser humano (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A categoria “**Políticas públicas do idoso: conhecimento limitado**” indica que essas regulamentações não são integralmente atendidas na prática, especialmente o Estatuto do Idoso. Os Celarianos indicaram que sua total efetivação depende de esforços múltiplos do governo e sociedade, especialmente a família. Ao longo do estudo, seja durante a intervenção-ação com a realização do curso e o grupo focal, foi estimulado que os idosos manifestam-se quanto a essas políticas, porém revelou-se que o conhecimento foi bastante limitado. Diante desta análise, vale ressaltar que o acesso à informação é imprescindível para que esta reflexão se torne realidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é uma das maiores conquistas da sociedade atual, porém essa conquista precisa também estar contemplada nas políticas públicas direcionadas ao idoso. O objetivo desse estudo foi analisar os pressupostos da Política do Envelhecimento Ativo no contexto de um programa de extensão universitária com público idoso.

A participação das pessoas idosas no CELARI refletiu os três pilares da Política de Envelhecimento Ativo: Saúde, Participação e Segurança, os quais foram efetivados no cotidiano dos frequentadores. Os Celarianos indicaram melhorias nas condições de saúde, mais motivação para participar de atividades sociais (seja no próprio programa, ou em outros círculos) e mais segurança para tomar decisões importantes em suas vidas. A percepção dos idosos sobre os benefícios da participação do CELARI reflete que esse é um espaço promotor de qualidade de vida e de inserção social, aonde as pessoas criam vínculos e ocorre a melhora na sua saúde.

A categoria *“Envelhecimento: processo de aceitação”* foi composta pela subcategoria *“educação para o envelhecimento”*. Na primeira, ressaltou a atitude positiva e a satisfação com a vida, demonstrada por meio das falas, nas quais esses idosos se sentiram privilegiados, felizes e gratos pela vida que têm, mesmo com as mudanças biopsicossociais, vinculada ou não às limitações. A subcategoria *educação para o envelhecimento* indicou que a preparação para o adequado atendimento a essa população parte da educação de todos. As relações intergeracionais e a educação formal e informal deveriam ter ações estimuladas para atender as expectativas do público idoso, além de preparar as futuras gerações para o seu próprio envelhecimento.

Na categoria *“CELARI - promotor de qualidade de vida e saúde para o idoso”* desvelou-se que as ações do programa CELARI promoveram benefícios biopsicossociais. Para os participantes, a qualidade de vida está associada às diferentes condições e oportunidades vivenciadas ao longo dos anos, influenciando a visão da própria pessoa e da sociedade sobre o envelhecimento. O CELARI é apontado, através das suas atividades, como sendo essencial nesse processo. Já a saúde, como um pressuposto do envelhecimento ativo, apareceram na fala dos Celarianos vinculando

múltiplos fatores, destacando-se a melhora no convívio social e a melhora da aptidão física vinculada as atividades do dia-a-dia e a diminuição de dores.

A categoria “*Celarianos: pertencimento social*” destacou a participação na sociedade como um fator preponderante para o bem-estar, constituindo um dos pilares-chave do envelhecimento ativo. Percebeu-se ao longo das análises que o pertencimento ao programa, vincula sentimentos afetivos de suporte social. Essa categoria indicou sentimentos positivos associados ao espaço social do CELARI, o qual permite compartilhar afetos e tem repercussões no relacionamento com a família.

A última categoria, denominada “*Políticas públicas do idoso: conhecimento limitado*” apontou que o conhecimento é restrito em relação a esse tema, sendo que as regulamentações não são integralmente atendidas na prática. A maioria dos idosos desconhecem as políticas públicas e, quando conhecem, vinculam a pontos específicos do Estatuto do Idoso. Para os Celarianos, o Estatuto do Idoso é a maneira da sociedade respeitar o idoso, tendo em vista que muitos o consideram como algo inútil. A saúde foi abordada como algo que deve ser melhor planejada pelas autoridades, alguns salientaram que, apesar do direito à saúde ser assegurado por lei, nem sempre é respeitado pelo governo. A principal queixa apareceu relacionada à demanda nos hospitais, a qual é excessiva, gerando demora no atendimento porque os recursos disponíveis não são suficientes, além dos custos que são altíssimos para essa faixa etária. Sendo assim, é preciso fornecer aos idosos conhecimentos sobre os seus direitos, a partir de esforços do governo e da sociedade.

