



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

FÁBIO BATISTA MIRANDA

O CUIDADO DE SI NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: desafios
no Programa Academia Carioca da Saúde

Rio de Janeiro

Agosto de 2017

FÁBIO BATISTA MIRANDA

**O CUIDADO DE SI NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: desafios
no Programa Academia Carioca da Saúde**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof^a Livia Maria Santiago

Rio de Janeiro

2017

Miranda, Fábio Batista

O cuidado de si no processo de envelhecimento: desafios no Programa Academia Carioca da Saúde / Fábio Batista Miranda. - Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, 2017.

116 f. : il. ; 31 cm.

Orientadora: Lívia Maria Santiago.

Dissertação (mestrado) – UFRJ, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção a Saúde São Francisco de Assis. Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2017.

Referências bibliográficas: f. 81-97.

1. Envelhecimento. 2. Saúde do Idoso. 3. Serviços de Saúde para Idosos. 4. Atividades Cotidianas . 5. Exercício. 6. Id

oso. 7. Atenção Primária a Saúde - Tese. I. Santiago, Lívia Maria. II. UFRJ, FM, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis. III. Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 14 horas do dia 30 de agosto de 2017, teve início a Defesa de Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em **Saúde Coletiva**, área de Concentração: **Atenção Primária à Saúde**, na Linha de Pesquisa **Evidência clínica, modelos técnico assistenciais e qualidade em Atenção Primária à Saúde**. A dissertação intitulada "**O Cuidado de Si no Processo de Envelhecimento: desafios no Programa Academia Carioca da Saúde**" foi apresentada pelo candidato **Fábio Batista Miranda**, regularmente matriculado no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da FM/ HESFA da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob registro nº 115211798 (SIGA). A banca de examinadores foi composta pelos doutores: Livia Maria Santiago (CPF: 036.489.566-71) Célia Pereira Caldas CPF:000 258.977-05) Valéria Ferreira Romano (CPF:665.763.697-00) em sessão pública, no prédio do HESFA, no Auditório/HESFA, sito a Av Presidente Vargas, 2863-Cidade Nova, RJ. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, o candidato foi argüido oralmente. Os membros da banca deliberaram, considerando a dissertação APROVADA () REPROVADA () APROVADA COM RESTRIÇÃO. A banca emitiu o seguinte parecer:

O candidato realizou sua apresentação com segurança e domínio, respondendo a adequação às questões. Os membros da banca sugeriram algumas reorganizações nos resultados, que serão requeridas pelo candidato.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da Banca e pela aluna examinada.

Presidente/Orientador: *Livia Maria Santiago*

1º Examinador: *Celia Pereira Caldas*

2º Examinador: *Valeria Ferreira Romano*

Candidato: *Fabio Batista Miranda*

SOU FEITA DE RETALHOS

*Sou feita de retalhos
Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou
costurando na alma.
Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem
ser quem eu sou.
Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...
Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...
Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.*

*E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes
que vão se tornando parte da gente também.
E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados...
Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.*

*Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e
que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em
mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e
que eles possam ser parte das suas histórias.*

*E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um
imenso bordado de "nós"*

(Cora Coralina)

AGRADECIMENTOS

O meu cordial agradecimento a todos aqueles com os quais estabeleci relações de cuidado durante essa caminhada:

A Deus, inspiração da minha vida, sem Ele nada seria possível.

Aos queridos idosos e colaboradores da Academia Carioca da Saúde do Vidigal em especial, ao educador físico Ronaldo e à técnica em enfermagem Maria! Sem eles nada teria acontecido. Momento mágico na troca de conhecimento e experiência!

Aos meus pais, Maria das Graças Batista Miranda e Antônio Batista de Miranda, pela coragem e espelho de dignidade vivida.

À tia querida e mãe, Maria de Jesus Batista Oliveira, pelo apoio incondicional na minha vida.

Aos meus irmãos, Antonio Jakson Batista Miranda, Leidiana Batista Miranda, Leidinalva Batista Miranda, Maria da Luz Batista Miranda e Meirinalva Batista Miranda, sem palavras para agradecer tanto apoio e força depositados a mim.

Aos meus sobrinhos e sobrinhas, preciosos nessa caminhada.

Ao meu companheiro, Nino, pela paciência, contribuição e apoio no dia a dia.

À minha avó, Adália Batista de Miranda (em memória), inspiradora também pela iniciativa desse trabalho.

Aos meus valiosos amigos, em especial, Adalberto Alves, Ana Patrícia Coelho, Carol Macêdo, José Carlos (Carlito), Patrícia Marques, Richard Jardim, Philippe Avelar, Márcia Mendonça, Maria Prado, Marcos Antônio, Rejane Moura, e Elissandra Brito, pela amizade, carinho e atenção.

Aos colegas de trabalho do Centro Municipal de Saúde (CMS) Dr. Rodolpho Perissé, agradeço pelo apoio e compreensão na construção dessa pesquisa.

À Prof^a. Dr^a. Livia Maria Santiago, por compartilhar o seu tempo para a realização desta obra. Toda a minha gratidão pelos ensinamentos, incentivo e carinho.

Agradeço aos queridos colegas de turma, em especial, Bianca Cappelli, Carolina Pires, Juliana Cunha, Laís Pimenta, Michele Ribeiro, Phillip Oliveira e Renata Barros, pelas trocas de experiências vivenciadas enquanto mestrandos e amigos.

À Banca Examinadora, que tão prontamente aceitou o convite, ilustríssimas Professoras Célia Caldas e Valéria Monteiro.

À coordenação, Professores e aos Secretários do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da UFRJ, pela contribuição e apoio ao conhecimento acadêmico e pessoal construído ao longo da minha trajetória. A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, muito obrigado!

APRESENTAÇÃO

As razões que levaram a desenvolver este estudo vinculam-se a trajetória pessoal e profissional anterior. O interesse pela temática em questão nasceu do contato com idosos do Grupo de Convivência “Vida Ativa”, logo após concluir a Graduação em Enfermagem. Nessa experiência foram onze meses atuando como Supervisor de estágio na disciplina de Saúde Pública, no Ensino Técnico, e como voluntário no referido projeto, na época, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no município de São Luís (MA).

Durante esse período comecei a observar nessa troca de conhecimento vívido entre colaboradores, alunos e idosos, quais seriam os elementos e singularidades partilhadas na relação saúde, ambiente e envelhecimento. Dessa experiência destaco uma pesquisa anterior intitulada “*Planejamento Ambiental como Estratégia no Cuidado e Promoção da Saúde do Idoso: um estudo de caso sobre a percepção dos idosos no grupo de convivência vida ativa em São Luís – MA*”.

Após algum tempo e já na cidade do Rio de Janeiro em busca de novos aprendizados e desafios, foram iniciadas atividades profissionais como Enfermeiro de família e comunidade, na Clínica da Família Anna Nery, onde foi possível agregar novos conhecimentos e inquietações por meio do vínculo com uma instituição de longa permanência, ao acompanhar docentes e internos do 8º período do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Assim, emergiu a necessidade de retomar os estudos no campo da saúde pública, especificamente colocando em relevo as interfaces saúde e envelhecimento.

Logo em seguida, ao atuar no Centro Municipal de Saúde Dr. Rodolpho Perissé, no bairro do Vidigal, foi possível reiniciar o meu desejo anterior, permitido após o contato e acolhimento da demanda de idosos frequentadores do Programa Academia Carioca da Saúde (PACA). Em uma das reuniões do Grupo Hiperdia realizada nessa área, lembro-me como se fosse hoje a pergunta disparadora feita naquele momento: *O que é ser idoso?* A partir de então surgiram várias ideias e discussões pelo Grupo, e, nessa ocasião e território vivo, pude me aproximar e retomar o meu foco de interesse crítico no campo da Gerontologia. Naquele momento chamava-me à atenção ao ouvir e observar as falas, algumas carregadas de entusiasmo, sentimento positivo e empolgação, outras acompanhada de receio, fadiga, dúvida, queixa física e mental, e angústia a respeito do próprio cuidado de si - envelhecimento -

saúde. E assim, após o término do encontro, questionava-me cada vez mais, queria descobrir o que haveria por detrás dessas histórias de vida, recriadas na memória desses velhos, tão singulares como um *carretel de emoções*, mas ao mesmo tempo, um grande desafio experienciado por cada ser humano nesse espaço social.

Em face desse universo ainda não revelado surgiu o interesse por esse estudo, ao resgatar reflexões anteriores, em perguntas que ficaram a explorar, tais como: *Como os idosos experimentam a velhice? O que pode potencializar ou prejudicar na longevidade? Porque alguns idosos frequentam a Academia e outros não? Qual a percepção do cuidado de si, da saúde e do envelhecimento entre os frequentadores da Academia carioca? Qual a relação entre a saúde e o envelhecimento para promoção e prevenção de agravos no entendimento dos participantes do grupo?*

E, nesse cenário instigante, iniciado durante a atividade laboral, na qual pude ir elaborando e reinventando questionamentos direcionados a partir dessa costura e teia de interfaces – ideias, ficaram cada vez mais aguçadas as perguntas no decorrer da minha trajetória acadêmica no mestrado profissional.

Resumo

Este trabalho tem por objeto de estudo o cuidado de si no processo de envelhecimento e seus desafios no Programa Academia Carioca da Saúde. Em linhas gerais, almeja-se conhecer a concepção dos idosos a partir de 60 anos, bem como frequentadores da Academia, através dos significados e atribuições ao próprio cuidado de si mesmo nesse cenário. Quanto aos aspectos metodológicos, trata-se de uma pesquisa empírica de cunho qualitativo. Na pesquisa de campo de abordagem qualitativa, foram aplicados dois instrumentos: o mini exame do estado mental, utilizado como triagem cognitiva dos indivíduos, e entrevistas semiestruturadas com homens e mulheres do coletivo idoso. Ao todo foram entrevistados 10 sujeitos no território da Academia. A coleta de dados foi realizada no período de maio a junho de 2017, com análise dos dados à luz da análise temática de Bardin. Após processo analítico-reflexivo das entrevistas, emergiram quatro categorias que foram agrupadas em seus núcleos de sentidos: envelhecimento; envelhecimento e saúde; cuidado de si; e programa academia carioca da saúde. Através dos discursos dos respondentes foi possível constatar indícios de um novo paradigma da velhice na atualidade, são os novos velhos reinventados no tempo e nos espaços sociais em busca de novas demandas e desafios, incorporados nessa inovação das concepções e dimensões da longevidade, seja ela conduzida através do cuidado com o corpo, mente e espírito. Por outro lado, as falas também trazem as dificuldades e limitações físicas e sociais na velhice, mas o que se sobressai é o conteúdo incorporado na vida desses sujeitos (re) vigorados por novos projetos de vida, o que põe em xeque que é possível manter-se ativo, autônomo e independentemente da idade e nas diferentes formas e dinâmicas de envelhecer no curso da vida.

Palavras Chave: Cuidado de si. Envelhecimento. Saúde. Idoso. Programa Academia Carioca da Saúde.

Abstract

This study aims to study the care of self in the aging process and its challenges in the Carioca Health Academy Program. In general, it is sought to know the conception of the elderly from 60 years, as well as attending the Academy, through Of meanings and attributions to self-care in this scenario. As for the methodological aspects, it is an empirical research of a qualitative nature. In the qualitative research field, two instruments were applied: mini mental state examination, used as cognitive screening of individuals, and semi-structured interviews with men and women of the elderly group. In all, 10 subjects were interviewed in the territory of the Academy. Data collection was carried out from May to June 2017, with analysis of the data in the light of the thematic analysis of Bardin. After analytical-reflective process of the interviews, four categories emerged that were grouped in their sense nuclei: aging; Aging and health; Care of self; and health and Carioca Health Academy Program. Through the discourses of the respondents it was possible to see evidence of a new paradigm of old age today, it is the new old people reinvented in time and social spaces in search of new demands and challenges, incorporated in this innovation of the conceptions and dimensions of longevity, whether conducted Through the care of the body, mind and spirit. On the other hand, the statements also bring the physical and social difficulties and limitations in old age, but what stands out is the content incorporated in the life of these subjects (re) invested by new projects of life, which puts in check that it is possible to maintain Is active, independent and independent of age and the different forms and dynamics of aging in the course of life.

Keywords: Care of self. Aging. Health. Elderly. Carioca Health Academy Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Mapeamento da Área Programática do Município do Rio de Janeiro 43
- Figura 2** - Mapeamento da Área Programática do Município do Rio de Janeiro 44

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Categorização temática extraída com base na percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento 52
- Quadro 2** – Categorização temática extraída com base na percepção dos idosos entre o envelhecimento e saúde 59
- Quadro 3**– Categorização temática extraída com base na percepção dos idosos sobre o cuidado de si 67
- Quadro 4** – Categorização temática extraída com base na percepção dos idosos sobre o Programa Academia Carioca da Saúde 74

LISTAS DE ABREVIATURAS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

CMS – Centro Municipal de Saúde

EAPN - Rede Europeia Anti-Pobreza.

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HIPERDIA – Acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes Mellitus*.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.

ILC-BRASIL - Centro Internacional de Longevidade Brasil

MEEM - Mini Exame do Estado Mental.

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

ONG – Organização Não - Governamental

OPAS - Organização Pan-Americano da Saúde

OSS - Organização Social de Saúde.

PACA - Programa Academia Carioca da Saúde.

PNPS - Política Nacional da Promoção da Saúde.

SUS - Sistema Único de Saúde.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE SIGLAS

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Justificativa	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 As dimensões do processo de envelhecimento	20
2.1.1 Um fenômeno natural e social	20
2.1.2 Concepção ampliada de saúde:	28
2.2 O cuidado/cuidado de si	31
2.3 Atividade física, envelhecimento e promoção da saúde: a Academia carioca como território cartográfico e vivo	38
3 METODOLOGIA	42
3.1 Tipo de Estudo	42
3.2 Cenário do estudo	42
3.3 População e Amostra	44
3.4 Aspectos éticos e legais	45
3.5 Instrumento para Coleta de Dados	45
3.6 Procedimentos para coleta de dados	47

3.7 Análise e discussão de dados	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	100
Apêndice A – Roteiro de entrevistas	100
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
ANEXOS	104
Anexo A – Carta de anuência – Superintendência/Subsecretaria de Atenção Primária SMS/RJ	104
Anexo B – Carta de anuência – Unidade de Saúde	105
Anexo C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa - HUCEF	106
Anexo D - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – SMS/RJ	115

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento e o direito de experimentá-lo como sinal de força representa uma das maiores conquistas e desafios da humanidade, tendo em vista que todo o desenvolvimento sociocultural ao longo da história sempre teve em perspectiva o prolongamento da expectativa de vida. Inserido nesse contexto, o Brasil vive uma situação caracterizada pela progressiva queda da mortalidade em todas as faixas etárias e um consequente aumento da esperança de vida da população que, atualmente, é de setenta e um (71) anos para os homens e setenta e oito (78) anos para as mulheres (COSTA, 2007; IBGE, 2010).

Nesse enfoque, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa do país cresceu de 9,5%, no ano 2000, para 11% da população total, em 2010. Os percentuais vêm se elevando também no estado do Rio de Janeiro, onde a população idosa passa de 12,8%, em 2000, para 14,9% (IBGE, 2010).

Entretanto, se por um lado o processo de envelhecimento traz o aumento da longevidade, por outro nos conduz à emergência das questões sociais e de saúde relacionadas aos brasileiros mais longevos. Isso nos leva a raciocinar que o elevado número de idosos presentes hoje no país não significa preocupação somente com a matéria física - corporal, mas com o que de fato envolve esse fenômeno do sujeito – objeto velho.

É trilhando este caminho que as pesquisas sobre o envelhecer vêm ganhando força e atenção cada vez maior na sociedade, fazendo circular o discurso dos *experts* sobre o *novo velho*, a certo tipo de práticas do sentir, pensar, falar e do agir no mundo contemporâneo. Este movimento de revisão de modelos tradicionais sobre a velhice começou a ser promovido pela geração do *baby boom* (nascidos no pós 2ª Guerra Mundial) que, insatisfeitos com o modelo de velhice deixado pela geração de seus pais, foram buscar novos modos de envelhecer, mais condizentes com suas vidas (DEBERT, 1999; BARROS e CASTRO, 2002; BARBIERI, 2012). Essa reinvenção da velhice é inspirada no discurso de Goldenberg (2015) como um exercício da liberdade, o respeito da própria vontade e o foco nos próprios desejos e no cuidado de si, o que provoca o pensamento sobre a amplitude do envelhecimento e como se dá a experiência dos sujeitos com mais de 60 anos, que estão desfrutando dessa vivência a partir da nova concepção em torno da atenção a si mesmo.

Este estudo aborda o universo do cuidado de si na percepção dos idosos frequentadores do Programa Academia Carioca da Saúde (PACA)¹, optando-se por entrevistar idosos usuários regulares, que se dispusessem a dar uma pausa em seu exercício físico para partilhar suas experiências sobre a esta etapa da vida, como se cuidavam e sobre a sua apropriação dos espaços urbanos públicos, como por exemplo, a academia. Sem desconsiderar os pontos iniciais da entrevista, acrescentei outras perguntas pertinentes como: Como era sua saúde antes de frequentar o PACA? Quais os motivos que o levaram a frequentar o PACA e quais os significados da ginástica na sua vida? Tem algo que facilita e/ou dificulta sua atividade física neste território? Como você percebe o cuidado de si após participar do grupo?

Os discursos ultrapassaram o esperado, como veremos na seção de resultados e discussões, citando como referência, experiências que iam além da Academia, como as atividades do Centro de Convivência Maria Haydée (dança, oficina de memória, yoga, pilates, aula de informática e espanhol), as aulas de pilates na ONG Alzira de Aleluia, também no Vidigal, e a hidroginástica na área da Rocinha. Tais sujeitos ultrapassaram os limites e preconceitos da inatividade e da pobreza, e se remodelaram, através de atitudes e agilidades, até mesmo dentro do seu próprio domicílio, ao usar a internet, rezar, fazer caça palavra ou suas atividades domésticas como cuidar da família, da casa, das plantas, do cachorro, etc.

O envelhecimento sempre esteve relacionado à doença e à decadência, sendo recente o movimento no sentido da reinvenção da velhice e da construção dos novos velhos. Aliado a essa realidade, Veras (2009) salienta que, paulatinamente, esse novo patamar da velhice vai contribuindo para a recuperação da autonomia e independência, uma vez que esta é de natureza tanto biológica, psíquica e, sobretudo, social.

Nesse contexto, o idoso vem surgindo como um novo representante na relação humana, cada vez mais ativo e produtivo pela sua força e vitalidade, adotando uma nova postura frente ao envelhecimento, mesmo com possíveis alterações funcionais que, embora variem de um indivíduo para outro, são associadas ao processo de senescência e, acarretam, portanto, maior predisposição do indivíduo ao surgimento de condições crônicas de saúde e suas possíveis sequelas que podem impossibilitar a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária (FONSECA et al, 2008; AZEVEDO, 2010).

1 O Programa Academia Carioca foi implantado no município do Rio de Janeiro em 2009, coordenado pela Assessoria de Atividade Física integrada à estrutura da Secretaria Municipal de Saúde e vinculado às Unidades de Atenção Primária (Centros Municipais de Saúde e Clínicas das Famílias), com o objetivo de tornar a prática de atividade física mais acessível, como estratégia de Promoção da Saúde para melhorar os indicadores de saúde e reduzir as desigualdades entre a população (SMS/RJ – SUBPAV/2015).

Partindo-se desse pressuposto, o objetivo geral deste estudo é analisar a vivência e os significados atribuídos ao cuidado de si pelos idosos do PACA, bem como, conhecer as concepções de saúde e envelhecimento, assim como as relações que estabelecem entre si na cidade do Rio de Janeiro. E, fundamentada nesse objetivo, essa Dissertação encontra-se dividida em 4 Capítulos:

No primeiro Capítulo deste estudo exibo a revisão bibliográfica sobre as dimensões do processo de envelhecimento, abordo a história e evolução do envelhecer social e contemporâneo e proponho uma breve reflexão sobre a concepção de saúde.

No segundo, faço um diálogo com os principais autores que discutem a respeito do cuidado/cuidado de si: Boff (2014), Foucault (2014), Mayeroff (1997), Waldow (2014), Mehry (1999), Randuz (2001), dentre outros temas, que subsidiam a discussão da relação entre a experiência do próprio cuidar no envelhecimento e a saúde desses atores no cenário da Academia.

O terceiro trata-se do olhar a partir da compreensão dos idosos sobre o elemento saúde como modelo de promoção em ato vívido, por meio da prática de atividade física no cenário da academia. No quarto Capítulo, em que são descritos os passos metodológicos, trato dos caminhos percorrido da pesquisa de campo propriamente dita e os sujeitos envolvidos.

Ainda no quarto Capítulo, procede-se à visualização dos resultados e discussões das entrevistas sob forma de quadros categorizados, após a análise temática à luz de Bardin (2016), e posteriormente, a discussão dos recortes, relacionando-os com a teoria. E por fim, são tecidas contribuições sobre o envolvimento dos fios condutores dessa pesquisa, onde são trazidas questões sobre o envelhecimento que não se esgotam e que vão muito além desses questionamentos. E, pensar na rede do cuidado- velhice na atualidade é alcançar novos voos e desafios, (re)pensados por estes jovens sujeitos, recriados na sociedade, sendo a idade uma mera passagem no tempo.

1.1 Justificativa

Estudar as interfaces saúde, envelhecimento e cuidado de si é fundamental diante do prolongamento da vida do ser humano em nosso tempo, trazendo à cena pública a nova realidade da velhice no Brasil e no mundo. É notório que a pirâmide etária mudou, estamos diante de uma classe social longeva e reinventada no tempo e espaço, disposta a alcançar cada vez mais novas conquistas e desafios. Em contrapartida, não podemos esquecer que por muito tempo predominou na cultura global apenas o estereótipo do velho sentado, doente, esperando o dia acabar, debruçando sobre nós a ideia da velhice improdutiva e impotente na sociedade. Isso é demonstrado nos estudos da representação social, epidemiológico e estatístico (BEAUVOIR, 1990.; CZERESNIA, 2001.; MIRANDA, MENDES E SILVA, 2016). No entanto, se pensarmos nos dias de hoje, as pessoas estão caminhando ao centenário com maior facilidade e isso nos conduzirá a entender cada vez mais este processo multideterminado e singular.

Diante de uma realidade que salta aos olhos, o que nos chama à atenção não é meramente o aumento do número quantitativo de idosos, mas, sobretudo, como lidar com os novos velhos que não ficam mais em seus aposentos, à espera da morte. Este estudo é necessário para compreender como, ao mesmo tempo, podemos dar maior suporte, indispensável à expressão do que é próprio e belo na velhice, sem nos descuidarmos das aflições e dificuldades que esta fase da vida acarreta do ponto de vista individual e coletivo.

Partimos da premissa de que o cuidado de si é fundamental para um envelhecimento com saúde, o que nos faz crer que a preparação dos sujeitos para tal começa antes mesmo da sua chegada na velhice. E porque os sinais e sintomas não chegam da mesma maneira para cada sujeito, também devemos ter condutas e ações para ampliar e diversificar a promoção da saúde no curso da vida. Se por um lado, ao tratar o tema envelhecimento era, de fato, trabalhar sob uma constatação de ordem cronológica e epidemiológica, por outro, a necessidade de extrapolar outros horizontes e dimensões, aparece nos estudos sobre o autocuidado (COSTA E CASTRO, 2014; SILVA E SANTOS, 2010; SANTOS et.al.; 2012). No entanto, é nesse mundo de cuidado e, às vezes, de (des)cuidado que as pesquisas no campo do cuidado de si aparecem, em sua maioria, atreladas a outras linhas, como a saúde mental, filosofia e

enfermagem (SILVA, 2011.; SILVA et.al.; 2014), persistindo uma lacuna na área do envelhecimento e saúde.

Destarte, é necessário refletir e trazer à tona essas questões para que as Políticas Públicas e a Academia incorporem cada vez mais as dimensões objetiva e subjetiva aí presentes e enlaçadas. Isso é condição para pensar uma atenção multifacetada que permita compreender e abrir o olhar para descobrir a unidade na diferença. Ou seja, saber quem é o velho de cada território, o que ele deseja, o que há no entorno dele, sabendo que o envelhecimento e formas de envelhecer são singulares e universais no mesmo passo.

Nesse sentido, os resultados deste estudo pretendem evidenciar e podem contribuir em termos mais específicos para fazer avançar o envolvimento das equipes de trabalho com as ações que desenvolvem, na perspectiva de qualificar a assistência à saúde dos idosos frequentadores da Academia carioca do município do Rio de Janeiro, universo dessa pesquisa. A necessidade se reafirma pela existência de um número cada vez maior de velhos com potencial para envelhecer de forma mais saudável.

Esse estudo poderá, ainda, subsidiar elementos de reflexão para a Coordenação da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, contribuindo para construir estratégias e ações no cuidado à pessoa idosa, permitindo o planejamento individualizado e em grupo, aproximando-se, assim, da dimensão que rege esse eixo na saúde pública.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A fundamentação teórica necessária a uma análise o mais consistente possível do objeto de investigação em apreço foi desenvolvida explorando as categorias envelhecimento, saúde e cuidado de si, pensando-as processualmente e em suas interfaces.

2.1 As dimensões do processo de envelhecimento

2.1.1 Um fenômeno natural e social

“Idoso é quem tem o privilégio de viver uma vida longa. Velho é quem perdeu a jovialidade. Você é idoso quando sonha. Você é velho quando apenas dorme. Você é idoso quando ainda aprende. Você é velho quando já nem ensina. Você é idoso quando tem planos. Você é velho quando tem saudade. Para o idoso a vida se renova a cada dia que começa. Para o velho a vida se acaba a cada noite que termina. Que você quando idoso, viva uma vida longa, mas que nunca fique velho” (Autor desconhecido).

Quando pensamos nos sinais do processo de envelhecimento para o sujeito que o experimenta, nos múltiplos encontros com o mundo externo, como é próprio do ser social, uma questão inicial surge: *ser velho e ser idoso é sinal de vida longa e, mais importante, de bem viver?*

À primeira vista, dar a resposta adequada parece ser uma tarefa fácil, de definições e situações quase óbvias, que denotam e podem reforçar uma visão padronizada de uma mesma velhice para todos. No entanto, é experimentada sempre de modo singular, que nem por isso deixa de ter determinantes universais. Portanto, velhice é um fenômeno complexo, cuja compreensão não reside na mera aparência das coisas. Assim, para Mello (2014), uma análise mais aprofundada exige refletir suas múltiplas dimensões, a saber: a biológica, a psicológica, a existencial, a cultural, a sociológica, a econômica, a política, entre outras. Desse modo, para chegar a uma conceituação que melhor expresse um novo paradigma da velhice, a (re)descoberta e (re)construção dos próprios significados que ela guarda representa um desafio para os sujeitos que a experimentam hoje.

Nesse contexto, a possibilidade da velhice ser reinventada na vida contemporânea tem

motivado cada vez mais as discussões e reflexões na busca de melhor compreensão sobre os condicionantes e determinantes desse processo que, de partida, já sabemos que faz parte de um ciclo vital, necessário e inevitável. Percebe-se, então, a necessidade de problematizar as diferentes formas de envelhecer e suas particularidades históricas e culturais, pois é um processo individualizado para cada idoso, ao mesmo tempo em que é obrigatoriamente social.

Partimos assim de um mergulho na história e conceitos chave, com apoio em diversos autores e contribuições a respeito do processo de envelhecimento. A preocupação com a velhice e com um possível rejuvenescimento existe desde tempos remotos e a forma de perceber o envelhecimento não é única para todos os povos.

Para Santos (2001), o envelhecimento é visto de diferentes formas nas diversas civilizações. No Oriente, especificamente na China, Lao-Tsé (604-531 a.C.), fundador do Taoísmo, percebe a velhice como um momento supremo, de alcance espiritual máximo, comentando que, ao completar 60 anos de idade, o ser humano atinge o momento de libertar-se de seu corpo através do êxtase de se tornar um santo. Outro filósofo citado pelo autor foi Confúcio (551-479 a.C.), profundo conhecedor da alma humana, que externou conceitos de moral e de sabedoria. Sua filosofia visava à organização nacionalista da sociedade, baseando-se no princípio da simpatia universal, que era obtida por meio da educação, expandindo-se o ser humano através da família e do Estado, considerando esse como a grande família (SANTOS, 2001).

Por outro lado, no Ocidente, interpretações como a do filósofo Cícero estava centradas no combate a quatro grandes razões que, na sociedade romana, tornariam detestáveis, a saber: ela nos afastaria da vida ativa, enfraqueceria nosso corpo, nos privaria dos melhores prazeres e nos aproximaria da morte. Tais aspectos negativos atribuídos à velhice atravessaram a história (TÓTORA, 2008).

Foi o médico francês Jean Marie Charcot, em 1867, o primeiro a apresentar um trabalho científico sobre a terceira idade. Seu Estudo clínico sobre a senilidade e doenças crônicas procurava destacar a relevância das pesquisas sobre o envelhecimento, centrando-se em suas causas e consequências para o organismo humano (JÚNIOR, 2005).

No século XX da Era Moderna, foi escrito um livro decisivo para pensar essas questões. Trata-se da obra *A velhice realidade incômoda* (BEAUVOIR, 1970), considerada a mais importante leitura contemporânea sobre como os idosos são percebidos pela sociedade.

Nesta obra, a autora pretendia denunciar a conspiração do silêncio sobre a velhice e seu preconceito, pois o fenômeno era visto como algo estático e engessado. Defende a autora que as marcas e expressões cartográficas da existência humana estão interligadas como um processo contínuo e intenso, o de existir, influenciado por diversos fatores ambientais e sociais no meio em que vivem.

Já nas décadas de 1970 e 1980, as novas abordagens começam a se preocupar com os reflexos deste fenômeno para a integração de pessoas idosas à sociedade, em estudos envolvendo não somente aspectos físicos e mentais, mas também as transformações sociais advindas desse processo que varia de indivíduo para indivíduo. Assim, o fenômeno é admitido como determinado geneticamente ou influenciado pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pela situação de vida (JÚNIOR, 2005; COSTA, 2015).

Como se pode perceber, não é tarefa fácil definir o processo de envelhecimento e suas características, e a partir de diferentes abordagens, foram surgindo várias definições para esta etapa da vida.

No entanto, a velhice pode e necessita ser considerada uma categoria social, além de ser um destino do indivíduo, explica Bosi (2004). A autora nos chama a atenção para as diversas particularidades envolvidas nessa fase. Para ela, pode-se observar uma relação estreita entre a velhice, memória e o espaço social: as lembranças do passado boas ou ruins, a família, os amigos, o trabalho, o ambiente em que viveram, vivem ou cuidam, a circular por recantos desconhecidos, o habitar por novos espaços urbanos ou rurais, as novas ações na comunidade ou até mesmo estar sozinho em algum determinado tempo para reflexões. Envelhecer, ainda para essa autora, é deixar-se invadir pela sinergia e sintonia da vida, é como o sujeito vai delineando a sua própria subjetividade através dos significados e vivências sob diversas formas de experimentar a si mesmo a liberdade e a nova maneira de existir, de se enxergar para o mundo e conviver em sociedade.

Ariès (1981) nos permite complementar o entendimento de Bosi (2004) a partir dessa construção de si mesmo, envolvida nas relações sociais que atravessam todo o ciclo vital do ser humano. É único, mas necessário, sendo a fase da velhice vista sob um plano bem distanciada do biológico, ou seja, é uma criação e (re)criação cultural constante, podendo encobrir significados diversos e revelados a partir dos encontros e (re)encontros ao longo da sua existência.

Na mesma direção, Santos (2001) reafirma que o tempo de envelhecer é iniciado muito antes da própria chegada da velhice, considerando a época em que cada um viveu e as influências que cada qual recebeu de seu próprio território, regiões, espaços, paisagens, culturas e modos individuais de viver.

Isso nos demonstra como o envelhecimento é amplo em suas peculiaridades, tornando clara a relação com a dimensão existencial e a própria história concreta de vida do sujeito através do seu modo de ser, existir e vivenciar a própria existência, como escreve Beauvoir¹:

Ela é um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades. A velhice acarreta, ainda, consequências psicológicas: certos comportamentos são considerados, com razão, como característicos da idade avançada. Como todas as situações humanas, ela tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. (BEAUVOIR, 1990, p. 15)

Vimos na leitura de obras a respeito da velhice a dificuldade em delinear um conceito preciso. Seus significados são resultados de uma construção histórica e social, onde o idoso é visto pela sociedade desde a Antiguidade Clássica até os dias atuais.

No campo social, outro autor que pesquisou as implicações sociais na velhice foi Debert (2006). Comentando sobre o envelhecer na vida contemporânea, considera que nessa época específica a questão assumiu outras representações e novos conceitos podem daí emergir, na medida em que podem existir diferentes formas e lugares de expressão:

[...] dessa forma a velhice não é uma abstração porque as pessoas não são uma abstração, portanto a velhice é uma realidade vivida por pessoas velhas com suas histórias, com suas vivências de velhos, porém histórias e experiências de vida singulares. Vividas no contexto socioeconômico, cultural e étnico em que cada um está inserido (DEBERT, 2006).

Pensar nesses elementos indissociáveis postos por Debert, carregados de marcas significativas dessa experiência no decorrer do tempo e espaço, é pensar os efeitos de tal

² Simone Ernestine Lucie Marie Bertrand de Beauvoir, conhecida como Simone de Beauvoir, escritora francesa, intelectual, filósofa existencialista, ativista política, feminista, e teórica social. Nasceu em nove de janeiro de 1908 e faleceu em quatorze de abril de 1986 (BERGOFFEN, 2010).

prolongamento iniciado ainda na infância, refletidos na saúde física e mental desses sujeitos atualmente envelhecidos, tais como: a crise de identidade, isolamento social, mudanças de papéis, aposentadoria ou o inverso, participação ativa e eficaz do indivíduo na sociedade, aproveitamento do tempo para lazer com liberdade e a busca de novas vivências para desfrutar desta nova etapa da vida.

Tais discussões podem apresentar a experiência de envelhecer como boa ou ruim, ativa ou inativa, de modo que ora estas são vistas negativamente, ora positivamente, conforme os aspectos a que se dá ênfase.

Diante dessas considerações, a representação social da velhice se traduz em uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, pois ela é sempre a atribuição de sentido sobre a posição que as pessoas ocupam na sociedade. Diz respeito à natureza da relação que se estabelece entre sujeito, meio externo (a cultura como um de seus elementos fundamentais) e outros sujeitos, ou seja, toda representação social é representação de alguma coisa ou alguém, é o processo que se estabelece entre o sujeito e as coisas mediante os tipos de interações cognoscentes com o mundo semiótico/simbólico que o circunda. (MOSCIVICI, 1984; VYGOTSKY, 1991; SÊGA, 2000; VIEIRA, COUTINHO E SARAIVA, 2016).

Isso nos remete à importância da dimensão cultural na produção de diferenças significativas sobre como é experimentada a velhice. Nessa direção, Leo Simmons (1942) citado em Barros (1998), em estudo etnográfico reunido nos *Yale Human Relations File*, procurou descobrir padrões universais de adaptação ao envelhecimento. Ele analisou em 71 sociedades primitivas e que apresentavam diferenças marcantes do ponto de vista da cultura e da ambientação do meio físico, seus condicionantes e determinantes, e chegou à seguinte conclusão sobre a representação social na velhice: é viver o máximo possível, é terminar a vida de forma digna e sem sofrimento, encontrar ajuda e proteção para a progressiva diminuição das suas capacidades, continuar participando ativamente nos assuntos que envolvem a comunidade e prolongar ao máximo as suas conquistas sociais e prerrogativas como a propriedade, autoridade e o respeito.

O problema atual é compreender quais são os elementos mais salientes na familiarização que diferentes grupos têm com o envelhecimento, tendo em consideração não só indivíduos propriamente idosos, mas também, pessoas que se encontram próximas dessa condição, quer dizer, entre cinquenta e sessenta anos (VELOZ et al, 1999). Ainda que muitas

sejam as modificações comportamentais na relação social, se faz necessário abrir aos idosos a possibilidade de novos encontros e experiências significantes, com maior visibilidade na preservação da vida (DEBERT, 2010).

No entanto, Peixoto (2004) afirma que a representação da pessoa envelhecida passou por diversas modificações ao longo do tempo uma vez que o envelhecimento está estritamente relacionado às condições materiais e simbólicas que identificam socialmente cada indivíduo e com as mudanças sociais dentro de uma perspectiva cada vez maior de longevidade, devido à queda da mortalidade, taxas de fecundidade e da transição demográfica ocorrida, sobretudo no final do Século XX. As diversas sociedades se deparam cada vez mais com dificuldades relativas ao que fazer com tantos idosos, vivendo até os 80, 90 e 100 anos, o que traz impactos diretos na organização da vida coletiva. Trata-se de encontrar alternativas viáveis que contribuam para que homens e mulheres idosas permaneçam ativos, autônomos, independentes e saudáveis, inseridos no convívio social.

Há de se considerar a velocidade com que o mundo está envelhecendo e que jamais se teve tantos indivíduos maduros e propensos a alcançar longos anos de vida. Isso pode contribuir para o empoderamento dessa faixa etária em larga expansão. No caso brasileiro, segundo estimativas do IBGE, a população idosa, em 2030, deve ultrapassar a marca de 30 milhões (IBGE, 2013a), crescendo como em toda a América Latina e na Europa. A Itália, por exemplo, tem vivido o fenômeno do envelhecimento de forma intensa, representando o segundo maior país em relação à população de idosos no mundo, com cerca de 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (CAMARGO et al, 2014), o que introduz grandes desafios, perspectivas e demandas sociais. E o que faremos? Em face de tudo isso, podemos dizer que definir o que é ser idoso hoje requer considerar a necessidade de quebrar alguns preconceitos sociais sobre essa condição, diante das inúmeras e irreversíveis alterações nos padrões sociais e, principalmente, culturais que compõem o cenário mais amplo e que, por sua vez, alteram a velhice para cada nova geração (JÚNIOR, 2007).

Ao observarmos o processo de envelhecimento na contemporaneidade, identificamos o surgimento de condutas, hábitos, crenças e imagens que alteram significativamente as concepções tradicionalmente associadas às etapas mais tardias da vida. No lugar das tradicionais imagens que articulavam o envelhecimento somente ao descanso, à quietude e à inatividade, surge um modelo identitário ou de identificações em curso (HALL, 1997), que inclui em sua definição o estímulo à atividade, à aprendizagem, à flexibilidade, ao aumento da

satisfação pessoal e à formação de vínculos afetivos inéditos (SILVA, 2008).