A partir dos resultados obtidos verificou-se que a participação dos idosos no CELARI favoreceu a mudança de comportamento, após o ingresso no programa. Destacaram-se melhorias nas condições de saúde, criação de laços de amizade, fortalecimento da autonomia, independência e aprendizado de novas tarefas. Os Celarianos encontraram dificuldades e limitações quanto ao conhecimento das atuais políticas públicas, criticando a sua implantação no dia a dia. Além disso, cabe salientar que, também é preciso transmitir para as novas gerações valores e hábitos saudáveis para que ocorra educação em relação aos mais velhos. Acredita-se que Política de Envelhecimento Ativo está presente no CELARI, através das suas estratégias podendo ser identificados pelos próprios Celarianos, quando relataram melhora na qualidade de

vida desde que iniciaram no programa. Contudo, é necessário incentivar que os idosos participem das atividades promovidas pelo programa, como forma de atender a todos os pressupostos, tendo assim como finalidade a busca por um envelhecimento ativo.

Nesse sentido, acredita-se que é possível promover envelhecimento ativo dentro de um grupo de idosos, para isso é necessário um conjunto de ações que priorizem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a capacidade funcional, acesso ao conhecimento do seu direito, a atenção multidimensional e integral, entre outros. A experiência do CELARI em promover o envelhecimento ativo a partir do oferecimento de diferentes atividades físicas, sociais e psicológicas tem sido reconhecida pela comunidade que a vivência. É essencial, portanto, que esta experiência se multiplique. Como um programa de extensão que está dentro da universidade, o CELARI poderá contribuir para a formação de profissionais com uma formação adequada para atender a população idosa.

Esse estudo permitiu olhar para os idosos do CELARI através de uma forma particular de se vivenciar o envelhecimento em um tempo/espço de promoção de saúde, no qual se pensa em saúde e qualidade de vida. Essas especificidades que encontrei nesse contexto particular me permitem discutir essas temáticas no campo do envelhecimento e nas políticas públicas. O CELARI permite uma maior acessibilidade desse público a universidade através de suas atividades, muitas vezes como melhor alternativa para idosos da comunidade do bairro.

O tempo estipulado para conclusão desse trabalho e minhas escolhas determinaram meu olhar e meu aprofundamento em cada temática. Acredito que muitas são as possibilidades de investigação dentro do CELARI. Nesse sentido, faz-se necessário a realização de novas pesquisas acerca desta temática, a fim de proporcionar subsídios científicos aos profissionais de saúde e a população. Deste modo, os conhecimentos podem ser aprimorados, dando suporte necessário à população idosa de uma vida saudável e digna.

7 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M; NASCIMENTO, M. Saúde, doença e envelhecimento: representações sociais de um grupo de idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI/ Feira do Santana. **Texto envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8. n. 3. 2005.
- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. de. **Envelhecimento ativo: desafios dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade dos idosos**. 2005. (Doutorado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 2005.
- ALMEIDA, A. M. O; CUNHA, G. G. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16 n. 1, p. 147-155.2003.
- ALMEIDA, M. “Envelhecimento: activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis Coordenadas de análise.”. v. 17, p. 17-24.2007.
- ALONSO, F. R. B. **Envelhecendo com Dignidade: O Direito dos Idosos como o Caminho para a Construção de uma Sociedade para Todas as Idades**. 2005. 172 f Dissertação (Mestrado)- Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2005.
- ANDRADE, L. M. **Percepção de pessoas idosas integrantes de grupos de convivência sobre o viver/envelhecer cidadão**. 2012. (Mestrado) . Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia., Jequié/BA.
- ANDRADE, V.S.; PEREIRA,L.S.M. Influência da tecnologia assistida no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitários frágeis: uma revisão bibliográfica. **Rev.. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.12, n.1. 2009.
- ARAÚJO, L.F., COUTINHO, M.P.L., CARVALHO, V.A.M.L. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v..25, n.1. 2005.
- ARAÚJO, L. F. **Velhice e Instituições Geriátricas: um Estudo das Representações sociais**. (pós-graduação). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa,2004.
- ARAÚJO, L. F. ; CARVALHO, V. A M. Velhices: Estudo Comparativo das Representações Sociais entre Idosos de Grupos de Convivências. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 6, p.57-75. 2004.
- ARAÚJO, L.F; COUTINHO, M. P; SANTOS, M.F. Análise Psicossocial do Idoso em Instituição Gerontológicas. In. D. V. Falcão e C.M. Dias (orgs.). **Maturidade e Velhice: pesquisa e intervenções**, p. 131- 150. São Paulo. 2006

AREOSA, S. V. C.; BENITEZ, L. B.; WICHMANN, F. M. A. Relações familiares e o convívio social entre idosos. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 184-192, jan./jul. 2012.