Nessa mesma linha de pensamento, Debert (2015) propõe que se problematizem estes discursos no processo de “*reinvenção da velhice*”, em que há a emergência de um novo velho, expressão de certos modos de existir e alvo de investigação científica.

Pensar na velhice, pensar no envelhecimento, pensar na terceira idade é, de certa forma, chamar à atenção para uma questão que há muito recentemente era vista como privada, era uma questão da família, era uma associação com questões filantrópicas, e hoje a gente têm cada vez mais atenções públicas relacionadas com a velhice, com o envelhecimento e com as suas especialidades nessa relação que a gerontologia e geriatria congrega. E, pode-se dizer com muita segurança, que hoje o idoso é um ator político, mercado de consumo cada vez maior na sociedade. Hoje nós temos um exército estatal na defesa da qualidade de vida, da boa velhice, e essa etapa da vida pode ser vivida de forma diferente, embora que exista o processo universal do envelhecimento com suas etapas, nascimento, crescimento, desenvolvimento, esse processo é cultural, social e histórico.

Um novo olhar sobre a velhice é também sugerido por Goldenberg (2015) a partir de novas descobertas, sonhos e novos desafios, às vezes, impossibilitados na infância, adolescência ou fase adulta. A autora aponta essa passagem da vida como um momento oportuno para o sujeito idoso descobrir ou (re) descobrir seu dom aos 60, 70, 80 anos e realizar o seu projeto de vida mais tardiamente como: o escrever, dançar, praticar atividade física, cantar, louvar, plantar, aprender um idioma novo, usar a rede social, dentre outros. É o que ela chama de construir o possível caminho em outros capitais, exemplificando nessa direção artistas brasileiros *belos e velhos*: Ney Matogrosso, Gilberto Gil, Marieta Severo, Caetano Veloso, Rita Lee, entre outros, denominando-os, assim, de a geração sem idade, que segundo ela, vem transformando comportamentos e valores de homens e mulheres, tornando a sexualidade mais livre e prazerosa, inventando diferentes arranjos amorosos e conjugais, legitimando novas formas de família e ampliando possibilidades de ser mãe, pai, avó ou avô na terceira idade.

Isso faz crer que na velhice é possível promover uma espécie de reinvenção dos dias, pois os idosos estão cada vez mais dispostos a reinventar formas e maneiras de conduzir o seu próprio tempo no envelhecer em conjunto com a revolução e o avanço tecnológico e social. Não é só uma questão de viver mais tempo, mas também com mais saúde e energia.

O “belo velho”, como bem denomina Goldenberg (2011), está cada vez mais criando novas possibilidades de se reinventar no mundo: continuam amando, cantando, dançando, alimentando o corpo, a alma e rejeitando o estereótipo de inútil, incapaz e doente que havia sido enraizado na sociedade, para se tornarem cada vez mais ativos, livres e dispostos a prolongar a vida com o fenômeno tempo, oportunidade e maturidade ao seu favor, para a manutenção e preservação da vida.

A velhice não precisa ser um beco sem saída, ela pode ser um recomeço inspirado pela criatividade e pela vontade de transformar antigos sonhos em novos movimentos de vida. Goldenberg (2016), recorrendo à pesquisa realizada com homens e mulheres na faixa etária entre 60 a 90 anos, na cidade do Rio de Janeiro, afirma que o primeiro ponto fundamental encontrado como resultado do estudo entre os velhos é o *projeto de vida depois dos 60*. As mulheres foram cantar, o que nunca haviam feito, descobriram o prazer em dançar, sendo que nunca fizeram nada do tipo com o corpo, agora vão para as academias, fazer ginástica e pilates. O cuidado com os netos também foi apontado pelos respondentes, não como uma obrigação, mas com prazer. É a liberdade de escolha de hoje, antes tolhida pelas atividades domésticas e fora do domicílio. Por isso, elas valorizam as coisas mais “livres”. Já no discurso dos homens, as suas ações eram ligadas a alguma atividade profissional, compromisso e/ou família. Os homens falam muito mais positivamente da família do que as mulheres. Há também o desejo de continuar sendo úteis, ativos e terem algum significado em suas vidas. É preciso ressaltar que a pesquisa foi realizada com sujeitos da classe média alta, em bairros nobres da cidade do Rio de Janeiro, como Leblon, Ipanema e Copacabana. Isso deixa clara a importância de se considerar uma multiplicidade de dimensões nesse processo, relativizando certas afirmações porque, nesse caso em particular, o poder econômico favorece o conforto, o equilíbrio e o bem-estar na qualidade de vida do idoso pesquisado, beneficiando esse olhar mais positivo, o que não é a realidade da maioria desse segmento populacional no Brasil.

De forma contrária aos achados de Goldenberg, outros aspectos sobre a representação social na velhice são retratados no estudo de Stacheski (2012), com população longa residente no bairro de Copacabana. O objetivo do estudo foi verificar representações negativas dos idosos por meio de um recorte midiático, vinculado ao diálogo da comunicação pública (Estado, governo e os cidadãos) no Brasil. Observou-se que no ano de 2008 a Secretaria de Envelhecimento Saudável recebeu 524 denúncias envolvendo pessoas idosas (19% mais que as 440 registradas em 2008) e que, entre os tipos de queixa mais prevalentes

encontravam-se a negligência (24% dos casos), o abandono (19%), a agressão física (16%), a agressão verbal (13%), a apropriação de bens (12%) e as ameaças (8%). Estes resultados fortalecem uma representação negativa do envelhecimento na sociedade brasileira.

Retomando a direção da “boa velhice”, esta preocupação ocorre desde as décadas de 1960 e 1970, nas quais cada vez mais pessoas passaram a viver o processo de envelhecimento sem necessariamente sucumbir à imposição de vulnerabilidade, porque se tornaram mais capazes de dar respostas originais aos desafios que encontram em seu cotidiano, redefinindo suas experiências para, assim, contrapor os estereótipos da velhice (DAL RIO et.al, 2009). Este é um lado enfático da questão, isto é, existe a potência nos idosos de reinventar a vida sem culpa, ressentimento ou mera adequação à imagem imposta pela sociedade.

Outra argumentação que de imediato indica o grau de complexidade dessa questão é oferecida por Mascaro (1997, p. 35) citada em Júnior (2004) “Em nossos dias, uma pessoa de 60 anos, saudável, interessada na vida, produtiva, pode ser considerada velha? Mas, por outro lado, quantas pessoas aos 30, 40 ou 50 anos já estão, doentes, desgastadas e parecem tão velhas?”. Esse é um grande desafio, ao se tratar de envelhecimento em países como o Brasil, o que gera sua inevitável interface com a questão da saúde pública.

2.1.2 Concepção ampliada de saúde

Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência. (SANTOS, 2008)

A trajetória da humanidade é atravessada pela marca da existência, sobrevivência e, também, pelo desenvolvimento e construção do conceito de saúde ao longo dos tempos. No início das civilizações os povos possuíam como características a vida em grupos, a busca por alimentos através da caça, da pesca e coleta de suprimentos. Desenvolveram crenças místico-religiosas com a finalidade de explicar os mistérios da natureza, do nascimento, das doenças e da morte (BATISTELLA et. al. 2007; LOURENÇO et al. 2008; BASTIANI et al. 2011).

Com a chegada da Idade Média, a visão sobre a saúde foi marcada pelo feudalismo e pela forte influência do cristianismo. Considerada por muitos autores uma época de estagnação, acreditavam ainda na variabilidade dos humores corporais, mas defendiam que o desequilíbrio das pessoas estava relacionado às situações de pecado (LINDEMBERG, 2006).

Percebe-se que, durante muito tempo, predominaram as práticas curativas e ancestrais apoiadas nas crenças mitológicas, religiosas e seus rituais de magia e adoração aos deuses. Dessa forma, com o intuito de romper tais condutas, gradativamente, esse conceito foi se expandindo. Se dermos um salto para o Século XX, já na idade moderna, em 1947 a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades”.

Outro marco importante na representação do conceito de saúde foi a divulgação da Carta de Otawa, documento resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Otawa, Canadá, em 1986:

“as condições e os requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade. Qualquer melhora na saúde há de ter como base, necessariamente, estes pré-requisitos. Para alcançar um estado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve capaz de satisfazer suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente.” (Carta de Otawa, 1986)

No Brasil, os princípios da Promoção da Saúde foram incorporados pelo Movimento da Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com efetiva institucionalização em 2006, a partir da aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

O conceito de saúde tornou-se muito mais complexo porque não vincula a saúde apenas a uma compreensão curativa e preventiva de doenças, vai além, incorporando as várias dimensões que constituem o ser humano na sua integralidade. Ter uma saúde perfeita é ter equilíbrio entre esta e outros conjuntos de fatores para o seu bem viver e suas diversas extensões como a corporalidade, espiritualidade, felicidade, dentre outras. Baseado em tal entendimento, a saúde passa a ter um valor coletivo, sendo um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurada, sem distinção de raça, credo, religião, ideologia política ou condição socioeconômica. No Brasil, a Constituição de 1988, dispõe em seu Artigo 196 que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde”.

A partir dessa compreensão de saúde introduzida no país pode-se observar que as concepções e ações em saúde buscam superar o modelo biomédico, mecanicista e centrado na

doença, também denominado paradigma curativista ou biomédico. É observado um novo paradigma sanitário: o da produção social da saúde (MENDES, 1996). O ser cidadão e sujeito de direito são formas de subjetividade, formas de viver e de relacionar-se consigo mesmo e com o outro em um tempo-espaço, algo que se passa entre dois, transitando pela multiplicidade de coisas e signos que povoam o momento singular do encontrar-se e produzir efeitos nas relações entre saúde, cidadania e estado de direito (MEIRELES, 2012; MEDEIROS et al, 2005). Desse modo, os autores apontam que isso é possível quando elegemos determinado objeto, como no caso da saúde, e não o fazemos de qualquer jeito, lugar ou modo, nós o tomamos a partir daquele território vivo de vínculos relacionais no qual aprendemos a olhá-lo de forma biopsicossocial e holística.

Isso nos remete à saúde como um campo existencial, que passa a ser uma realidade que opera determinadas vivências e experiências, ao mesmo tempo em que só é possível a partir dos encontros múltiplos que constituem a vida e da produção do cuidado. Trata-se também de formas de objetivação que, ao darem sentido a determinados fenômenos, produzem modos de nos relacionarmos conosco e com o mundo ao nosso redor (MEDEIROS et al, 2005).

Neste sentido, Paim e Almeida Filho (1998), também aponta influências na história da promoção da saúde destacadas sob o lema “saúde para todos no ano 2000”, lançado na Assembleia Mundial de Saúde no ano de 1977, na cidade de Alma Ata, e nos conduziu ao entendimento de “adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos”, implicando numa outra forma de objetivar e difundir a saúde.

Perceber que as maneiras de experimentar como a velhice vem apresentando estruturas e mudanças significativas com o passar dos anos no tocante, especificamente, à questão da saúde é algo que nos remete ao binômio necessidade/potencialidade com vistas a dar conta de qualificar a longevidade e isso, por seu turno, coloca em pauta as políticas públicas nessa área. Na perspectiva de adicionarmos anos às nossas vidas e/ou acrescentar vida aos anos vividos, nessa extensão da existência cada vez mais alargada na nossa sociedade, é tempo de assumir o dinamismo desse movimento, que por não ser obviamente estático, traz sempre novas demandas.

É preciso reconhecer impasses e reconstruir novas concepções e prática de saúde a partir desse olhar, não só na velhice, mas de todo o ciclo vital, pois a promoção da saúde e as

suas alternativas para prevenir agravos vão desde o nascimento e ultrapassam os cuidados e indicadores básicos no cenário da vigilância em saúde. Isso nos conduz a um enorme desafio e nos proporciona a oportunidade de repensar não apenas o que a idade avançada pode ser, mas como todas as fases da vida como focos de atenção e cuidado.

Nessa direção consideramos que os redimensionamentos e os processos de reorientação nas concepções e dispositivos implementados na saúde pública no país são pilares importantes. Programas como a Atenção Básica, que se iniciou com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em (1991), o Programa Saúde da Família (1994), Estratégia de Saúde da Família (2006), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2008), o Programa Academia Carioca (2009), a Política Nacional de Práticas integrativas e complementares (2017), dentre outros programas e iniciativas governamentais, são fundamental no processo do cuidado/cuidar de si para o fortalecimento da saúde no país entre os novos e futuros longevos.

2.2 O cuidado/cuidado de si

O cuidado é uma das atividades mais antigas desenvolvidas pela humanidade e, atualmente, há várias concepções e discussões a seu respeito, bem como sobre suas características e finalidades. Para o aprofundamento dessa questão nos apoiaremos inicialmente em referências, sobretudo, filosóficas da antiguidade, que acabam perpassando nossa trajetória Ocidental, como forma de comunicação e expressão desse sentimento humano tão presente na sociedade.

As alusões ao cuidado estão referenciadas em filósofos como Platão, Higino, Santo Agostinho e Heidegger, dentre outros que conferiram grande importância a essa temática, considerada uma das mais antigas atividades desenvolvidas pela humanidade (QUEIRÓS, 2015).

Embora não diretamente e no âmbito de diferentes reflexões e linhas de pensamento, podemos encontrar em Platão (427-347 a.C.), Santo Agostinho (354-430), Pascal (1623-1662), a ideia de que a estrutura básica do ser humano é definida a priori como o *pathos*, isto é, o sentimento, o cuidado, a lógica do coração e a sua ligação com a alma do indivíduo

(BOFF, 2016).

Segundo Heidegger (1969), citado em Kuznier (2007), o cuidado faz parte da ontologia humana, ou seja, antes de nascermos, já estamos subjugados à essência do cuidado; ele é a condição inclusive, de nossa superação, o caminho da perfeição.

No desvelo da expectativa do ato de nascer emergem as práticas subscientes do acolhimento. No modo de pensar de Collière (1986), identificamos a descrição dessa prática através do nascimento e dos cuidados da mãe para com o filho, designando, assim, à mulher como a primeira cuidadora. Costenaro e Lacerda (2013) afirmam que “ter cuidado com alguém ou alguma coisa é um sentimento inerente ao ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, pois faz parte da luta pela sobrevivência e percorre toda a humanidade”.

A partir dessas concepções, Boff (2014) retoma a filosofia do cuidado e apresenta as duas nomenclaturas que o originaram: *coera e cogitare-cogitus*:

[...] a primeira significa cura e era utilizada em um contexto de relações de amor e de amizade. Expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou pelo objeto de estimação “Já a segunda, modificada para *coyedar, coidar, cuidar*, além do sentido de cura expressava as seguintes ações: “*cogitar, pensar, colocar, atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação* (BOFF, 2014, p. 104).

O autor considera que o cuidar é mais que uma ação que vai além da atenção ao indivíduo. Desse modo, refere-se que é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de *ser-no-mundo* que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas (BOFF, 2014, p. 104).

Reforçando essa concepção, o cuidar pode ser visto também como uma forma de expressão artística na medida em que, através dessa prática, a identidade própria do ser humano é construída na coexistência e na inter-relação com sentimentos pessoais vividos, que, por sua vez, são também experimentados pelo receptor do cuidado no ato interativo. “O cuidado é, portanto, uma prática vital que, ao compreender variadas atividades, visa manter e sustentar o ser, reparar o que lhe constitui obstáculo e assegurar a continuidade da vida” (LEITÃO e ALMEIDA, 2000; WATSON, 2002; SILVA et al, 2009).

Observa-se que o cuidado configura uma situação que não se limita apenas a um

sentido ôntico, mas também ontológico, ou seja, o cuidado extrapola a vertente teórica ou prática e considera o ser, o sentido da realidade. É através do cuidado que os seres humanos vivem o significado que envolve conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de suas próprias vidas (HEIDEGGER, 1997; MAYEROFF, 1997; WALDOW, 2004).

Evidencia-se na visão dos autores supracitados que o cuidado é um processo contínuo de ajuda mútua entre os seres humanos, em todas as etapas do seu ciclo vital, extrapolando o universo cósmico, seus significados e atribuições, em favor de doar por inteiro o seu “eu” no processo em que se dá um encontro existencial.

Compreende-se que o cuidado é o encontro das almas, dos corpos e do coração a partir de uma relação mútua entre duas, três ou um grupo de pessoas reunidas para um determinado fim ou ação. É uma sintonia envolvida pela energia vital impulsionada pela vontade de ajudar o próximo, independente de quem quer que seja. Não podemos, contudo, confundir-lo com caridade, pois essa é outra ideia. O doar-se para o outro vai muito mais além, é uma luz pulsante que corre pelas veias. Assim, o cuidar é momento da empatia, perpassada pelo sentimento de reconhecimento das suas próprias potencialidades ou fragilidades frente o outro ser, e essa sinergia envolve amor, carinho, dedicação, compaixão, zelo, afago, respeito e atenção. Pode ocorrer de diferentes formas em qualquer ambiente, o que importa é a interação e as suas particularidades, o crescimento mútuo, a construção conjunta, o descobrir e o revelar-se de si e do outro. Essa é a importância do cuidado em defesa da vida.

Nessa perspectiva, por experiência própria como profissional enfermeiro e como pesquisador, senti e sinto-me assim, ao interagir com os usuários no dia a dia e com os informantes deste estudo. Considero também que o cuidado é uma ação e relação que se realiza pelo ser para consigo mesmo. A própria pessoa é o outro, o objeto de cuidado. E a partir desse entendimento, o cuidado de si é considerado um dos componentes da essência do cuidado.

Apesar do crescente interesse sobre a temática do cuidado de si pela academia nos últimos anos, é preciso ressaltar que, para tratar do cuidado de si do ponto de vista conceitual, uma referência fundamental é o pensamento filosófico de Foucault (2014). Nesse caso, o cuidado de si é analisado numa perspectiva ética que se utiliza de práticas reflexivas e

voluntárias de autodireção, autogoverno e autopreocupação (RAMOS, 2016).

O cuidado de si remete, por outro lado, à ideia de que tem como condição, o cuidar do outro ser. Assim, tendo como base uma ética do cuidado de si, na perspectiva adotada neste estudo, a ênfase encontra-se nos aspectos relacionais entre o cuidado de si e os pilares que o sustentam nesse processo: o envelhecimento e a saúde.

Ao aproximar-se do conceito de cuidado de si, é oportuno ressaltar que o fio condutor desse encontro é, antes de tudo, a construção e a relação entre os próprios sujeitos. É a relação dele consigo mesmo ou o convívio entre este e outros indivíduos. É uma troca de contatos existenciais, uma vez que ninguém vive sozinho e precisamos nos compor e compor a coletividade para o bem viver, sendo esta a sua característica principal.

Nesse aspecto relacional, Waldow e Borges (2008) afirmam que o cuidado de si envolve distintas instâncias complementares: eu-mim e eu-outro, além de procedimentos e atividades técnicas, ações e comportamentos que privilegiam não só o estar com, mas o ser com. A primeira delas consiste no cuidado pessoal e poderia ser denominada de sujeito/self; a segunda representa o cuidado social e seria a relação sujeito-outro. Para Waldow:

[...] as relações de cuidado são explicitadas e definidas por Waldow (2004) que opina que nossa relação de estar no mundo é um compromisso do cuidado de si é um compromisso do eu/self, para com o outro e com todo maior, o cosmos. Caracteriza-se pela sua não linearidade, é um processo energético, tem movimento; o cuidado de si é dialético, possui ações, atitudes, maneiras de pensar e ser do indivíduo para com ele mesmo, é a relação intrapessoal e este cuidado inclui o conhecimento de si, de suas potencialidades, necessidades e limitações. (WALDOW, 2010 pg. 32):

É relativamente comum o cuidado de si ser associado a uma boa alimentação, aumento da ingestão de água, ida ao médico, a cessação do álcool, tabaco ou então nessa associação de cuidados entre *corpo, mente e espírito* através da prática regular de atividade física, terapias holísticas ou práticas integrativas e complementares como: meditação, reiki, florais de Bach, massoterapia, acupuntura, homeopatia, alongamento, yoga, tai chi chuan, entre outros. Desse modo, para cuidar de si mesmo é primordial conhecer o seu interior, o seu “eu” para então descobrir qual é a melhor maneira de expandir este cuidado. Pode ser que o cuidado íntimo se expresse no uso dessas atividades e ações citadas, mas é, sobretudo, a conexão com o outro, como se fosse ser capaz de ver a sua vida em todas as outras existências. No cotidiano, isso pode se traduzir, por exemplo, em ser/estar no seio da família, dos amigos, dos vizinhos,

receber ou doar um abraço, fazer palavras cruzadas, caminhar ao ar livre, cuidar da horta, ir ao culto ou à missa, viajar, cozinhar, ouvir e dançar uma música de que se goste, aprender um idioma novo, usar a internet, ficar por alguns instantes sozinho, saber dizer não nas horas certas, quando preciso.

Nesse contexto, o cuidado de si só é questionado ou valorizado e percebido como essencial para o ser humano, a partir do momento que as pessoas tomam consciência do seu direito de viver e do estilo de vida que têm (CARRARO e RADUNZ, 2003; SILVA et.al. 2009.; QUEIRÓS, 2015).

Mayeroff (1971), filósofo norte-americano existencialista, como citado em Jiménez e colaboradores (2014), já sinalizava nas suas obras a possibilidade do cuidado de si, ao afirmar que o indivíduo poderia cuidar de si mesmo, atendendo às próprias necessidades de crescer na relação humana. Em suas palavras, o autor refere que praticamente todas as características do cuidado realizado em relação ao outro se aplicam ao cuidado de si, independente do indivíduo, exemplificado com os seguintes elementos: sabedoria, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança, dedicação e o valor. Estas seriam as forças fundamentais capazes de fazer o indivíduo sentir-se a partir do “eu” com o “outro”, ou seja, ver-se interiormente e externamente. Além disso, só é possível compreender o sentido de viver a própria vida quando nós crescemos, isto é, o indivíduo compreende o que significa para si crescer e procura satisfazer suas próprias necessidades. Por isso nos importamos com o outro, porque estamos mais autodeterminados e, então, selecionamos nossos próprios valores e ideais (MAYEROFF, 1971; MESA & SILVA, 2013).

Para Boff (2014), o cuidado de si fundamenta-se em atitude e escolha que abrange compreender, ensinar, amar, respeitar, conhecer, valorizar a si e ter apreço e dedicação pelo próximo, querendo o seu bem-estar de forma integral. É o mais alto grau da compaixão, plenitude e desvelo de respeito, amor, autonomia, responsabilidade e dignidade que a pessoa pode ter para consigo. Constitui-se em voltar-se para si mesmo, descobrir-se, (re)descobrir-se ou (re)criar-se nas suas experiências, encontrar em si próprio as raízes essenciais e existenciais. Significa adotar o exercício da liberdade, considerando seus impulsos internos e externos conduzidos por suas potencialidades ou limitações; é ser e expressar-se do modo como se é. Logo, para cada ser humano, o cuidado de si adotará uma maneira diferente de pensar e agir na cartografia do território vivo.

Seguindo esse raciocínio, Mehry (1999) afirma que o ser humano necessita usar dessas tecnologias de relações, de produção, de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas ‘tecnologias leves’, ou seja, o ser humano vai construindo uma ação tecnológica. É como ele expressa seus interesses e satisfaz suas necessidades é fruto desta condição. Assim, tem-se que o ser humano é o trabalho vivo em ato, trabalho criador - o instituinte.

Este cuidado, assim como o cuidado humano, não pode ser receita, não há fórmula mágica, não é uma receita de bolo pronta, é um ato subjetivo, sentido, vivido, experienciado. Dessa forma, cada ser humano precisa descobrir as suas formas e estratégias simbólicas de cuidado de si, uma vez que “é a pessoa que atribui significados, crenças e valores, a partir dos quais desempenha, ou seja, é uma atitude que gera múltiplos atos para se fazer coisas que são benéficas para si mesmos e para os outros (NEVES, 2002; SILVA, 2005; BUB et al, 2006.; WALDOW e BORGES, 2008).

Para Euzébio e Afonso (2017), independentemente do que se queira conhecer, é imprescindível o conhecimento de si mesmo, e cada um deve conhecer seus próprios recursos e suas próprias limitações. Mas, além de se conhecer, deve-se também “cuidar de si” e do outro. Os autores apontam que nessa relação eu-outro, ou sujeito-outro, o encontro é favorecido pelo relacionamento e vivência em conjunto, pela troca e conexão entre os homens, é a relação interpessoal. Deixa claro que a intersubjetividade é a relação entre a sintonia dos sujeitos, entre pessoas que possuem características próprias e distintas uma das outras, mas que, ao mesmo tempo, têm aspectos comuns e convergentes.

Amorim (2013) aprecia a intersubjetividade como forma de expressão e representação coletiva dos sujeitos, isto é, de uma identidade construída a cada vez, a cada experiência de encontro com o outro e essa experiência não nasce do sujeito isolado, mas da relação estabelecida entre os seres humanos (AYRES, 2001). De tal modo, compreende-se a existência de uma rede de afinidades, vinculações estabelecidas e mantidas entre as pessoas, na qual cada um funciona como um elo, fortalecendo e permitindo a existência do outro.

No entendimento de Radünz (2001), o cuidar de si pressupõe o exercício da afetividade, uma necessidade do ser humano de buscar caminhos que possam favorecer suas práticas cotidianas e relacionar-se com os outros de forma interativa, confiável, acolhedora e afetiva. Desse modo, Boff (2001) expõe essa necessidade de estabelecer relações

interligadas e construtivas ao abordar a compaixão. Segundo o autor, essa talvez seja, entre as virtudes humanas, a mais afetuosa de todas, que para ele não exige nenhuma reflexão prévia, nem argumento que a fundamente porque está articulada a dois movimentos distintos, porém complementares: o desprendimento total e o cuidado essencial com o mundo. Isso demonstra que cada indivíduo é responsável pelo cuidado e equilíbrio de si na rede complexa das relações sociais. Nessa atmosfera existencial legítima das interações humanas, o que devem ser permissíveis de fato são os valores humanísticos como a compreensão, amor, amizade e respeito, na presença autêntica, na vivência em conjunto, no querer estar com o outro na sua multidimensionalidade.

Nesse contexto, a liberdade de expressão de si e do outro tal como é, fortalece o crescimento em conjunto. Ao se relacionar com o outro e conhecer as suas limitações e possibilidades, a pessoa reforça os próprios valores e compreende o outro e a si, constrói a identidade particular e coletiva. Além disso, os modos de agir em relação a si e, interpessoalmente, a convivência e o estar junto estão incluídos nessa perspectiva.

Para Costenaro e Lacerda (2013), as relações de cuidado podem ocorrer em vários cenários e páginas da vida: no contexto do dia a dia, na família, na atividade laboral, no lazer, e no convívio social em geral. O cuidar não só é um universo múltiplo e variado como também envolve e permite inúmeras maneiras de se manifestar. Para percebê-lo em nosso cotidiano, basta ajustarmos as lentes e focalizá-las em sua plenitude. Isso demonstra o cuidar como algo que parte da maneira de ser de cada pessoa relacionada a uma coletividade. Diante dessa afirmativa, as autoras enfatizam que o cuidado é, ao mesmo tempo, ato e resultado dessa relação cósmica com o outro, somado às dimensões éticas e morais nessa junção.

Para Waldow (2014), parece não haver dúvidas sobre o caráter fundamentalmente relacional do cuidado, pois envolve dedicação, interesse, envolvimento e responsabilidade quando as relações de cuidado são estabelecidas. Para a autora, essas ações ocorrem por meio de trocas de informações e ideias, oferta de apoio, ajuda e pela responsabilização e comprometimento do grupo em manter esse clima de cuidado. E este cuidado por si só é um elemento integrador na saúde, uma vez que pode transformar ambientes, intensificar relações, sensibilizar o humano e energizar nosso potencial de ajuda a que outros encontrem seus potenciais para lidar com as adversidades da vida.

2.3 Atividade física, envelhecimento e promoção da saúde: a Academia carioca como território cartográfico e vivo

Fazer referência à noção de saúde associada à de território significa pensa-la como algo nunca pronto, mas ato vivo, em espaços-tempo sociais, em lugares onde as pessoas vivem, trabalham, estudam; onde as crianças brincam; onde os idosos realizam algum tipo de exercício físico e/ou mental; ou, ainda, onde as outras pessoas circulam na esfera pública, em campo, ou seja, onde são estabelecidas as relações intersubjetivas humanas que fazem a vida girar e acontecer. O território vivo da saúde se produz assim, contraditória e continuamente, a partir de aspectos e sujeitos diversos em interação, compondo nesta relação coletiva, o cuidado e a atenção à saúde.

Numa perspectiva mais próxima de um modelo ampliado de saúde, que a trataria menos como mercadoria e mais como um campo humano e social, explorar a noção de território vivo é trazer à tona a multiplicidade de experiências pelas quais são atravessados os sujeitos, intensificando potencialidades.

Esse elemento pode ser observado a partir das práticas corporais, por exemplo. Ao movimentar o corpo o indivíduo o conecta aos outros campos magnéticos e elétricos, desloca suas emoções e tensões e as põe para fora de si, deixando-se levar e fazendo-se emergir por outros caminhos daquilo que o afeta, corrói e constrói nessa vivência particular ou coletiva.

Para Liberman (2010), a construção desses corpos, ou melhor, os seus modos de funcionamento são efeitos de vários fatores: da cultura; da genética com seus aspectos ligados à hereditariedade; da vida do sujeito e dos acontecimentos vividos; dos tipos de vínculos estabelecidos ao longo de uma existência e da subjetividade que acompanha, molda e orienta certos modos de funcionamento dos corpos e da vida em determinado tempo/espaço, entre tantos outros aspectos.

Na visão de Silva (2014), trabalhar o corpo significa tentar tocá-lo em sua amplitude, ou seja, em suas mais diferentes dimensões, entendendo-o como conjunto de processos que procuram dar forma (sempre transitória) às intensidades e experiências. Para este autor, é nos encontros físicos e corporais que se expressam diferentes graus de sensações, aberturas e amplitude para a vida, nesse reflexo do contato existencial frente ao outro que pode redundar em outros jeitos de viver.

Com base nessas considerações, a saúde em uma dimensão positiva corresponde a incluir elementos que vão além do aspecto biológico dos órgãos, tecidos e funções do “corpo vivo”, alcançando aspectos relacionados ao “corpo vivido”, isto é, à experiência dos indivíduos (ORTEGA, 2008). Nessa experiência, estão presentes fatores estressores e protetores decorrentes das diversas formas que indivíduos e grupos encontraram para estabelecer relações com eles mesmos, com os outros e com o seu meio (BRASIL, 2013).

Diante dessa realidade, a compreensão do território vivo vai ao encontro de um olhar que procura entender como é que o sujeito produz a sua própria saúde. Como ele cuida de si e do outro? Quais os elementos que atravessam essa relação e quais suas implicações numa direção de construção da saúde efetivamente integral dos sujeitos?

Indo mais além destas inquietações, percebe-se que esses processos envolvem diversas dimensões e teias de atenção, sendo a mais ampla delas a promoção da saúde, que dialoga principalmente com os aspectos políticos, sociais e econômicos, como Czeresnia (2009) bem define:

[...] a promoção da saúde é mais ampla e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde – doença. Busca modificar as condições de vida, para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem estar. (CZERESNIA, 2009)

Em 2014, em consonância com novas estratégias nacionais e internacionais, a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS) foi revisada, reconhecendo a necessidade de qualificar sua operacionalização no SUS, tendo como objetivo promover a qualidade de vida e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (SÁ GBAR et al, 2016; BRASIL, 2014; ROCHA et al, 2014). Neste contexto, a PNPS também aponta a necessidade de transversalizar a promoção da saúde na rede de atenção, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais e na integralidade do cuidado (BRASIL, 2014).

Em consequência disso e, a fim de investir no incentivo a práticas de atividade física,

o Brasil tem conduzido diversas iniciativas guiadas pelo principal marco de referência da promoção da saúde e pelos princípios e diretrizes do SUS, o Programa Academia Carioca. Este, foi implementado em 2009 e se destacou como um novo equipamento no território da atenção primária no Rio de Janeiro, com potencial de fortalecer e qualificar as ações de saúde nas comunidades (PADILHA et al, 2015; BRASIL, 2013).

Compreendido como um novo ponto de atenção na rede de serviços básicos de saúde, a Academia se configura como uma porta de entrada no território, promovendo novas possibilidades de encontros e aproximações entre os usuários e a essência dos eventos que o acolhe (SÁ GBAR et al, 2016).

Pensar o território implica retomar algumas breves referências conceituais. Inicialmente retirado da Geografia, e transposto para outras áreas do conhecimento, a noção de território permite explorar as relações entre a política e a subjetividade para melhor entender questões como a saúde, o envelhecimento e o cuidado de si, tal como nesse estudo estamos nos propondo. Território é aqui entendido como um campo em permanente transformação. Santos (2011) refere que ele não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas, consideradas em si mesmas, mas território tem que ser entendido como território usado. Por essa expressão ele quer definir a unidade entre o chão concreto em que a vida é construída e a identidade; o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (FREITAS E COSTA, 2011). Mehry (2002) corrobora e acrescenta que isto é possível, porque nesse espaço social, não há nunca uma identidade, individual ou coletiva, que fica para sempre no tempo em nós. Ela está sempre em produção partindo de certo território, abrindo-se para outros caminhos possíveis, que é sempre relacional, em ato, ou seja, se faz nos encontros. Para o autor, é a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos é permitido agir protagonizando processos novos como força de mudança. É o território vivo que se trata, como processo ininterrupto de construção, (re)construção, de novos sentidos e significados. Essa produção permanente territorial é realizada por cada sujeito *in loco*.

Segundo Haesbaert (2004), o território é lugar de heterogeneidade de significados por meio de experiências diversas, com ênfase na sua materialidade, na construção das relações de poder, na base da construção econômica, sem perder de vista as dimensões simbólicas. O autor traduz o território sempre sob uma visão de multiplicidade conectada para cada sujeito – ação. São as pessoas agindo, sejam elas crianças, jovens, sejam velhos, circulando nos lugares

vizinhos, a partir do que, se formam as redes. Por isso que esse território não está dado *a priori*. Isso quer dizer que ele pode ser um mapa sem vida, mas pode ser um mapa vívido e em constante construção. É na textura cotidiana dos espaços sociais que se dá a produção do território, no próprio prolongamento da vida dos sujeitos.

A promoção da saúde vai se dar exatamente na rede complexa de relações que acontece entre pessoas, grupos, comunidades de interesses diferentes, de instituições diferentes, entre setores diferentes. Sobre isso, Capra (2002) como citado em Neto (2015) nos lembra de que onde há vida, há rede, porque estaríamos falando de intersubjetividades em produção, nos encontros de diversas naturezas. E quando isso acontece é tudo muito novo, novas experiências e vivências para o sujeito que o experimenta. É a cartografia pessoal de cada indivíduo com sua forma peculiar de agir e pensar em saúde nos diversos ambientes que o cercam.

Se a vivência de cada um se dá no território assim entendido, significa que ele simboliza e guarda na memória o que lhe acontece, emergindo daí o valor da sua própria experiência. É o território se tornando espaço usado, onde a pluralidade é possível porque é onde aparecem as diferenças, diferenças de visões, percepções, a singularidade é o eu diferente do outro. Diante disso é como podemos construir algo em comum.

Os homens participam da construção de seus modos de ser no mundo e o fazem estabelecendo relações, tecendo redes, construindo territórios, constituindo-se como sujeitos. Na medida em que eles fazem as suas próprias perspectivas territoriais, também estão se produzindo como sujeito, como pessoa na sua totalidade.

Podemos dizer que tudo que vivemos é atividade somática, ampliando a visão restrita e cindida de que trabalhar o corpo é somente realizar uma atividade física, como ginástica ou algum esporte. Entender assim a questão é abrir a leitura da realidade para uma compreensão de que estamos o tempo todo tratando de corpos em formação, construídos e reconstruídos detalhadamente, sutilmente e de modo bastante refinado em cada vivência, em cada experiência, em cada encontro (LIBERMAN, 2010). Portanto, viver é sempre um ato territorial e corporal, é um estado de preservação da qualidade do pulso vivo nos ambientes e territórios vivos, e isso é um desafio social no processo existencial.

3 METODOLOGIA

O conhecimento científico se produz pela busca de articulação entre teoria e realidade empírica, entendendo o percurso metodológico como o caminho do pensamento na abordagem da realidade, envolvendo método, técnicas, experiências e a capacidade pessoal do pesquisador (MINAYO, 2012). Partindo desse pressuposto, apresenta-se a seguir o desenho metodológico do estudo com suas características, formas e procedimentos, bem como a escolhas relativas à coleta, análise e tratamento dos dados.

3.1 Tipo de Estudo

O interesse do estudo recai, fundamentalmente, sobre uma abordagem de cunho qualitativo para identificar e compreender as interfaces entre cuidado de si, envelhecimento e saúde dos idosos frequentadores no Programa Academia Carioca da Saúde (PACA). Nesse sentido, nos apoiamos nos fundamentos teóricos trazidos por Minayo (2014, p. 57), ao apontar o objeto das ciências sociais como qualitativo e histórico que “[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”, além de apontar a identidade entre o sujeito e objeto da investigação.