ÁVILA, A. H.; GUERRA M.; MENESES M. P. R. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. **Pensamento Psicológico**, v. 3 n. 8, p. 7-18. 2007.

AZEVEDO, S.F; BARBOSA, J.M.M. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 24 n.12, p. 2798-808. 2008.

BACKES, D. S et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dado sem pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n.4, p. 438-442, 2011.

BARCELOS, A.T. **A efetividade dos direitos fundamentais do idoso: UMA ANÁLISE DE CASO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ESPIRITO SANTO**. 2006. Dissertação (Mestrado) Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro/RJ.2006

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70.,2004.

BÁRRIOS, M.J.; FERNANDES, A. A. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. **Rev. Port. Saúde. Publica**, Lisboa, v. 32, n. 2, p. 188-196,2014.

BATISTA, A. S. et al. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. **Coleção Previdência Social**, Brasília, v.28. 2008.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BENEDETTI, T. R. B.; GONÇALVES, L. H. T.; MOTA, J. A. P. S. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n.3, 2007.

BETTI, M. Imagens em avaliação-ação: uma pesquisa-ação sobre o uso de matérias televisivas em aulas de educação física. **Educar em Revista**, Curitiba, n. especial 2, p. 137- 152, 2010.

BLESSMANN, E.J. et al. CELARI: atividades físicas e socioeducativas de lazer com idosos. In. BERLEZI, E.M.; FILHO, L.S.; GARCES, S.B. (orgs). **Envelhecimento humano: compromisso das Universidades Gaúchas**. Ijuí: Unijui, 2016. p. 147-163.

BLESSMANN, E.J; GONÇALVES, A.K. Ações voltadas ao envelhecimento: o caso da UFRGS. In. AREOSA, S.V.C (orgs.). **Envelhecimento e Universidade: Um estudo do**

Forúm Gaúcho das IES do Rio Grande do Sul. São Leopoldo: Casa Leiria, 2015. p. 89-106.

BORGES, C.M.M. Gestão participativa em organizações de idosos. Instrumento da cidadania. IN: Freitas, E.V de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro, cap. 124, p. 1037-1041. 2002.

BRADLEY, C.; TODD, C.; GORTON, T.; SYMONDS, E.; MARTIN, A.; PLOWRIGHT, R. “The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQOL” **Quality of Life Research**, v. 8, p. 79 – 91. 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde.** As cartas da Promoção da Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde, Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS 466/12. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Brasília: 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde do Idoso**, aprovada pela Portaria n.o 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n.o 237-E, 20-24, Seção 1.

BRITO, M.da C.C. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **rev. Kairós**, Rio Claro, v. 16, n. 3, p.161-178. 2013.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

BULLA, L. C.; SOARES, E. S.; KIST, R. B. B., **Cidadania, pertencimento e participação social do idoso – grupo Trocando ideias e Matinê das duas:** Cine Comentado. Ser Social, Brasília, n 21, p. 169-196, 2007.

CABRAL, M. V. et al. Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida. **Fundação Francisco Manuel dos Santos**, Lisboa. 2013.

CACHIONI, M. Universidade da Terceira Idade: história e pesquisa. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 7, p. 01-08.2012.

CACHIONI, M; NERI, A.L. Educação e velhice bem-sucedida no contexto das universidades da terceira idade. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S (Org.). **Velhice bem-sucedida:** aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papirus,. p. 29-49.2004.

CACHIONI, M. **Quem educa os idosos? Um estudo sobre professores das universidades da terceira idade.** Campinas: editora Alínea, 2003.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 773-781, mai-jun.2003.

CAMARANO, A. A. (org); PASINATO, M. T. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?**. Rio de Janeiro: Editora IPEA, 2004.

CARDOSO, A.S. **Características estruturais e funcionais das redes de apoio social de idosos participantes e não participantes de um programa de atividade física**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n. 3, p. 285-293; 1996.

CORREIA, M.R; FRANÇA, S.A.M; HASHIMOTO, F. POLÍTICAS PÚBLICA : a construção de imagens esentidos para o envelhecimento humano. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 219-238, 2010.