Na mesma linha de raciocínio, Romão (2016) afirma que a leitura qualitativa dos fenômenos é aquela cujos objetos não exigem respostas traduzíveis em números, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão. Outros autores salientam ainda que esse tipo de abordagem é capaz de interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem, estudando-as em seus ambientes naturais (POPE; MAYS, 2009), e é útil para explorar áreas sobre as quais pouco se sabe ou mesmo para buscar novos entendimentos sobre áreas já conhecidas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

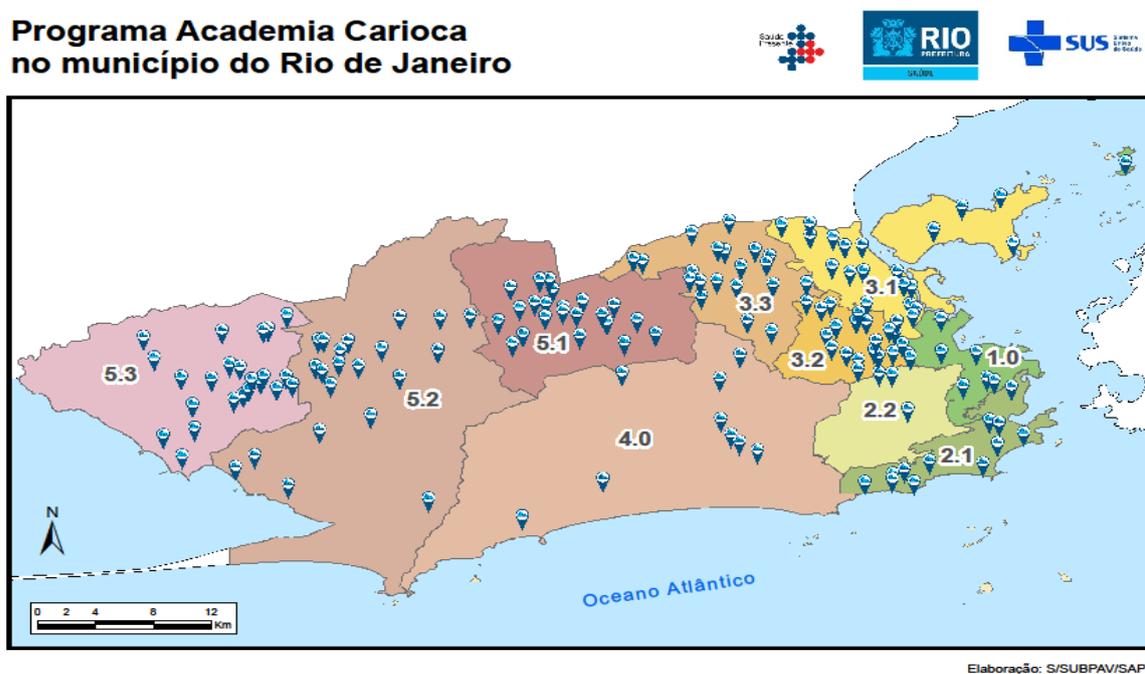
3.2 Cenário do estudo

O presente estudo foi realizado no Rio de Janeiro, dentro da área programática 2.1, correspondente à Zona Sul, mais especificamente na Comunidade Vidigal, que fica sobre o

de ginástica ao ar livre. Conta com uma equipe profissional de colaboradores composta por um educador físico, um auxiliar administrativo, um técnico em enfermagem e o apoio de uma ONG local.

Optou-se por selecionar a CAP 2.1, por ser área de atuação profissional do pesquisador vinculado à Organização Social de Saúde (OSS), Viva Rio, o que facilita o acesso ao campo da pesquisa. Esta inserção proporciona ainda, aproximação do pesquisador com os atores sociais do território, observando suas condições de saúde, potencialidades e entraves através do vínculo, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, como sugere (Starfield, 2002).

Figura 2 – Espacialização dos Programas Academia Carioca



Fonte - SUBPAV, 2013.

3.3 População e Amostra

A Academia Carioca vinculada à Clínica da Família Dr. Rodolpho Perissé, no bairro do Vidigal, contava com 78 usuários cadastrados, sendo 42 idosos. Esses idosos constituíam a população deste estudo e, após aplicados os critérios de inclusão e de saturação, a amostra foi formada por 10 participantes.

Critérios de inclusão: ser cadastrado/usuário regular da clínica da família e da academia carioca; início da atividade física na academia há pelo menos 6 meses; frequência de 2x por semana; e possuir condições sensoriais, motoras e cognitivas verificada pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), ponto de corte de 18/19 para idosos sem escolaridade e de 24/25 para idosos com qualquer nível de escolaridade (LOURENÇO e VERAS, 2006).

Critérios de exclusão: não ser cadastrado na clínica da família, mesmo que fosse frequentador da academia; e não aceitar participar da pesquisa.

3.4 Aspectos éticos e legais

A presente proposta de estudo foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e seu coparticipante, Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, com anuência do Superintendente da Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro, e aprovada sob os números dos pareceres consubstanciados emitidos sob o N.º 1.817.687, em 11/11/2016 e 2.046.713, em 04/05/2017. A participação dos idosos (n= 10) foi voluntária e atendeu o que preceitua a Resolução 196/1996, do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e as Diretrizes e Normas que regem pesquisa envolvendo seres humanos. Por ocasião das entrevistas os voluntários preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumento imprescindível para o desenvolvimento de qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, por considerar sua dignidade e defender sua vulnerabilidade (BRASIL, 1996; BRASIL, 2012).

3.5 Instrumento para Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de Entrevista semiestruturada, dividida em três momentos:

- a) perfil do idoso;
- b) significados atribuídos ao processo de envelhecimento e concepções de saúde;
- c) identificação da relação entre cuidado de si, atividade física e academia carioca da saúde.

A entrevista foi escolhida como instrumento de coleta de dados, como sugerido por Triviños (2008) porque tem como característica principal fazer questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. A técnica é adequada ao objeto de estudo, ainda segundo o mesmo autor, porque é um tipo de entrevista que “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 2008, p. 152). Na entrevista lidamos com uma fala relativamente espontânea, com um discurso falado, em que o entrevistado orchestra a sua vontade. Ela oferece uma rica fonte de dados que proporciona acesso ao modo como as pessoas relatam tanto seus problemas como sua boa sorte (Bardin, 2016; Silverman, 2009).

Perguntas sobre o cuidado de si no processo de envelhecimento relacionado com a saúde no universo da Academia carioca foram feitas para que o entrevistado pudesse expressar com maior liberdade sua opinião sobre a temática em questão, e nesse discurso deixar escapar significados a respeito de si mesmo nesta etapa da vida.

Para Bardin (2016), a expressão livre, daquilo que a pessoa viveu, sentiu e pensou em relação a algo, pode conter, por vezes, conteúdos não declarados, “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação”. As entrevistas foram gravadas em gravadores digitais de voz e seguiram um roteiro semiestruturado. O objetivo era que as mesmas possibilitassem que os participantes pudessem expressar sua percepção do objeto de estudo. Além disto, como sugere Bardin (2016), foi atribuído um número a cada entrevista, o que serve tanto para conferir uma sequência lógica aos quadros como para manter o anonimato dos entrevistados. Desta forma, os dez sujeitos foram identificados como *ENT1*, *ENT2*, *ENT3*, *ENT4* até *ENT10*, seguindo a ordem de realização das entrevistas. Ainda segundo Bardin (2016), entrevistas semiestruturadas devem ser registradas e integralmente transcritas. O controle e a reescuta dos áudios foi essencial para preparar os dados para a análise. Desse modo, todas as gravações foram escutadas tantas vezes quanto necessárias para conferência das transcrições, procurando evitar, assim, possíveis maus entendimentos de termos, além de decifrar palavras incompreensíveis à primeira vista, corrigir eventuais falhas de compreensão do texto, dentre outras questões.

3.6 Procedimentos para coleta de dados

Antes da chegada ao campo, pensando em qual seria a melhor estratégia de envolvimento dos idosos para a realização das entrevistas, idealizei a utilização dos momentos de reunião do grupo de acompanhamentos dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes Mellitus* (HIPERDIA), que ocorre mensalmente nas dependências da clínica, sendo dessa vez na Academia carioca. Tudo programado, foram feitos os convites individuais e divulgado como atrativo a oferta de café da manhã, seguido de dinâmicas em grupo, cuja condução teve ajuda do educador físico e agentes comunitários de saúde. Estes estiveram contribuindo desde antes, divulgando e entregando os informes do evento no território. O primeiro contato com os sujeitos ocorreu no início de janeiro do corrente ano, na modalidade roda de conversa. Nessa ocasião, foram lançadas perguntas norteadoras sobre envelhecimento, saúde e cuidado de si no território, sendo esse momento essencial para que se tivesse a oportunidade de observar, conhecer e identificar os potenciais voluntários da pesquisa e, de forma acolhedora, observar e coletar o discurso verbal e as interações entre os envolvidos na ação. A partir desse encontro tivemos livre acesso para a aplicação do instrumento da pesquisa, que foi realizada no período de maio a junho de 2017. Para cada idoso acessado nos identificamos, apresentamos os objetivos da pesquisa, sendo esclarecidas questões relacionadas ao anonimato e acesso restrito aos dados, garantindo sua privacidade, bem como a possibilidade de recusa ou desistência da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo no seu acesso aos serviços de saúde. Após o aceite, os mesmos assinaram o TCLE e os instrumentos foram aplicados de forma individual. Aos idosos entrevistados foram oferecidas as oportunidades de ler as transcrições e alterá-las caso fosse o seu desejo, o que não ocorreu.

No total, foram realizadas dez entrevistas, com uma duração média de 50 minutos. Das entrevistas realizadas, nove foram respondidas por mulheres e somente uma por um homem. O encerramento da coleta e a definição do tamanho da amostra se deram a partir da repetição temática de respostas entre os pesquisados. Minayo (2017) esclarece que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno, e busca a qualidade das ações e interações em todo o decorrer do processo, encontrando a lógica interna do seu objeto de estudo. Assim, devido ao fenômeno da saturação teórica da categoria, a partir de certo número de respostas ou entrevistas, a temática repete-se, fornecendo cada vez menos novidades (Bardin, 2016).

3.7 Análise e discussão de dados

Após a transcrição e preparação do material, os dados coletados foram analisados pelo pesquisador utilizando-se o método de análise de conteúdo que consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. (BARDIN, 2016, p.48).

Nessa mesma direção Franco (2012) reconhece a utilização da análise de conteúdo como um procedimento de pesquisa necessário “no âmbito de uma abordagem metodológica crítica e epistemologicamente apoiada numa concepção de ciência que reconhece o papel ativo do sujeito na produção do conhecimento”. De acordo com Flick (2009), a análise de conteúdo é um dos procedimentos clássicos para analisar o material textual, não importando qual a origem desse material – que pode variar desde produtos da mídia até dados de entrevista. Entre as técnicas de análise de conteúdo está a análise temática categorial, escolhida para esta pesquisa. Desse modo, Minayo (2014) define a análise temática em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Nesse contexto, D`Unrug (1974) citando em Bardin (2016) propõem o tema como a uma unidade própria de significação e seu significado poderá ser representando por meio de uma palavra, frase ou resumo, pretendendo desvendar os núcleos de sentido, tendo como unidade de registro para tal a palavra ou conceito.

Assim sendo, a fase de pré-análise é considerada a etapa de organização propriamente dita e possui três dimensões: escolha dos documentos, formulação das hipóteses e dos objetivos e elaboração de indicadores (BARDIN, 2016, pg.125), compreendendo, ainda, a leitura flutuante, a constituição do corpus, a formulação e reformulação de hipóteses, objetivos ou pressupostos, e requer do pesquisador um contato direto e intenso com o material de campo, potencializando a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema (MINAYO, 2014). Considerando o objeto deste estudo, o *corpus* de análise foi composto por dez entrevistas semiestruturadas aplicadas através de um roteiro pré-estabelecido.

Após a definição do material foi feita a leitura flutuante, norteadas pelos objetivos iniciais do estudo, o que possibilitou ao pesquisador a exploração e o aprofundamento do material por meio de diferentes leituras, contribuindo com a identificação de algumas unidades de registro que vão compor as categorias, posteriormente. Dessa maneira, é oportuno determinar a unidade de registro, palavra-chave ou categoria, seu contexto e a hipótese aproximada, assim como iniciar uma organização destas para orientar a análise em questão (MINAYO, 2017). A exploração do material é uma etapa delicada e compreendeu a identificação e tomada das decisões das categorias que mais se aproximavam da temática envolvida e seus sentidos. Foram identificadas as unidades de registro para, posteriormente, ser efetuada a interpretação dos dados. Nesta etapa são reconhecidas as categorias, o que Bardin (2016) define como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento, segundo os critérios previamente definidos.

Nesse estudo, as categorias inicialmente utilizadas correspondem àquelas originadas do arcabouço teórico, identificadas as seguintes: cuidado de si, envelhecimento e saúde. Estas categorias foram analisadas com intuito de desvelar os sentidos e retomar o objeto de estudo e objetivos propostos. Desse modo, definida uma categoria como relevante dentro o discurso dos idosos envolvidos, procurou-se relacioná-la com a teoria. A categoria envelhecimento foi definida pela presença e relevância nas falas dos sujeitos e identificadas pelas perguntas: “Para você, o que é ser idoso? O que você entende sobre um envelhecimento ativo e saudável”? As categorias cuidado de si/saúde foram definidas através das perguntas norteadoras: “O que faz para cuidar de você? Como você percebe o cuidado de si, após participar do grupo”? Sobre a Academia carioca foram definidas as perguntas: “Como era sua saúde antes de frequentar a academia? Há quanto tempo frequenta a Academia Carioca da Saúde? Há quanto tempo tem contato com a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF)/NASF? Quais os motivos que o levaram a frequentar a Academia carioca e quais os significados da ginástica na sua vida? Tem algo que facilita e/ou dificulta sua atividade física neste território? Você percebeu alguma mudança, após entrar no grupo da academia”? A categoria cuidado de si e saúde foram definidas através das perguntas norteadoras: “O que faz para cuidar de você? Como você percebe o cuidado de si, após participar do grupo”?

Durante a análise dos dados coletados, surgiram e foram consideradas no estudo algumas subcategorias, sendo estas reagrupadas em uma categoria correspondente. Para categoria 1) envelhecimento foram considerados: “concepções do envelhecimento”

“dimensões do envelhecimento” e “as trajetórias relacionadas ao presente”; 2) categoria envelhecimento e saúde: “sentimento positivo/negativo, aspectos socioeconômicos/necessidades econômicas, mudança de hábito/ envelhecimento ativo, autônomo e independente, necessidade afetiva, /falta de integridade física”. Sobre “programa academia carioca da saúde – facilidades e dificuldades”; e 3) categoria cuidado de si foram considerados: “cuidado espiritual”, “cuidado com a corporeidade, “cuidado com a cognição e relação com a saúde integral”.

Neste trabalho, o tema foi considerado como a unidade de registro mais adequada, pois em uma mesma frase ou parágrafo encontramos declarações com diversos temas relativos aos fatores encontrados na pesquisa. Cabe esclarecer que quando se faz análise de entrevistas, raramente é possível estabelecer um quadro categorial único e homogêneo, devido à complexidade e à multidimensionalidade do material verbal. Assim, neste estudo foram construídos quadros categoriais de acordo com as categorias estabelecidas e agrupadas entre si.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura flutuante e em profundidade das entrevistas realizadas, as mesmas foram categorizadas em três grandes áreas, que são o envelhecimento, a saúde e o cuidado de si, construídas através dos relatos dos idosos e comparadas às leituras pertinentes ao assunto, abordado com o intuito de alcançar o objetivo proposto pelo estudo.

Na primeira categoria objetivou-se conhecer o entendimento e a opinião dos idosos acerca do próprio processo de envelhecimento. Ela encontra-se dividida em três grandes subcategorias: *concepção, dimensões e trajetória relacionada ao presente*, interligada por três eixos (*memória, corporalidade e limitação física*). A partir dessas falas, podem-se resgatar na memória desses velhos suas diferentes formas de enxergar a sua própria maneira de envelhecer e dimensões nessa etapa de vida, bem como sua perspectiva para o futuro, revelada por cada indivíduo em seu infinito particular.

Aqui aparece fundamentalmente, um olhar dúbio sobre a velhice, que é experimentado e percebido por eles, segundo seu discurso, na sua própria condição de estar velho e, às vezes, isso é definido como estar solitário, infeliz, debilitado por limitações físicas e mentais, ou o oposto, no discurso aparece essa fase da vida interpretada no sentido de liberdade adquirida. Eles estariam se permitindo reinventar a velhice através do ensejo de manterem-se ativos, buscando autonomia e independência.

Nessa nova visão é o próprio cuidado de si e a sua relação com o mundo que o desperta, observado pelo enorme desejo de manutenção e continuidade da vida. É o duplo desafio de experimentar a solidão natural e de experimentar e reinventar formas de convívio na vida contemporânea.

Aparece também a necessidade de desconstruir certa vitimização para (re) criar a forma como a velhice é internamente experimentada, pois em muitos casos, a velhice enreda os nós que chegam às tramas de uma solidão indesejada que, em larga medida e para a maioria, contrasta com os anos produtivos do curso de vida e, dessa forma, impõe novos desafios e exigências de (re) construções à pessoa idosa em diversas áreas da existência (ABOIM, 2014).

Quadro 1 – Categorização temática extraída com base na concepção dos idosos em relação ao processo de envelhecimento

<i>conceito/categoria</i>	<i>SUB 1- Concepção do Envelhecimento</i>	<i>SUB 2- Dimensões cultural, social e futuro</i>	<i>SUB 3- Trajetórias relacionadas ao presente: Eixo 1) memória, Eixo 2) corporalidade, Eixo 3) Limitação Física</i>
<i>Envelhecimento</i>	<p>Ent. 1) (...) “Não é uma experiência boa quando a pessoa não tem condições para fazer certas coisas, entendeu?”</p> <p>Ent.2) (...) “Hoje vivo com muita solidão, meus filhos moram distante, mas eu tenho amizade, graças à Deus.”</p> <p>Ent. 04) (...) “eu não me sinto idosa assim, eu tenho 66 anos, mas eu não me sinto velha não, sabia? A cara pode até tá enrugando, mas eu não me sinto velha, eu me sinto disposta pra minha idade, 66 anos.”</p> <p>Ent.06) (...) “hoje eu me sinto maravilhosa, eu me sinto bem, só queria era resolver isso aqui no meu braço, pegar um musculosinho, entendeu?”</p> <p>Ent.07) (...) “ Fiz 70 anos agora em janeiro, dia 27 e não fez muita diferença não com 60. De lá pra cá está tudo certo, eu passei uma coisa ou outra, mas tô bem, tá tudo certo.”</p>	<p>Ent. 01 (...) Lá em Portugal elas são muito mais resistentes, porque elas têm 90 e pouco anos, elas pegam ônibus, descem de ônibus, vai pra aqui, vai pra li, então eu fiquei muito surpresa com isso, eles são resistentes, sabe? Eu gostei da vida de lá e sei que nós aqui não temos isso.”</p> <p>Ent. 07) (...) “Vai fazer 47 anos que eu cheguei aqui, eu morava em Portugal, lá o clima é diferente e depois as comidas são muito diferentes. As pessoas lá, agora principalmente de uns 20 anos pra cá, elas duram até mais, eu tive uma cunhada que morreu mês passado com 95 anos, e ela ia assim, pra cima e pra baixo, ela tinha uma cabecinha boa.”</p> <p>Ent. 01) (...) “ Eu quero estudar, eu quero aprender, eu quero enfim, me sentir melhor. E assim eu faço, continuo fazendo, porque eu sempre fui assim de ajudar, colaborar, atentar, brincar com as pessoas, mas eu não quero perder essa, essa coisa de ter meu direito de rir, de brincar.”</p>	<p>Eixo 1: Ent. 1) (...) “ eu gosto de escrever coisas que eu acho estranha que se passa comigo, eu escrevo.”</p> <p>Ent. 4) (...)”quando eu era novinha, tinha assim uns 14 e 15 anos, as minhas primas iam pra cidade aprender a bordar, aprender a fazer tapete, estopa, eu aprendi isso tudo sozinha, eu costurava na minha máquina, minha mãe nunca me ensinou a pegar numa agulha, entendeu?”</p> <p>Ent. 7) (...) “agora que aprendi a mexer no face, todo dia eu vou lá e fico, vejo as coisas lá, às vezes choro, fico assim pelas lembranças, coisas que a gente fazia.”</p> <p>Eixo 2: Ent.01) (...) “eu fiz aqui no Vidigal umas aulas de salsa e merengue, eu e a alunas do Ronaldo.”</p> <p>Ent.02) (...) “Olha, antes eu tenho compromisso pela igreja, mas faço minhas compras, vou ao mercado, faço meus negócios, e assim que eu faço, assim me movimento.”</p> <p>Eixo 3: Ent.09) (...) “Antes de fazer atividade física eu era cheia de dor, né?”</p> <p>Ent.10) (...) “antes eu tinha um negócio de bursite, e esses aparelhos aqui ajuda muito, hoje a única coisa que têm é que não posso correr por causa do meu joelho, eu tenho um problema no joelho direito.”</p>

Apurando um pouco mais o olhar, é possível perceber que essa descrição reflete um padrão cultural que separa, ao longo da vida, o sujeito de si, fazendo-o confundir-se com seus papéis sociais e outros fatores, demandas e questões externas a ele. Por consequência, na velhice, pelas próprias limitações naturais do corpo, é preciso experimentar ser e estar no mundo de outro modo, ele está desamparado, sem chão. Assim, explica tudo por uma suposta solidão que nada mais é que a incapacidade de estar consigo. O que os entrevistados expressam, nas diferentes maneiras de envelhecer, é algo experimentado por todos os idosos que foram socializados, viveram e envelheceram segundo determinadas condições socioculturais.