CARVALHO, I; COELHO,V. A depressão n a maturidade feminina: benefícios e desafios de uma intervenção grupo. In. D. V. Falcão e C.M. Dias (orgs.). **Maturidade e Velhice: pesquisa e intervenções**, p. 249-268. São Paulo. 2004

COSTA, F. G & CAMPOS, P. H. F. Práticas Institucionais e Representações da Exclusão na Terceira Idade. Em P. H. F. Campos & M. C. S. Loureiro (Orgs.). **Representações Sociais e Práticas Educativas** (p. 187-207), Goiânia. 2003

DEBERT, G. G. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 12 n. 34. 1996.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP, 1999.

DEMO, P.; **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 5. ed. São Paulo, Cortez, 2001.

DIAS, Ariane Silveira. **Lazer e envelhecimento: Identidade, saúde e sociabilidade em um projeto para idosos**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

DUQUE, A. N.; SILVA, I. R. Papeis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. **EDUCAMAZÔNIA**, Amazônia, v. 11, n. 1, p. 310-326, 2013.

EDWARDS, P.; TSOUROS, A. **Promoting physical activity and active living in urban environments: The role of local governments**. Geneva: World Health Organization; 2006.

ESTATUTO DO IDOSO. Presidência da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Casa Civil. 2003.

FARIAS R.G. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade** (Mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010

FERREIRA, O.G.L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1065-69, 2010.

FERRIGNO, J. C. A co-educação entre as gerações: um desafio da longevidade. **A terceira idade**. São Paulo, v. 17, nº 37, p. 16-26. 2006.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.409-415, 2008.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2009.

FRATEZI, F. R. **Atividades desenvolvidas em centros dia para idosos na perspectiva do envelhecimento ativo: subsídio para a avaliação da qualidade dos serviços**. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

FRANÇA, L. H. F. P; SILVA, A.M.T.B; BARRETO, M.S.L. Programas intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro v. 13, n. 3 p. 519-531. 2010.

FRANÇA, L. H. F. P; SILVA, A.M.T.B; BARRETO, M.S.L. Programas intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro v. 13, n. 3 p. 519-531. 2010

FREITAS, E.V; PY, L; CANÇADO, F; DOLL J. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2^a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.

GALISTEU, K. J. et al. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Arquivo de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 4, p. 209-214, 2006.

GARCIA M.A.A. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev Latino Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 175-82. 2006.

GOBBI, S; SANTOS, S. D; GOBBI, L.T.B. Diretrizes Curriculares Internacionais para Preparação de Instrutores de Atividade Física para Idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 10 n.2, p. 37-46, 2005.

GODIM, S. M. G. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Salvador, vol. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.

GONÇALVES, A.K; GRIEBLER, E.M; POSSAMAI, V.D; TEIXEIRA, A.R. Qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos de três faixas etárias praticantes de atividade física. **rev. Kairós**, Rio Claro, v. 17, n. 3, p.79-94. 2014.

GONÇALVES, A.K. e al. Qualidade de Vida relacionada à saúde (HRQL) de adultos entre 50 e 80 anos praticantes de atividade física regular. aplicação do SF-36. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 16, edição especial, p. 407-420, 2011.

GRITTEM, L; MEIER, M. J; ZAGONEL, I.P.S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765-70, 2008.

GUARNIERI, A.P. O envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição para o cuidar. **Arq. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 33, n. 3, p. 139-40, 2008.

GUERRA, A.C.L.C; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.

GUEDEZ M.T.D. et al. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicol Reflex Crit**, Porto Alegre, v.19, n.2, p.301-8. 2006.

HOLSTEIN, M. B.; MINKLER, M. "Self, society, and the 'new gerontology' ". **The Gerontologist**, Porto Alegre, v. 43 n. 6, p. 787-796, 2007.

IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2009. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br> > Acesso em: 04 de Maio. 2016.

JUNQUEIRA, E. D. S. **A Representação Social da Velhice em uma Universidade Aberta à Terceira Idade**. 1997.(Dissertação). Pontifícia Universidade Católica - PUC, SãoPaulo-SP,1997.

JUNIOR, F. A. **Atividades físicas para a terceira idade**. 1. ed. Brasília: SESI/IDESP., v. 1. p. 96,1997.

KALACHE, A. VERAS, R. P., RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. um desafio novo. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 200-210. 1987.

KANASHIRO, M. M. **Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa.** (Mestrado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, 2012.