Sobre isso, Weiss (1973), citado por Neto & Barros (2001), afirma que a solidão não é causada por estar só, mas por não se ter determinado vínculo de que a pessoa se resente, havendo uma sensação desagradável de vazio. O que o autor está defendendo é a ênfase na velhice como carência de relações, o que reforça a ideia de que é do exterior que a satisfação com a vida nessa fase pode vir.

Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), viver sozinho não é sinal de estar só, nem de solidão. No entanto, este sentimento pode estar ligado à satisfação com a vida, que depende da capacidade que cada um tem de se adaptar a uma sociedade cada vez mais economicista, em que outros valores estão impostos. Já Oliveira e Alves (2014) comentam que a solidão é um desafio, talvez o maior que o ser humano pode enfrentar. Portanto, vai muito além de uma fase qualquer da vida, recolocando para a sociedade o desafio mesmo da sociabilidade.

Corroborando com esses dados, a pesquisa realizada por Carmona, Couto e Comin (2012) com idosas residentes no interior do estado de Minas Gerais, para investigar suas vivências, observou que, ora aparecia um sentimento negativo, como a experiência de estar só, ora um sentimento positivo, como algo que enriquece e impulsiona para uma vida agradável, por propiciar um contato com a individualidade e atividades prazerosas, realizadas sem a presença de outros. Ainda como resultados, os autores concluíram que a maioria das mulheres não sentia solidão nesta etapa da vida, mas afirmaram que este sentimento pode aumentar com a idade, sendo a manutenção de vínculos e atividades sociais apontadas como fatores protetores contra a solidão.

É possível observar também que a velhice é uma construção decorrente daquilo que o idoso já experimentou ao longo da vida pregressa e isso passa muitas vezes por questões sociais e familiares, definindo essa fase como não sendo uma experiência tão agradável, percebida pela falta de socialização, ocorrida até mesmo no seu próprio núcleo familiar. A esse respeito, Moura e Souza (2012) sugerem que a autoimagem e a socialização são esferas interligadas da experiência humana, sendo a imagem que o indivíduo tem si influenciada pela forma como os outros o veem.

Nessa mesma direção, Jede e Spuldaro (2009) afirmam ser importante a relação da pessoa idosa com sua família em todo o decorrer de sua vida. Coimbra (2008) coloca como agravante que uma das mudanças que podem ocorrer em virtude do processo de envelhecimento é a redução nos contatos sociais.

Essa importância de uma rede de convívio e apoio é percebida também em outros países, como no estudo realizado por Barros, Gomes e Pinto (2013) para a população idosa em Portugal. Nela, o tema da exclusão social entre os idosos aparece como interesse visível e alargado nos últimos anos, acenando como uma das mais importantes bandeiras políticas do país para esse segmento populacional. Oliveira e colaboradores (2014) complementam e definem o apoio social como algo motivador para a pessoa idosa poder viver mais tempo com autonomia e passar por o processo de envelhecimento com qualidade de vida, sem tantos problemas.

Outros entrevistados, por outro lado, definem essa etapa da vida como um processo senescente, agregando-o ao anseio de longevidade, jovialidade e felicidade, apesar de alguma limitação ocorrida no passado. Percebe-se que, quando não ocorre a perda de vitalidade, a velhice como estereótipo de debilidade e incapacidade é negada. A pessoa não se reconhece como velho, conforme os estigmas comumente instituídos pela sociedade.

Observação semelhante foi encontrada por Goldenberg (2015). A autora apresenta os idosos que foram jovens nos anos 60 e 70, e que estão hoje (re) significando e reinventando a velhice com o corpo, a beleza, a liberdade, a felicidade, o amor, a maturidade, a independência e o autocuidado. Para ela, “o significado de cada forma de vida está inscrito na trajetória de cada indivíduo, em suas escolhas, em seus valores, determinações, significados, em seus desejos, que são belos e prazerosos exatamente por serem únicos” (Goldenberg, 2015 pg. 58).

Para Santos e Vaz (2008), os idosos estão cada vez mais aprendendo a lutar por seus direitos e descobrindo a sua força interior, a partir do convívio social e da troca de ideias e motivações e a descoberta de conquista na cultura ou na família.

Desse modo, Guerra e Caldas (2010) também concordam quando apontam a velhice percebida para cada pessoa e o envelhecimento, apresentando inúmeras possibilidades de resultado final, dependendo dos caminhos escolhidos e dos determinantes desse processo. Ou seja, escolhas não significam ausência de determinações, mas uma posição que o sujeito assume de maior responsabilidade por sua própria vida, o que é um aprendizado anterior à própria velhice.

Refletir acerca do significado embutido nos relatos dos idosos é perceber um novo sujeito reinventado na sociedade, experimentando novas experiências agregadas aos anos vividos e revelando a sua forma de conduzir o percurso da vida. A velhice vem sendo ressignificada na sociabilidade contemporânea, impulsionada, sobretudo, por essa responsabilização interior ou o assumir da própria vida e se colocar desafios, o que vem ocorrendo com os novos idosos do Século XXI. É a quebra de um padrão dominante, protagonizado pelos próprios sujeitos, os velhos, que antes de se deixarem defender, fazem eles mesmos a defesa de seu direito de viver.

Devemos considerar que as diferenças culturais são importantes na produção de uma compreensão do que é velhice para cada sujeito. Aparecem assim, outros fragmentos de discursos, identificando formas variadas do envelhecer observadas entre os países por exemplo. Entre Brasil e Portugal, nos contam:

Fica evidente, no olhar comparativo das idosas, que a longevidade em Portugal está associada a uma questão fortemente cultural. Porém, é preciso notar que a garantia do acesso às condições materiais de existência mais dignas promove outro envelhecer, distanciado dos padrões brasileiros. Em Portugal, tais condições é que viabilizam um melhor prolongamento da vida para seus habitantes, porque são a base de sua cultura (SOEIRO, 2010).

Nesse contexto, Silva (2016) comenta ainda que a longevidade é uma conquista da humanidade nos últimos séculos, resultante das descobertas geográficas, científicas, culturais e tecnológicas, que celebram o avanço da sociedade do conhecimento. De acordo com Woortmann e Woortmann (1999), citados por Gusmão e Alcântara (2008), existem velhos em

todos os lugares, mas a maneira pela qual são tratados e percebidos pelos que estão à sua volta é muito variável e depende de contextos sociopolíticos e econômicos específicos.

Outro aspecto importante na consideração do que é envelhecer está ligada a relação entre o rural e o urbano, bem como às transições de um para outro. Reconhecer a perda de vínculo social a partir da saída do espaço rural para a “cidade grande” foi sentida como uma grande dificuldade de (re) socialização.

É por essa ótica que novas perspectivas transformam realidades tradicionais, criando novas formas de ser, estar e perceber as relações entre o meio rural e sua gente. O rural, como espaço marcado por tradições e valores próprios ligados à terra, à família e ao trabalho transforma-se, instaurando novos papéis e valores sociais (GUSMÃO e ALCÂNTARA, 2008). Para Scortegagna e Oliveira (2012), em sua trajetória de vida, o idoso vivenciou na juventude e na maturidade papéis sociais que, aos poucos, podem ter sido apagados ou desconsiderados em sua existência.

Potencializar essa fase da vida é, portanto, rememorar-las, o que faz parte da própria afirmação da identidade do sujeito, o que para Faria e Souza (2011) tem caráter dinâmico e seu movimento pressupõe uma personagem, que é a vivência pessoal no âmbito de uma cultura, fundamental na construção identitária. A identidade é, assim, a articulação entre igualdade e diferença, isto é, aquilo que permanece enquanto ela muda ao longo das experiências nas quais vai sendo transformada, observados os sentimentos de resistência e resiliência agregados à sustentação da vida.

Há discursos enraizados na lembrança a partir de acontecimentos relacionados à infância e à juventude, até sua chegada à velhice, carregados com emoções positivas, negativas e de sofrimento, por conta das limitações físicas. Desse modo, a família aparece como um lugar propício na memória dos velhos, baseada em metas, projetos de vida e desejos. Portanto, observa-se que a família tem um papel fundamental de apoio na trajetória de vida.

Para o idoso, a família é vista como a estrutura mais importante na vida do ser humano, o alicerce, e é a partir da formação dela que se fincam raízes, é uma garantia de continuidade, prosseguimento para preservar sentimentos de reconhecimento e pertencimento junto às pessoas que amam. Entretanto, a interação social não acontece somente no ambiente familiar, ela colabora para o exercício da cidadania, para a valorização e a inserção do idoso

no meio social (MORAIS, 2009; FARIAS, 2010; OLIVEIRA et al., 2014). Para os autores, a família é encarada pelo idoso como fonte de equilíbrio, paz, amor, carinho e atenção. Ela é representada pelos seus membros, mas o ambiente familiar pode ser também relacionado ao encontro com os amigos de infância. O que importa nessa fase é estar em um meio confiável, amigável, protegido e seguro para dar seguimento a uma longevidade saudável e feliz.

Outros idosos remeteram-se a alguma atividade cognitiva realizada, como o hábito da escrita e o trabalho manual primordial para a preservação da lucidez, memória, raciocínio, coordenação motora, autoestima e socialização. O idoso que costura, borda, pinta ou escreve, se sente útil, mesmo quando a ocupação não representa nenhum retorno financeiro.

É a partir de um estímulo que surge o desejo de realizar alguma atividade, como comenta Mosquera e Stobäus (2011). Os idosos sob estimulação cognitiva mantêm a autonomia nas atividades da vida diária, apesar de conhecer suas limitações e os desafios da idade, há sempre uma forma de encontrar um novo significado que os impulsionem a sair da inatividade e investir na sua qualidade de vida (LINDOLPHO, SÁ e CRUZ, 2010; WEBER e TOMÉ, 2012).

Por outro lado, a estimulação da corporalidade é igualmente citada como uma atividade importante pelos respondentes nos diversos espaços urbanos e sociais, como no Centro de Convivência Maria Haydée e a Academia carioca, seja ela impulsionada através da dança, ginástica nos aparelhos, caminhada e ou atividade de vida diária e instrumental. Essa relação com períodos de lazer representa um fator muito importante para uma vivência satisfatória na terceira idade e tarefas como dançar, ouvir música, rezar, fazer ginástica e fazer passeios trazem prazer e promovem a vida, já que envolvem interação social, a saída de uma posição passiva e a atuação no mundo (SANTOS e VAZ, 2008; PLONER et al., 2008).

De outro ponto de vista, diversos relatos também ligados ao corpo, expressaram sentimentos negativos de indisposição, dor, medo, impotência e imobilidade física, associada aos aspectos físicos e biológicos ocorridos no passado, mas os afetando-os até os dias de hoje.

É fundamental entender o corpo como lugar de expansão, mas também de contração das energias vitais. No entendimento de Assis (2004), o envelhecimento e suas alterações físicas como problemas osteomusculares, sequelas ou descontrole de doença crônica levam o idoso ao estreitamento da sua inserção social. Já Lima e Delgado (2010) acentuam a

importância de observar a capacidade funcional no envelhecimento, sendo observadas alterações de aspectos físicos, psicológicos e sociais expressivas nessa fase.

O processo de envelhecimento traz diversas descobertas, experiências e vivências ao indivíduo, algumas consideradas boas outras ruins, sendo que suas percepções podem estar relacionadas com as práticas no dia a dia. Esta perspectiva necessita de reflexões, visto o novo contexto de envelhecimento populacional e do cuidado como a alternativa para que o idoso se mantenha independente (MENEZES e LOPES, 2016).

Portanto, pensar no envelhecimento populacional na atualidade é verificar, em nosso meio, o sujeito idoso na sociedade experimentando novas vivências e experiências, ou seja, são os novos velhos, sob o discurso de quem experimenta essa etapa da vida com muita sensibilidade e disposição para viver, convivendo ainda com os velhos idosos, marcados pelo paradigma da velhice como incapacidade e vulnerabilidade.

Na relação entre envelhecimento e saúde foi possível observar que o entendimento dos idosos revelou sentimentos e emoções positivas como: alegria, conforto, esperança, acolhimento, cuidado, prosperidade, sensação de bem-estar, harmonia, liberdade e satisfação com a vida. Para Neri:

[...] como em qualquer idade, os velhos precisam das redes de relações sociais para saber que são amados, cuidados e valorizados. Adicionalmente, garantem que, em caso de doença e incapacidade, poderão receber apoio instrumental, material e afetivo. É comum idosos dizerem que têm poucos amigos mas que eles são suficientes para preencher suas necessidades afetivas. Não se trata de um problema, mas de um processo de seletividade socioemocional, que favorece a adaptação. Na velhice de fato ocorre uma redução na rede de relações. A ênfase é na qualidade e não na quantidade. Ao contrário, as interações dos jovens dos jovens são dominadas pela necessidade de ampliar o leque de informações sobre o mundo e sobre si. Na velhice, também ocorre uma redução adaptativa na intensidade e na variedade das expressões emocionais, o que ajuda os idosos a lidar com as perdas e a otimizar suas capacidades. A regulação emocional, ou equilíbrio entre afetos positivos e negativos, é muito melhor na velhice do que na juventude. Nos velhos existem mais afetos positivos, embora a expressão deles seja menos variada e intensa.. (NERI, 2008, p. 106.

Quadro 2 - Categorização temática extraída com base na percepção dos idosos sobre envelhecimento e saúde

<i>Conceito / categoria</i>	<i>SUB 1- Sentimento Positivo/Negativo</i>	<i>SUB 2-Aspectos socioeconômicos/ necessidade econômica</i>	<i>SUB 3- Mudança de hábito/envelhecimento ativo, autônomo e independente</i>	<i>SUB 4 – Necessidade afetiva/falta de integridade física</i>
<i>Envelhecimento e saúde</i>	<p>Ent. 1) (...) “Eu acho que a vida deve ser coberta de alegria, rir é a melhor coisa que a gente pode fazer” (...) se eu ficar séria a vida inteira, eu tô doente, eu tô muito mal. Não! Tem que brincar com alguma coisa. Enfim, eu acho que é um tônico para a vida de qualquer pessoa, é ser alegre. Nada de rabugice, nada, nada.”</p> <p>Ent.03) (...) “mais eu gosto, eu me alegre, eu me sinto feliz quando vejo as pessoas que me fazem bem.”</p> <p>Ent.2) (...) “teve um dia que pensei assim: - nunca mais eu vou tomar um banho, nunca mais eu vou trocar minha roupa, nunca mais eu vou rir pra ninguém.”</p> <p>Ent. 3) (...) “mas bate um negócio assim, desânimo? Eu tô rindo ali de uma coisa, aí depois eu fico séria como uma mudança de humor.”</p>	<p>Ent.1 (...) “ eu também procuro na medida do possível tá sempre conversando com aquelas pessoas que eu sei que tem uma condição financeira muito melhor que a minha.”</p> <p>Ent.3) (...) “eu me sinto feliz, moro no que é meu, como o que eu quero, minha filha não deixa faltar nada. Hoje eu tenho dinheiro, eu tô aposentada, eu já passei muito sufoco.”</p> <p>Ent.1) (...) “Eu gostei muito da vida em Portugal e sei que nós aqui não temos isso, uma vida equilibrada, talvez por causa das secas terríveis no Nordeste, pela falta de condições financeiras de quem mora nas grandes cidades, não poder se alimentar daquilo que realmente o organismo precisa, então aqui as pessoas têm essas carências que adoecem o organismo.”</p> <p>Ent.3) (...) “ eu passei necessidade, eu trabalhava, meu marido trabalhava, mas eu não comia tudo que eu quisesse, não.”</p>	<p>Ent.01) (...) “ser fiel aos exercícios, caminhar, comer moderadamente, tirando o sal, bebendo água direitinho, tomando seu chazinho, suas coisinhas, diminuindo a carne, tendo seus bônus para viver sempre um pouco mais, né? ”</p> <p>Ent.3) (...) “eu também comecei a comer muita verdura, inclusive ultimamente não tenho pego no meu quintal e nem comido taioba, eu como a semana inteira bertália, porque eu tenho minha horta, planto. Eu não fico sem uma verdurinha, não.”</p> <p>Ent.01) (...) “envelhecer com saúde é ter vontade de viver, gostar muito de um baile, dançar, de viajar ou quando não puder fazer nada disso, ser fiel aos exercícios.”</p> <p>Ent.09) (...) “ eu trabalho o dia inteiro em casa, eu dou banho no meu cachorro, eu lavo quintal, eu molho as minhas plantas, eu levanto cedo, 5:30 da manhã eu já tô de pé (risos). Aí é assim o dia inteiro, lavo roupa, vou ao banco, mercado.”</p>	<p>Ent.01) (...) “enquanto também no meio dos idosos a depressão, a tristeza, o que mais reclamam aquelas senhoras bem vestidas que encontro lá na Maria Haydée, é a falta de carinho.”</p> <p>Ent.2) (...) “isso é solidão mesmo ou é o que? Me sinto assim, eu tive tanta saúde, já trabalhei, agora depois da minha velhice, da minha terceira idade, viver desse jeito.”</p> <p>Ent.02 (...) “às vezes eu fico sem fazer atividade física por causa da clavícula, qualquer esforço que eu faço doe, até lavar uma roupa, não me sinto bem.”</p> <p>Ent.09) (...) “agora mesmo eu andava cheia de dor que eu não tava fazendo nada, né?”</p>

Fica clara a associação entre o sentimento positivo com a manutenção da saúde e a sociabilidade, contribuindo na qualidade de vida dos idosos. Nesse ponto, Debert (2010) comenta que as pessoas que alcançaram os 60 anos ou mais, acumularam ao longo de suas vidas ricas experiências de significações diversificadas, com saberes e atitudes que possibilitam trocas e estabelecimento de novas relações positivas.

Essa relação com sentimentos positivos também foi mencionada em outros estudos como a ausência de problemas e o viver sempre alegre, com bom humor e com harmonia, amor e independência, relacionando-se ao envelhecimento bem-sucedido e saudável, e consideraram o seu bem-estar como uma percepção positiva em relação à vida, quando eles mantêm suas relações sociais e sentem o apoio da família e amigos. Ou seja, importa menos as condições externas e mais como as percebem (VILELA et al, 2006; PINO, RICOY e PORTELA, 2009).

Outros autores nos chamam à atenção que nesse caminho é importante notar que sempre há algum problema na experiência de vida em alguma fase e que, portanto, talvez a saúde esteja muito mais ligada à capacidade de resistência e resiliência em resposta às questões com as quais vai se defrontando o sujeito. Isso amplia progressivamente sua força e desperta outras que ele desconhecia até ter que exercê-la.