KATZ, S . Busy bodies: activity, aging, and the management of everyday life. **Journal of Aging Studies**, v.14, n.2, p. 135-152. 2000.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. C. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. **Boletim Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, p.4-8, abr. 2009.

LIMA, C.K.G.; MURAI, H.C. Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. **Rev Enferm UNISA**, Belo Horizonte, v. 6, p. 15-22, 2005.

LIMA, A. P.; DELGADO, E. I. A Melhor Idade no Brasil: Aspectos Biopsicossociais Decorrentes do Processo de Envelhecimento. **Revista de Educação Física, Maringá**, v.1, n.2, p.76-91, 2010.

LEITE, M.T, et al.. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p.250- 257. 2008.

LLOBET, M. P. et al. Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 467- 47. 2011.

LUZ, M. M. C; AMATUZZI, M. M. Vivências de felicidade de pessoas idosas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 303-307,. 2008.

MALINOWSKI, B. **Um diário no sentido estrito do termo.** Rio de Janeiro: Record, 1997.

MARTINS DE SÁ, J. L. **A Universidade da Terceira Idade na PUCCAMP: proposta e ação inicial.** Faculdade de Serviço Social da PUCCAMP, São Paulo, 1991.

MARTINS, J.J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.106-10. 2007.

MARTINS, M.S; MASSAROLLOS, M.C.K.B. Conhecimento de idosos sobre seus direitos. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 4, p.479-85. 2010.

MATSUDO, S.M, BARROS, N, T.L. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 5, n. 2, p.60-76. 2000.

MAZO, G.Z; LOPES, M.A; BENEDETTI, T.B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. 3. Ed. Ver. E ampl.; Porto Alegre: Sulina, 2009.

MELLO, D.B. **Influência da Obesidade na Qualidade de Vida de Idosos**.(2010)(Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz , Rio de Janeiro. 2010.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, p. 407, 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org); DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O . GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MOTTA, A.B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: Minayo MS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 37-50.

MOTA, J., RIBEIRO, J.L., MATOS, M.G. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Rev. bras. Educ. Fís. Esp.**, São Paulo, v.20, n.3, p.219-225, 2006.

MORGAN, L. A.; KUNKEL, S. R.. **Aging, Society and Life Course**. New York, Springer Publishing, 2007.

MOREIRA, V; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 59- 79, jan./mar. 2008.

NEGRINE, Ayrton. Instrumentos De Coleta De Informações Na Pesquisa Qualitativa. In: MOLINA NETO, Vicente, TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. (orgs.). **A Pesquisa Qualitativa Na Educação Física**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

NERI, A.L. **Qualidade de vida na velhice. Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. Manole, 2004. 1-36.

NERI, A.L; RESENDE, M.C. Ajustamento psicológico e Perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 14,n. 4, p. 767-76.2009.

NÚCLEO INTEGRADO DE ESTUDOS E APOIO À TERCEIRA IDADE DA UNIVERSIDADE DE SANTA MARIA. Histórico do NIEATI da universidade de Santa Maria, 2009. Disponível em:
http://w3.ufsm.br/cefd/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=87

OKUMA, S. S. Um modelo pedagógico de educação física para idosos. In: SAFONS, M. P; PEREIRA, M.M. (Org). **Educação física para idosos: por uma prática fundamentada**. 2. ed. Brasília: Faculdade de Educação Física, DF: 2004.

ORLANDO, M.M.; SILVA, M.S.P.; JUNIOR, I.L. The influence of the practice of physical activity on the quality of live, muscle strength, balance, and physical ability in the elderly. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, Rio de Janeiro, vol.16 n. 1,2013.

World Health Organization (WHO). **Active Ageing: A Policy Framework**. Geneva: WHO; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos Básicos. Genebra: OMS, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa para a promoção da Saúde. Primeira Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação Internacional para o envelhecimento**. Madri, 2002.

OLIVEIRA, N. M. **Envelhecimento ativo: reflexões sobre programas e serviços voltados aos idosos do Sesc-Estreito**.2013 (Trabalho de Conclusão de Curso) Florianópolis, 2013.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 99-106, 2011.

PAÚL, C. **Envelhecimento activo e redes de suporte social**. Sociologia, Porto, v. 15 p-275-287, 2005.

PEDROSA, W. C. **ENVELHECIMENTO ATIVO: um desafio para a equipe multidisciplinar e para as pessoas idosas frequentadoras da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI), no município de Uberaba-MG**. 2014. (Mestrado), Universidade Estadual Paulista, Franca, 2014.

PEEL N, BARTL, H; MCCLURE, R. Healthy ageing: how is it defined and measured? **Aust J Ageing**, Australan, v. 23, n. 3, p. 115-9, 2004.

PENA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 17 –24, 2006.

PIMENTA, G. M. F. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 43, n.3, p.604-14.2009.

PIRES, F.D.O. et al. Perfil da qualidade de vida de idosos ativos e sedentários. Profile of the quality of life of seniors active and sedentary. **Rev. Bras. de Qualidade de vida.** Ponta Grossa, v. 05, n. 01,p. 12-21, 2013.

QUEIROZ, Z.P.V; RUIZ, C.R; FERREIRA, V.M. Reflexões sobre o envelhecimento humano e o futuro: questões de ética, comunicação e educação. **Ver. Kairós**, Rio Claro, v. 12, n.1, p. 21-37. 2009.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cad Saúde Pública.** São Paulo n. 19, p. 793-797, 2003.

RABELO, D.F; NERI, A.L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Est. de Psico**, v.11 n.2, p. 169-177. 2006.

RODRIGUES, N,C. Política Nacional do Idoso - Retrospectiva histórica. **Rev. Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, Elisabete Viana et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2. ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RODRIGUES, I.G; RUSCALLEDA, R.M.I. Satisfação com a vida e senso de autoeficácia para quedas em idosos. **Rev Bras Clin Méd**, v.7, p.413-7. 2009.

SANTIAGO, D. P. E assim se fez... o CELARI. In: VIEIRA, S. H; BLESSMANN, E. J. (orgs). **Vidas em movimento.** Porto Alegre : Escola de Educação Física da UFRGS, 2007.

SANTO, F. H. E.; SILVA, B.; CUNHA, S. Envelhecimento e morte na concepção dos idosos e profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Kairós**, Rio Claro, v.15, n. 4, p. 161-174, 2012.

SANTOS, S. S. C. et al., Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta Paul Enferm.** v.21, n.4, p.649-53, 2008.

SANTOS, M. F. S. A Velhice na Zona Rural. Representação Social e Identidade. In Nascimento-Shulze, C. (org .). **Novas Contribuições para Teorização e Pesquisa em Representações Sociais.** **Coletâneas ANPEPP**, v. 1, n. 10, p. 59-83. 1998.

SANTOS, S. S.; Sexualidade, uma invenção sem ponto final. In: _____ SANTOS, S. S. dos e CARLOS, S. A; **Envelhecendo com apetite pela vida: interlocuções psicossociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

SCHIER, S, CARSTENSEN, L.L. Emotional aging: recent findings and future trends. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v.65B, n.2, p.135-44. 2010.

SHEPHARD, Roy J. Tradução de Maria Aparecida da Silva Pereira Araujo. **Envelhecimento, Atividade Física e Saúde**. Editora Phorte. 2003.

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

SILVA, A. C. **Estatuto do Idoso: Análise do conhecimento dos idosos atendidos pela estratégia saúde da família (2013)**(Mestrado)- Instituto de Geriatria e Gerontologia (PUCRS), Porto Alegre: PUCRS, 2013.

SILVA, F. P. **Crenças em relação à velhice, bem estar subjetivo e motivos para freqüentar Universidade da Terceira Idade**. (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

SILVA, L. C. C.; FARIAS, L. M. B.; OLIVEIRA, T. S.; RABELO, D. F. Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. **Rev. kairós**, Rio claro, v. 15, n. 2, p. 119-140, 2012.

STIGGER, M. P. Estudos etnográficos sobre esporte e lazer: pressupostos teóricometodológicos e pesquisa de campo. In: STIGGER, M. P.; GONZÁLEZ, F. J.; SILVEIRA, R. (Org.). **O esporte na cidade: estudos etnográficos sobre sociabilidades esportivas em espaços urbanos**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

SIQUEIRA, M.D. **“Vivendo bem até mais que 100!” envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos**. 2014. (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2014.

SQUIRE. A. Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas: Fundamentos Básicos para a Prática. **Loures: Lusociência**. 2002.

TAKEDA, O.H; STEFANELLI, M.C. Atividade física, saúde mental e reabilitação psicossocial. **Rev. Min. de Enf**, Belo horizonte, v. 10, n.2, p.171-5. 2006.