A independência financeira é visualizada como sinônimo de alívio, sossego e visualização de um futuro próspero. Assim, os aspectos sociais e econômicos também foram destacados como significado indubitável para envelhecer com saúde.

Reforçando a importância da dimensão socioeconômica, dados semelhantes foram encontrados no trabalho de Celich e colaboradores (2010), em que a aposentadoria digna era entendida como a aquisição de uma renda mensal suficiente para suprir as necessidades do cotidiano dos idosos. Os autores destacaram que o processo de envelhecimento transcende os problemas individuais, passando para a esfera social, uma vez que as ações e os programas sociais interferem diretamente na qualidade de vida de uma sociedade.

Segundo o relatório publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2012), entre as preocupações mais urgentes dos idosos em todo o mundo está a garantia de renda. Esse é o ponto mais frequentemente mencionado, juntamente com a saúde. Ambas as questões também estão entre os maiores desafios para os governos que se defrontam com populações em fase de envelhecimento. Serro Azul (1981) citado em Ferraz e Peixoto

(1997), relaciona as condições sociais, econômicas e de saúde à longevidade dos indivíduos, destacando que esta depende, em parte dos recursos financeiros disponíveis.

Para Weber e Tomé (2012), a independência e autonomia no envelhecimento são um desafio. Ter liberdade para realizar seu trabalho, liberdade moral e intelectual, administrar a sua própria vida, buscar meios para prover suas necessidades financeiras são um exercício que muitos almejam poder realizar.

Não há dúvida quanto ao olhar dos idosos sobre a importância da adoção de estilo de vida saudável nessa etapa da vida. O que se nota é que os seus hábitos estão cada vez mais inusitados e explorados no território. Estão mais ousados e se cuidando através da prática de atividade física regular, adotando uma reeducação alimentar, criando oportunidades para alcançar uma melhora na qualidade de vida e aumentar sua expectativa de vida.

Dentro desse contexto, estudos têm evidenciado que a maioria dos indivíduos idosos que praticam atividades físicas possui boa ou muito boa qualidade de vida, contribuindo principalmente como mudança de hábito de vida, fatores de prevenção, proteção e promoção da saúde na sua multidimensionalidade físico psíquico e social, tendo todos esses benefícios diretamente ligados à saúde e qualidade de vida desse grupo populacional (LOPES et al, 2013; SOUSA et al, 2010; SILVA, 2011).

Diante de tal situação, Ferreira, (2015) afirmam que a prática de exercícios regulares configura um importante recurso para evitar a instalação e ou manutenção de doenças decorrentes do envelhecimento e promove uma melhor longevidade. Ainda nesse contexto, Gobbi e colaboradores (2009) acrescentam que a inatividade física é um dos mais importantes fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, além de ser muitas vezes associada à dieta inadequada, o que favorece a elevação da incidência de doenças crônicas.

O que se pode observar é que a mudança do padrão no comportamento e o hábito de saúde no processo de envelhecimento estão cada vez mais conscientes na sociedade. Passa a ser uma percepção que cada idoso constrói sobre si, refletido nos determinantes sociais que os fazem doentes precocemente, sendo este um fato construído ao longo da sua linha do tempo num constante processo de cuidado de si mesmo.

Apesar de muitos entrevistados não se mostrarem familiarizados com o significado da palavra “ativo”, ao serem questionados com o termo “envelhecimento ativo”, ressaltaram, em suas falas, medidas para se envelhecer ativamente.

É inegável que estamos diante de uma parcela da população idosa mais independente, autônoma e disposta a prolongar cada vez mais os seus anos de vida e isso têm proporcionado a sua participação ativa nos diversos espaços na sociedade. Os idosos estão a cada dia desmistificando o estereótipo da velhice inútil e infeliz, e inventando novas formas e alternativas em conduzir essa etapa da vida que, para muitos, é prazerosa, embebida com muita disposição, gás e pique para viver. Estamos falando de uma parcela da população totalmente ativa e que cuida de si mesma, e não necessariamente importa a idade cronológica que eles têm, se enxergam exatamente no mais alto grau da juventude, autonomia, vitalidade e com a capacidade física e mental de trilhar novas aventuras, expandir e viajar nos seus próprios limites e desafios impostos não pela mudança demográfica, mas pela revolução tecnológica, social, econômica, dentre outras. É uma grande conquista observar tanta vitalidade envolvida nesse processo de reinvenção e redescoberta que transcendem a alma desses sujeitos e, à medida que envelhecem, se transformam e se realizam com capacidade de enfrentar seus medos e seguir firme no curso da vida com passos longos em busca do bem viver. De acordo com Ramos como citado em Ferretti et.al (2011):

[...] o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho certamente será considerada uma pessoa saudável. Pouco importa saber que essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e que toma remédio para depressão – infelizmente uma combinação bastante frequente nessa idade. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável (RAMOS, 2003).

Para Valer e colaboradores (2015), o envelhecimento saudável assume uma conceituação mais ampla do que a ausência de doença, sendo considerado um processo de adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida, o que permite aos idosos manterem seu bem-estar físico, mental e social, estando a saúde fortemente relacionada à manutenção de uma boa velhice e à identificação de seus determinantes.

Essa reflexão nos remete às ideias da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre os indivíduos que mantêm bom funcionamento em idade avançada, sendo exemplos de que o potencial para a saúde e bem-estar continua na velhice. Essas pessoas têm muito a nos ensinar sobre as condições, comportamentos e atitudes que mantêm a vitalidade na velhice (OMS, 2005; FONSECA, 2016).

Há de se considerar que um envelhecimento ativo significa, para os idosos, desenvolver atividades no dia a dia que proporcionem prazer, vigor e bem-estar, sempre criando e inovando, no sentido de se manterem autônomos e participativos nas comunidades a que pertencem.

Para alguns idosos, a repercussão da velhice e a sua relação com a saúde não é experimentada com tanta felicidade, mas é atravessada por significados negativos, relativos às perdas biológicas e emocionais, como o desânimo, a tristeza, o descontentamento com a família e ou com a sua própria imagem corporal, como expuseram de forma expressiva e particular.

Segundo Neri e Resende (2009), o que se observa são a ocorrência das alterações vivenciadas na velhice, que fizeram emergir inúmeros estereótipos e ideias preconcebidas pelo próprio idoso acerca do declínio funcional e das modificações biopsicossociais que ocorrem nesse período. Nesse sentido, o envelhecer e ser idoso está ligado a uma denominação depreciativa, o que pode propiciar, a partir desta visão, o aparecimento de crenças negativas a respeito dessa fase da vida.

Estes fatores estão muito presentes no convívio e nas práticas dos idosos e evidenciam-se com mudanças físicas e comportamentais no ambiente sociocultural onde eles são construídos e vividos, podendo levar a uma variedade de condições que afetam a percepção do indivíduo relacionado à vitimização, gerando uma superproteção que prejudica a sua autonomia e independência, como também o inibem a sua participação de forma mais ativa na sociedade (CABRAL et al, 2013; NERI, 2006). Assim, tais fenômenos influenciam nas atitudes dos idosos perante a velhice, visto que as atitudes da sociedade com relação ao idoso interferem na sua percepção, e determinam as lentes pelas quais se vê a velhice (NERI e RESENDE, 2009).

Viver em um país capitalista com alta concentração de renda é estar submetido à desigualdade social, como apontaram os sujeitos do estudo no tocante a necessidades

socioeconômicas. Os idosos citaram que a situação financeira é uma condição humana básica primordial no meio em que vivem. A falta dela contribui bastante para o nível de saúde do idoso e impossibilita ao indivíduo o acesso a uma boa alimentação e atividade de lazer, por exemplo, contribuindo negativamente no percurso da vida.

Ratificando o conceito ampliado de saúde, expresso na Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de doenças e outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal, 1988). Sobre isso, Tahan e Carvalho (2010) apontam que os fatores econômicos influenciam na qualidade de vida da população, pois a situação econômica oferece suporte material para o bem-estar do indivíduo de acordo com suas vivências.

Reforçando esse pensamento, foram observados resultados parecidos no estudo de Marques, Sánchez e Vicario (2014) sobre a percepção da qualidade de vida dos idosos portugueses, que apontavam ter o conforto do meio ambiente físico, usufruto de bens materiais e dinheiro. Os achados destes autores vão de encontro à literatura, pois segundo a Rede Europeia Anti-Pobreza (EAPN) (2011), apesar do aumento das reformas nos últimos anos, os idosos são o grupo etário que mais fortemente continua a ser atingido pela pobreza.

Fica claro que a situação econômica desempenha um papel fundamental na determinação das condições de saúde do próprio idoso e de sua família e, surgem assim, como fatores fundamentais para a manutenção da saúde (VIDMAR et al, 2011; UCHÔA, FIRMO e LIMA-COSTA, 2011).

Deste modo, os idosos consideram que as necessidades socioeconômicas muitas vezes determinam a condição patológica do envelhecer e que isso ocorre, especialmente, quando não se permite ao sujeito ampliar a percepção de si mesmo, da vida e do mundo. Esta visão o impossibilita de usufruir condições adequadas que lhe garantiriam melhor qualidade de vida e como consequência, o envelhecimento saudável.

Com o passar dos anos, chega uma hora na velhice que alguns idosos vão perdendo seu espaço social. Justo esse indivíduo que já se viu muitas vezes cercado de parentes, amigos ou colegas de profissão, se enxerga sozinho nesse momento da vida, até mesmo acometido por uma forte depressão, conseqüente do sentimento de desânimo e vazio. Isso é notado pelos entrevistados, até mesmo dentro do seu próprio domicílio, principalmente pelas pessoas mais

jovens, das quais esperavam mais atenção e reconhecimento. Citam também exemplos dessa necessidade nos outros pontos de apoio em que circulam, sempre há alguém com uma queixa ou outra de uma tristeza, acrescida da necessidade de (re)aproximação e a manutenção do vínculo afetivo com a família ou outras pessoas queridas.

Porto (2005), citado em Oliveira e colaboradores (2014) confirmam os achados sobre a percepção dos idosos no processo de envelhecimento, quando os sujeitos da pesquisa foram interrogados a respeito do que consideravam como necessidades específicas de suas faixas etárias, a maioria respondeu que o mais importante é o convívio carinhoso com a família. Para o autor, a família é a estrutura mais importante na vida do ser humano, seu alicerce, sendo para os idosos uma garantia de continuidade, de prosseguimento, a partir dos ensinamentos que eles na maioria das vezes repassaram.

Para Rissardo et.al. (2011), é a família que propicia os aportes afetivos necessários ao desenvolvimento de seus componentes, tornando-se um espaço indispensável para a sobrevivência e proteção dos idosos e espaço privilegiado para absorção dos valores éticos, humanitários e aprofundamento dos laços de solidariedade. Neri (2009) acrescenta que os idosos, assim como em qualquer idade, precisam das redes de relações sociais e do suporte familiar para saber que são amados, cuidados e valorizados.

Parece claro e natural na visão desses idosos a perda da socialização na velhice, mas de fato, nos faz compreender a importância da permanência no seio familiar e nos espaços urbanos para a sua existência, sendo essas redes de apoio vistas como um alicerce para toda a sua vida.

Estar velho pode significar, atualmente, a falta de integridade física, que é uma característica inerente com o avançar dos anos por conta das mudanças fisiológicas, cognitivas e corporais que o acompanham o processo de envelhecer. Observamos que os idosos expressaram com angústia esse déficit físico, como uma fase de impotência, experimentada com sintomas de dor corporal e inatividade física, o que contribui para o envelhecimento patológico, mudando totalmente a qualidade e dinâmica das suas vidas.

No estudo de Menezes e Lopes (2014), é possível observar que as vivências negativas dos idosos estão muito mais relacionadas com doenças e limitações do que com o processo de envelhecimento em si, demonstrando que estas questões realmente ocasionam enorme preocupação entre os indivíduos. Para os autores, pode ser fruto de uma cultura que idealiza o

idoso como inútil e doente, ou saudável e sábio, concepções que podem interferir na execução do cuidado, como simples técnica, deixando de lado sentimentos, e até na própria concepção do idoso sobre a velhice.

No entanto, a velhice sempre foi associada a doenças, perdas e limitações, sob influência do modelo biomédico, estigmatizando essa fase como um período de decadência e perdas. E, infelizmente, ainda hoje essa visão negativa permanece, pois as doenças e alterações físicas determinam o significado negativo para o envelhecimento, que repercute em baixa autoestima para os idosos, especialmente ocasionada pela falta de autonomia ou por não poderem exercer suas atividades rotineiras (GARRIDO e MENEZES, 2002; MENESES et al, 2013).

Quadro 3 - Categorização temática extraída com base na percepção dos idosos sobre o cuidado de si.

<i>Conceito / categoria</i>	<i>SUB 1- Cuidado espiritual</i>	<i>SUB 2- Cuidado com a corporeidade</i>	<i>SUB 3- Cuidado com a cognição</i>	<i>SUB 4 – Relação com a saúde integral</i>
<i>Cuidado de Si</i>	<p>Ent. 1) (...) “ eu quero cuidar de mim pela parte espiritual sempre em primeiro lugar, eu procuro sempre me preparar, e o meu preparo espiritual vêm de tudo aquilo que eu estudei, desde jovem, eu não sei viver sem um amparo espiritual, eu tenho muitas provas de grandiosidade do plano espiritual.”</p> <p>Ent.3) (...) “Olha! antes eu tenho compromisso com a igreja, vou para a igreja, faço parte do conjunto musical que isso pra mim é muito importante, eu gosto muito de louvar, cantar.”</p> <p>Ent. 5) (...) “ faço as coisas, vou para a igreja, sempre estou em movimento, jamais eu penso em ficar em cima de uma cama entrevada, muito ruim, né?”</p> <p>Ent. 09 (...) “Graças à Deus, sou católica, vou à missa e todo dia que eu me deito, agradeço à Ele por mais um dia que Ele me deu, todo dia eu rezo.”</p>	<p>Ent. 1) (...) “eu fiz aqui no Vidigal umas aulas de salsa e merengue com o bailarino, eu e as alunas do Ronaldo.”</p> <p>Ent.3) (...) “eu gosto muito de louvar, cantar, gostaria de dançar, mas danço na presença de Deus, me alegro muito na hora do louvor, me alegro no senhor, viu? ”</p> <p>Ent. 6) (...) ”olha você pode até perguntar para o Ronaldo, qualquer tipo de exercício que ele manda eu fazer, não tenho dificuldade em nada.”</p> <p>Ent. 7) (...) “eu faço as minhas atividades, eu estou indo para o pilates nas segundas e quartas de tarde, é aqui mesmo no Vidigal, lá na igreja.”</p> <p>Ent. 8) (...) “antes da academia eu já caminhava, caminhava.”</p>	<p>Ent. 1) (...) “aí na sexta eu tenho duas horas de aula de espanhol, eu também quis fazer assim, como se fosse uma brincadeira, mas pra mim é como se fosse. Na quinta feira eu faço hidrocriativa, esse tem um nome em inglês, não sei o que é, mas por exemplo, eu fiz um livro com as minhas próprias mãos e orientação, eu gosto disso. E agora também eu tenho aula de memória e informática na Maria Haydée.”</p> <p>Ent. 3) (...) “eu fico ali cuidando das minhas plantas, eu tenho na rozeirinha abençoada com rosa miúda.”</p> <p>Ent.4) (...) “até o passatempo preferido eu tô fazendo agora, sabe aquela revistinha de caçar palavras? Como faço, faço é muito, eu já amanheço o dia, passo café e sento lá no sofá, aí depois eu vou fazer as coisas, faço muito, compro muita revistinha daquela.”</p> <p>Ent. 7) (...) “eu todo dia vejo a internet, que eu tenho de lá tudo, Portugal. Eu vejo eles do lar da terceira idade, pelo face.”</p>	<p>Ent. 1) (...) “eu não tenho vícios, eu não bebo, eu não fumo, eu não tenho vícios de espécie alguma.”</p> <p>Ent.5 (...) “antes de entrar pra academia eu já me movimentava, fazia uma coisa, fazia outra, então pra gente viver mais com saúde, né?”</p> <p>Ent. 4) (...) ”. Aí pra cuidar de mim mesma sou um pouco desmantelada, eu tenho que andar, pô de manhã cedo, eu comecei né, mas parei, aliás isso já é preguiça, não é? Quando em penso em descer o morro, já desisto.”</p>

Para contemplar essa categoria, investigou-se como os idosos cuidam de si no processo de envelhecimento. A maioria dos idosos do estudo enxergou esse cuidado associado à tríade: mente, corpo e espírito. A partir dessa compreensão, teremos as subcategorias que serão discutidas posteriormente: espiritualidade, corporeidade, cognição e a relação com a saúde integral.

No contexto de sentimento e força existencial, a espiritualidade pode ser agregada na velhice desses respondentes como uma das soluções de enfrentamento e resiliência para situações adversas, constituindo-se de aspectos emocionais e motivacionais. É a própria vivência, experimentada através dessa conexão espiritual com Deus ou um ser superior maior, no percurso de suas vidas, ressaltado como uma necessidade humana básica essencial, que lhes servem de apoio e força para enfrentar as batalhas do dia a dia e assim, prolongar a sua longevidade (OLIVEIRA e ALVES, 2014).

A esse respeito, Serralheiro citado por Caldeira e colaboradores (2011) definem a espiritualidade como:

Uma força viva no interior de cada um de nós que nos leva a uma maior plenitude de vida. É a resposta única e pessoal aos apelos da autenticidade e à ultrapassagem da banalidade. A espiritualidade é a situação de toda a pessoa humana que procura autenticidade face a si própria, aos outros e à vida, é o sentido profundo dos acontecimentos da sua vida pessoal, da vida dos outros e da história. Esta procura de autenticidade é a força interior que permite unificar e dar um sentido definitivo à existência. (CALDEIRA ET AL, 2011)

Para os autores, quanto mais formos capazes de reconhecer esta realidade, mais receptivos estaremos com infinitas qualidades do bem em nós. Isso nos dará empoderamento através da força interior para superar dificuldades, obstáculos e nos permitir uma maior plenitude de vida.

Dal-Farrai & Geremia (2010) pontua que nenhuma força interior - curativa é mais impressionante ou mais universalmente acessível do que o poder do indivíduo de cuidar de si mesmo e de se curar. Nessa linha de raciocínio, Lindolpho, Sá e Roberts (2009) sugerem que a espiritualidade é uma dimensão que aborda as possibilidades de criar, sonhar, brincar, imaginar, além de dar liberdade para ser e estar; de crer, acreditar, conhecer e transcender. Desse modo, também inclui a religiosidade, que se manifesta mais facilmente, como parte da

espiritualidade citada por eles neste estudo como uma das atividades importantes no cuidar de si.

No estudo sobre a longevidade segundo histórias de vida de idosos longevos, estes apontaram a religiosidade como uma forte representatividade entre os idosos, sendo a fé uma força propulsora e protetiva das suas vidas, expressando sua devoção como verdade incondicional (WILLIG, LENARTD e CALDAS, 2015). Outro estudo sobre espiritualidade e religiosidade, que investigou idosos em uma unidade de tratamento oncológico, observou que a crença religiosa, a fé e o ato de rezar surgiam para abrandar os sofrimentos e como um mecanismo de resiliência, conduzindo à saúde (TUOTO, LENARDT E VENTURI 2009).