TRAD L.B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n .3:777-96, 2009.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado) –Escola Nacional de Saúde Pública- Fundação Oswaldo Cruz- Rio de Janeiro, 2002.

TEIXEIRA, M. C. T. V. **Velhice: Perdas ou Ganhos?**, 1999. (Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 1999.

TEIXEIRA, I; OLIVEIRA, N. A; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81-94, jan./mar. 2008.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UENO, D.T.; SEBASTIÃO, E.; FILHO, J.C.J.; GOBBI, S. Benefícios do Exercício Físico. Programa de Atividade Física para a Terceira Idade (PROFIT). *In*: COELHO, F.G.M.; GOBBI, S.; COSTA, J.L.R.; GOBBI, L.T.B. (Org.). **Exercício físico no envelhecimento saudável e patológico: da teoria à prática**. Curitiba: CRV, 2013.

UNICOVSKY. M. A. R.. A educação como meio para vencer desafios impostos aos idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 241-3, 2004.

Universidade Católica de Pelotas (Org.). **CENTRO DE EXTENSÃO EM ATENÇÃO À TERCEIRA IDADE (CETRES)**. Disponível em:
<http://www.ucpel.edu.br/portal/?secao=projetos&tipo=Extensao&id=696>>.

VALER, D. B. et al. The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 809-819, 2015.

VARGAS, S.R.V. **Rede de Apoio Social de Idosos de um Programa de Extensão – centro de estudos de lazer e atividade física do idoso/ CELARI**. 2015. (Trabalho de conclusão de curso), Porto Alegre, 2015.

VASCONCELOS, A. M. N., GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VELOSO. A.S.T. **Envelhecimento, Saúde e Satisfação Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida**. 2015. (Mestrado). Faculdade de Economia – Universidade de Coimbra, Coimbra. 2015.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciênc. saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2004.

VERAS, R.P; CALDAS, C.P; ARAUJO, D.V.; MENDES, R.KW.A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o Idoso. **Cienc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro; v.13, n.4, p. 1119-26. 2008.

VICINI, Giulio. **Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos**. São Paulo: Senac, 2002.

VICTOR, J F; et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo v. 41, n.4, p.724-30. 2007.

VILARINO, M.A.M; LOPES, M.J.M. Envelhecimento e saúde nas palavras de idosos de Porto Alegre. **Estudos Inter sobre o Env**. Porto Alegre, v.13, n.1 p.63-77, 2008.

VITORINO S.S; MIRANDA M.L.J; WITTER C. Educação e envelhecimento bem sucedido: reflexões sobre saúde e autocuidado. **Rev Kairós**, Rio Claro, v.15, n. 3, p.29-42, 2012.

WALKER, A. A strategy for active ageing. **International Social Security Review**, v.55,p. 121-139, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Programme On Mental Health. **Whoqol-bref**: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva: WHO, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO) **Growing older – Staying well**. Ageing and physical activity in everyday life. Geneva: World Health Organization,. 22 p. 1998

YUN, R; LACHMAN, M. Perceptions of Aging in Two Cultures: Korean and American Views on Old Age. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v. 21, 55-70. 2006.

ZAIDI, A. Features and challenge of population Ageing: The European Centre for social welfare policy and research, Vienna, 2008.

ZIMMER, Z. et al.Physical and mental health of the elderly. In A.I. Hermalin (Ed.), **The Well-Being of the Elderly in Asia: A FourCountry Comparative Study**. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, 2002.

ZIMERMANN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

8 APÊNDICE e ANEXOS

APÊNDICE 1- Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



Título do projeto: **PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO NO CONTEXTO DE UM PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COM PÚBLICO IDOSO.**

Pesquisador responsável: Prof. Dra. Andréa Kruger Gonçalves

Orientanda: Vanessa Dias Possamai

Título do Projeto: Pressupostos da Política de Envelhecimento Ativo no Contexto de um Programa de Extensão Universitária com Público Idoso.

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa intitulada "**PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO NO CONTEXTO DE UM PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COM PÚBLICO IDOSO**". O objetivo é analisar os pressupostos da Política de Envelhecimento Ativo no contexto de um programa de extensão universitária com público idoso como dissertação de mestrado em Saúde Coletiva.

Os instrumentos a serem aplicados envolvem encontros de estudos para os participantes do projeto CELARI. Esses encontros ocorrerão uma vez por semana com sessenta minutos de duração, em uma sala de aula do Centro Natatório, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da UFRGS. Após, será realizado, uma entrevista de grupo focal. Os registros serão de forma descritiva, não havendo registro que emita juízo de valor. Os encontros semanais e o grupo focal serão gravados, dessa forma o participante deve concordar com a gravação.

Os resultados obtidos serão utilizados na elaboração de relatório final de pesquisa, bem com na formulação de artigos científicos e resumos, para serem apresentados em congressos e publicados em revistas. Os resultados ficarão armazenados num banco de dados na universidade durante o período de cinco anos.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Esclarecimentos sobre o projeto podem ser solicitados a pesquisadora responsável, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, ou pelo e-mail andreakg@ufrgs.br.

Assim, assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse, e autorizando a utilização dos resultados obtidos nas minhas avaliações para o desenvolvimento da pesquisa.

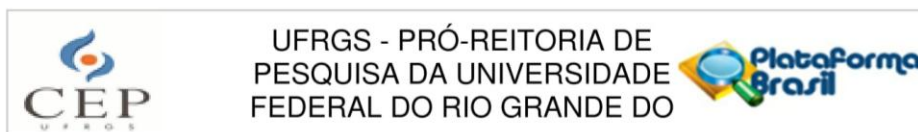
Porto Alegre, _____ de _____ de 201__.

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Prof^a Andrea Kruger Gonçalves
Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS - (51)3308-3738
Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317
Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Porto Alegre/RS

Anexo 1- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVELHECIMENTO ATIVO NO CONTEXTO DE UM PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COM PÚBLICO IDOSO

Pesquisador: ANDRÉA KRUGER GONÇALVES

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 66056116.7.0000.5347

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.081.724

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa-ação vinculado ao PPG de Saúde Coletiva a ser desenvolvido com participantes do CELARI (Centro de Estudo de Lazer e Atividade Física do Idoso), na ESEFID/UFRGS que pretende "analisar os pressupostos da Política do Envelhecimento Ativo no contexto desse programa de extensão". Os participantes serão pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos, divididas em grupos de 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais. Está prevista a realização de grupos focais cujo objetivo é para "analisar, discutir e relacionar a política do envelhecimento ativo com o CELARI". Serão realizados cinco encontros de sessenta minutos de duração, uma vez por semana.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

"Analisar os pressupostos da política do Envelhecimento Ativo no contexto de um programa de extensão universitária com público idoso.

Objetivo Secundário:

- Analisar a percepção dos Celarianos quanto às políticas públicas do idoso;
- Verificar a existência de relação entre a Política do Envelhecimento Ativo e o CELARI, após a transmissão de saberes referentes à essa política; Indicar se o CELARI pode desenvolver estratégias

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.081.724

mais efetivas a partir da política do Envelhecimento Ativo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios estão definidos da seguinte maneira: "os riscos, caso venham a ocorrer, referem-se unicamente a certo desconforto no sentido de disporem de algum tempo para a participação no estudo e/ou a exposição de opinião quanto aos temas abordados.

Benefícios:

O benefício consiste em contribuir na geração de conhecimento sobre envelhecimento humano, o que poderá subsidiar os debates nacionais acerca de intervenções efetivas para o público idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto encontra-se bem fundamentado e justificado e conta com todos os itens de apresentação formal. A realização dos grupos focais com idosos participantes do CELARI parece viável e interessante. Todas as pendências dos pareceres anteriores foram atendidas. Entre elas: foram prestados esclarecimentos sobre o número de participantes, convites e necessidade de ressarcimento; foi anexado o Termo de Consentimento Institucional. A última pendência, que dizia respeito a revisão do TCLE também foi atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Parecer da Compesq/Enf- OK

Projeto completo – OK

TCLE – OK

Termo de Concordância Institucional – OK

Orçamento – OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	22/05/2017		Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.081.724

Básicas do Projeto	ETO_762326.pdf	14:08:10		Aceito
Outros	alteracoes_das_pendencias_de_acordo_com_parecer.docx	22/05/2017 14:07:04	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa.pdf	22/05/2017 14:06:12	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	22/05/2017 14:01:45	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Folha de Rosto	pesquisa.pdf	05/05/2017 21:31:21	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	05/05/2017 15:16:31	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Outros	termo_consultado_envelhecimento_ativo.pdf	05/05/2017 15:15:14	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_institucional.pdf	05/05/2017 15:14:25	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	05/05/2017 15:08:47	ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Maio de 2017

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br