Corroborando os resultados supracitados, Evangelista et.al. (2016) afirmam que a espiritualidade envolve os sentimentos de fé e de sentido à vida, podendo estar associados à crença em um ser superior que, sobretudo, não desampara.

A fé é impalpável, imensurável e complacente na vida do idoso. Oliveira e Jungues (2012) traz a religiosidade como a capacidade que cada pessoa tem de vivenciar a experiência religiosa e que produz uma energia interior capaz de modificar suas atitudes e comportamento.

Fica claro que para os idosos que a religiosidade e a espiritualidade são essenciais à vida. Eles veem em ambas a segurança para o seu processo vivencial como uma estratégia no enfrentamento e a busca inerente pela paz interior e por novos significados diante da vida.

Pensar no estereótipo do velho em casa, fazendo tricô na cadeira de balanço ou cuidando dos netos para o resto da vida está sendo modificado com o passar do tempo. Isso é notório e, atualmente, temos observado em nossa sociedade uma grande população longeva cada vez mais empolgada, energizada, interessada em cuidar de si mesma e a permitir-se viver a sensação de descobrir o valor da liberdade tardiamente conquistada. Indo mais adiante, observamos que eles estão com novos sonhos, projetos e vontade de viver. São homens e mulheres que não se estagnaram no tempo e estão fazendo o que gostam, seja caminhar, dançar, cantar, louvar ou nadar o que está em jogo é o redescobrimo-se, são os sujeitos reinventados no Século XXI.

É nesse sentido que todo o tempo os relatos versam e apontam para o paradigma da nova velhice, tendo como “ocupar o tempo livre” o principal impulso para mantê-los ativos

nos diversos equipamentos sociais, como o centro de convivência, a academia carioca, a igreja e até mesmo a piscina localizada na comunidade da Rocinha.

Partindo desse olhar, percebe-se que o envolvimento nas atividades do dia-a-dia desses sujeitos ativos e energéticos é algo enriquecedor, que os torna capaz de transcender e dar voz através de seus corpos e de suas almas, oportunizando sua liberdade de expressão, configurada como novos atores sociais e exploradores de construções do envelhecimento. E, a partir desse movimento de reconstrução de si mesmo, surge um significado para as suas vidas, estando sempre em movimento na busca de um sentido para viver mais e mais.

Tendo o corpo reconstruído em seus discursos envolvidos nas diversas práticas corporais, expressando sobre isso o corpo em atividade e liberdade, alcançando os limites na sua dimensão.

Nesse universo, Borges (2014) nos faz refletir sobre a importância de acordar o corpo para produzir pensamento e criar possibilidades de enxergar novos mundos e novos horizontes a partir das experiências sensíveis. O que a autora nos chama atenção é para fazer o corpo expandir e não o contrair, o que ela chama de corpo intensivo e pulsátil, e a partir dessa oportunidade você está encontrando os acasos, podendo constituir com ele esses novos lugares para a sua existência. Borges ressalta, ainda, que essas trocas no corpo e na relação com o ambiente referem-se a afetos, a tudo aquilo que se forma por meio das experiências dos encontros e que, quando você fecha seu corpo a eles, adoece, rompe sua mobilidade e interrompe o seu processo vital.

Para Liberman (2010), o corpo se revela surpreendente, produzindo respostas inéditas evidenciadas por falas, assombros e contatos com um emaranhado de emoções, que permitem ao sujeito reconhecer-se como vivo e em permanente transformação.

Segundo Spinoza (2008), citado por Silva (2011), o corpo humano pode ser afetado de muitas formas pelos corpos exteriores, do mesmo modo que está disposto de determinada maneira que os afeta de diversas formas e, conseqüentemente, como a mente percebe tudo o que acontece no corpo humano. Para outras interpretações, esse corpo é simbólico, atravessado pela linguagem, o corpo da representação, com representação no psiquismo, onde a pulsão está representada, é o corpo pulsional, o corpo da pulsão em estado bruto (GOLDFARB, 1998).

Como lidaremos com tantas novidades e segredos na longevidade para a qual não estávamos preparados? Algo muito importante nesse processo é que a sociedade aprenda a lidar com um mundo envelhecendo, pois estamos convivendo com idosos com grandes perspectivas de vida, possibilitado por novos avanços na educação, saúde e com a introdução da era digital, ocorrida em nossa sociedade.

O interesse em ocupar novos espaços sociais é cada vez mais notado por esse segmento populacional, seja em casa, no lazer, na escola ou trabalho. É fato, estamos diante de indivíduos mais curiosos, dispostos e interessados a aprender um novo idioma, a utilizar as redes sociais diariamente, a “antennarem-se” sobre o cenário político do país, pela televisão, etc. Na verdade, o que importa é alcançar novos voos, novas lições e preparar-se para futuros desafios nessa longa caminhada.

Nessa perspectiva, a história de vida dos amigos, hoje também longevos, é retratada por uma entrevistada através do seu contato verbal, escrito e visual realizado diariamente pelo *Facebook*, (re)aproximando, assim, os seus laços afetivos. Isso pode ser justificado por Ferreira e colaboradores:

Quando chegam à velhice, muitos sujeitos acabam perdendo os laços sociais que ao longo da vida cultivaram, com impedimentos de locomoção em virtude de comprometimentos físicos e de saúde, e o uso das tecnologias, ainda que seja em casa, proporciona a diversificação das redes sociais através da interação e integração com diferentes pessoas, serviços e lugares, tornando-se um meio eficiente de comunicação. (GOULART ET AL, 2012, p. 25)

A idosa enfatizou ainda o prazer pela leitura diária, mas pontuou a necessidade de ser incluída em outras atividades cognitivas devido ao lapso de memória recorrente, que a deixa preocupada. De acordo Ramos (2012), o desejo pela leitura só permanece se for instigado, se tiver sido proporcionado um momento para conhecer, habituar-se e, então, poder tornar-se um hábito.

Para Lima (2007), é imprescindível que o idoso seja incitado ao aprendizado das novas tecnologias, a internet é uma possibilidade de tirá-lo da sua zona de conforto de atividades rotineiras e colocá-lo em um caminho de novas aprendizagens que possam melhorar sua qualidade de vida. Sobre isso, Zabka comenta:

Que as habilidades mentais fluídas na vida dos idosos perpassa pela motivação e é uma realização, um dos principais benefícios gerados para os envolvidos na ação educativa é o entendimento de si como sujeito dentro do seu contexto social, e esta corresponde a um aspecto fundamental para o desenvolvimento humano e para a sua autonomia. (ZABKA, 2012, p. 147)

Na atualidade, a visão de idosos isolados das atividades sociais, aos poucos, começa a ser reconstruída, em razão de uma maior longevidade somada com uma expressiva melhora na qualidade de vida (FERREIRA et.al, 2012).

Ainda nesse cenário, a necessidade de socialização e o interesse na busca por novos conhecimentos, onde os saberes são observados através de um ritmo de vida frenético, é detalhado por outra idosa, inserida em diversas atividades intelectuais e cognitivas ofertadas no Centro de Convivência Maria Haydée, tendo este lugar como a “sua nova casa”, oportunizando a possibilidade de conviver com outros públicos de diferentes idades e culturas sociais.

Sobre isso, Viana (2009) comenta que a libertação é uma coisa muito interessante de percebermos nos idosos, pontuando que, normalmente, quando chegam aos 60 anos, uns antes, outros depois, mas quase todos alcançam uma libertação social.

As circunstâncias do aprender incitam a renovação do horizonte de mundo, alocando os indivíduos na condição curiosa e epistemológica do saber. Isso demonstra que o interesse de pessoas com mais de sessenta anos em iniciar um curso de informática é visto como um desafio, em virtude da quantidade de conceitos, mecanismos e técnicas que devem ser, praticamente, decorados, além de exigir maior interação, prática e constantes atualizações para continuarem inseridos no meio. (KACHAR, 2010; FERREIRA et al, 2012). Em face de uma época globalizada, o estudar um idioma é uma realidade para uma parcela de idosos, o que comprova que quando se tem interesse não há limite de idade para aprender (FERREIRA et al, 2012).

Manter a mente ativa e aberta para o aprendizado em todas as fases da vida é garantir condições facilitadoras para lidar com as constantes transformações sociais, culturais e tecnológicas que envolvem a sociedade em todos os segmentos (GOULART E FERREIRA, 2012).

A manutenção da vida e a autoestima nesse ciclo podem ser preservadas por meio da estimulação das funções mentais, como nos jogos para memória. A contínua atividade intelectual, como a leitura, exercícios de memória, palavras cruzadas e jogo de xadrez contribuem para a manutenção da memória (GOULART; FERREIRA, 2012). Além disso, um estilo de vida ativa, como a prática regular de atividade física e uma dieta saudável são regras básicas para a manutenção da memória (BUSSE et al, 2008; CARDOSO, CAVOL E VIEIRA, 2007; MATSUDO, 2002). Corroborando os dados, Papalia e Olds (2000), como citado por Goulart e Ferreira (2012), descrevem que a atividade mental continuada ajuda a manter o desempenho em nível mais elevado, quer essa atividade envolva leitura, conversação, palavras cruzadas, jogo de cartas ou xadrez, ou voltar para a escola, como cada vez mais adultos estão fazendo.

Portanto, o Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) e a Organização Mundial da Saúde (OMS (2015) conferem à aprendizagem ao longo da vida algo importante, não somente para a empregabilidade, mas também para favorecer o bem-estar no curso da vida. É uma base que sustenta todos os outros pilares do envelhecimento ativo e nos instrumentaliza para permanecer saudáveis, resilientes e engajados na sociedade.

Observando as entrevistadas, há uma relação entre o cuidado de si e a manutenção da saúde, atribuída à boa qualidade de vida, com bons hábitos e costumes, com a ajuda da terapia, tornando o idoso consciente da manutenção das suas ações e condutas. Sobre isso, Pereira (1997), como citado em Cardoso e Ferreira (2008), afirma que a avaliação da qualidade de vida implica não somente na consideração do bem-estar objetivo, isto é, das condições de vida da pessoa, mas também do bem-estar subjetivo, ou seja, do modo pelo qual as pessoas percebem os diversos domínios de sua saúde.

Quadro 04 – Categorização temática extraída com base na percepção dos idosos sobre o Programa Academia Carioca da Saúde

<i>Conceito/ categoria</i>	<i>SUB 1 – Facilidades</i>	<i>SUB 2 – Dificuldades</i>
<i>Programa Academia Carioca da Saúde</i>	<p>Ent. 1) (...) “eu achava o ambiente aqui bom com o Ronaldo e as alunas dele, aqui é um ambiente gostoso, eu gostava de tá aqui junto, gostava de ficar aqui com as minhas amiguinhas da Paraíba, são ótimas, ótimas (risos).”</p> <p>Ent.2) (...) “mais aqui pra mim na academia eu venho às terças e quintas, o dia da Maria, eu me sinto muito bem, ficar aqui junto com elas. O povo até me acha simpática aqui”.</p> <p>Ent. 5) (...) “eu me sinto bem, eu me sinto tão leve no outro dia, tão alegre, com aquela disposição, né? Eu consigo fazer as atividades, eu dou primeiro uma caminhada, né”?.</p> <p>Ent. 06) (...) “quando eu estava na outra academia lá em São Gonçalo eu fazia exercício lá também, e de lá eu vim pra cá, eu pagava academia, mas aqui é diferente, eu me sinto bem hoje” (...) olha eu saio de casa às 6:30 da manhã pra quando o Ronaldo chegar aqui, eu já ter feito todos esses aparelhos”.</p> <p>Ent. 07) “ A relação aqui com o pessoal é muito boa, virou tudo tipo família, e se uma disser: – eu tô precisando disto, eu tô triste, todo mundo se junta para dar uma força”.</p> <p>Ent. 08) (...) “ Eu me sinto bem, o pessoal aqui é maravilhoso, trata a gente muito bem, eu me sinto bem, graças à Deus, e tudo na paz”.</p> <p>Ent. 10) (...) “a relação com o pessoal aqui é ótima, temos um grupo aqui da terceira idade, a relação é boa, graças à Deus”.</p>	<p>Ent. 1) (...) “eu gosto de fazer ginástica e alongamento. Eu não posso fazer tai chi chuan porque aqui não tem. (...) eu deixei de vir aqui por esses problemas de saúde, e fiquei um pouco parada e tal, quando eu voltei de Portugal, eu tentei vir, mas aí eu desanimei de uma tal forma”.</p> <p>Ent.2) (...) “às vezes eu fico até sem fazer atividade por causa da clavícula, porque eu não fiz cirurgia, o médico esperou calcificar”.</p> <p>Ent.5) (...) “tá precisando de uma reforma nesses aparelhos, muito enferrujado, mas é muito bom mesmo assim, graças à Deus”.</p> <p>Ent. 08) (...) “mais tá caindo aos pedaços, já caiu aquela óoo... o banco já caiu, cadê ninguém que não vêm botar? Esses aqui está tudo se acabando, tá vendo? Tá tudo quebrado, precisa vir alguém dar uma arrumada, né? Daqui a pouco não tem mais nada pra gente fazer atividade... Ah! O Ronaldo agora saiu daqui, né”?.</p> <p>Ent. 09) “Eu me sinto bem quando eu venho aqui, eu gosto daqui, mas às vezes eu tenho um pouco de receio, tá tendo confusão com a polícia, tiroteio”.</p> <p>Ent. 10) (...) “às vezes o grupo saía para dar um passeio, aí, assim, o Ronaldo quando estava aqui, ele ia e não sei se ele volta... saía tipo para caminhar, fazer trilha, dar um passeio na Quinta da Boa Vista. Eu ai, como é bem dizer, é o conjunto social da terceira idade (risos)”. (...) “agora falta melhorar, dar uma melhorada, ou trocar esses aparelhos aqui, tem gente que corta a mão, aí tudo enferrujado, já saíram dois bancos dali”.</p>

Adotando posição similar, a entrevistada comenta sobre a importância de manter a atividade física para a manutenção da saúde, entendendo a prática dos exercícios como uma

prática de cuidado de si. Na visão de Guimarães (2007), o exercício físico é essencial para manter uma boa qualidade de vida, pois as perdas são significativas e sabe-se que a inatividade causa mais danos que a senescência.

Um aspecto importante avaliado nesse estudo está relacionado aos motivos que levaram os idosos a frequentarem o Programa Academia Cariocas da Saúde. Os praticantes relataram como benefícios alcançados através da prática de atividade física, a manutenção do estilo de vida saudável, mudança corporal, socialização e a formação de vínculo afetivo entre os usuários e profissionais do Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF), ajudando-os na promoção da saúde e no aumento da expectativa de vida. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde:

[...] indica efeitos socioculturais da atividade física obtidos em curto e longo prazo. Como efeito de curto prazo, o idoso sente-se habilitado para manter sua independência e autonomia, preservando um papel mais ativo na sociedade, aumenta a interação social e intercultural. Os efeitos de longo prazo referem-se a melhorar sua integração na sociedade, podendo contribuir com o seu meio social, manter e adquirir novos papéis sociais e benefícios na saúde. (WHO, 2015)

Toscano e Oliveira (2009) citam a importância da prática de atividade física em grupo nos programas de atividade física, por proporcionar qualidade de vida para a população de idosos, tanto pelo engajamento social, quanto pelas mudanças positivas nos aspectos físicos, o que na prática resulta em maior autonomia e independência para desenvolver as atividades básicas de vida diária. Lopes (2013) e Ferreira et.al. (2015) reafirma que os programas de ginástica apresentam uma grande aceitação entre as pessoas idosas, devido às suas vantagens no que se refere à melhoria da saúde, socialização, integração, novas amizades, além do bem-estar físico e mental entre os idosos.

Sobre isso, podemos dizer que a realização de atividade física regular em programas pode melhorar significativamente a saúde das pessoas e esses benefícios são para a vida toda, tais como: a oportunidade de ter uma vida ativa com maior independência, autonomia e a melhoria da qualidade de vida foram identificadas como muito importante na literatura (LOPES et al, 2013; VIDMAR et al, 2011; BRASIL, 2011).

Outro importante motivo para adesão da prática de atividade física em grupo, apontado pelas idosas entrevistadas, é a busca do condicionamento físico e mental por meio

de caminhada e atividades nos aparelhos ao ar livre, reforçado a cada encontro, e na maioria das vezes, na companhia dos trabalhadores do NASF.

Para Lopes e colaboradores (2010), a prática de atividade física é caracterizada como importante hábito adquirido e a sua continuidade favorece a promoção da saúde e a qualidade de vida da população longeva. A partir do momento em que a pessoa longeva começa a participar de um programa de atividade física, pode-se identificar um passo significativo para uma mudança positiva de atitude.

Dentre as práticas de atividade, a caminhada é indicada como um esforço físico seguro ideal para os indivíduos idosos, que resulta em importantes efeitos benéficos para a saúde, por ser uma atividade que sustenta o peso corporal, é de baixo impacto e que pode ser feita em diferentes intensidades e em qualquer local. Além disso, envolve grandes grupos musculares e contribui para aumentar o contato social, sendo uma excelente opção para aumentar o nível de adesão das longevas (MAZO et al, 2009; MATSUDO, 2001; DIPIETRO et al, 1993). Para Patrício e colaboradores (2008), a prática de exercícios físicos, tais como as caminhadas, apresenta um impacto positivo na preservação da vida e sua prática pode ser um dos fatores que promovem um aumento na expectativa de vida, de forma independente e produtiva (VIDMAR et al, 2011). Oliveira e colaboradores (2012) nos recorda que praticar exercício físico não requer, exclusivamente, frequentar ambientes fechados, tais como as academias, havendo alternativas como as caminhadas diárias ao ar livre.

Dentre as dificuldades encontradas para a não adesão à prática de atividade física no Programa Academia carioca, os problemas de saúde são apontados como fatores impactantes. Os problemas de saúde e a inatividade física, ligados ao processo de envelhecimento, são apontados por Vidmar e colaboradores (2011) como fatores agravantes da saúde na velhice, podendo antecipar e agravar a perda da capacidade funcional, contribuindo para a redução das atividades de vida diárias.

Importa notar que as dificuldades vão muito além das físicas. Os idosos desenvolvem, nesse processo, importantes vínculos afetivos, inclusive com os profissionais. Um claro exemplo disso é que uma dificuldade destacada por eles na Academia carioca se refere à saída recente do educador físico do NASF, evidenciada como uma perda inesperada pelo grupo. As atividades e suas vivências em conjunto com o profissional são lembradas pelos frequentadores longevos, imbuídas de sentimentos e sensações como bem-estar, satisfação

peçoal, interação social e vínculo afetivo entre usuários e um membro da equipe de saúde. A importância da permanência e vínculo do educador físico inserido no processo de trabalho da PACA foi bastante evidenciada.

Sob essa perspectiva, a promoção de atividade física tem destaque na Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída em 2006 pelo Ministério da Saúde, com prioridade para quatro áreas: ações na rede básica de saúde e na comunidade; ações de aconselhamento e divulgação; ações intersetoriais e de mobilização de parceiros; e ações de monitoramento e avaliação (MALTA et. al. 2014; BRASIL, 2006).

Com a criação do NASF, no âmbito da Atenção Básica em 2009, o profissional de Educação Física passou a ser legalmente habilitado para compor o quadro de profissionais atuantes na atenção básica à saúde, como um ator importante na realização e escolha das atividades propostas aos idosos, devendo conhecer as características da população adstrita. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; TRUFILHO et al, 2013).

Outras questões são citadas pelos idosos como dificultadoras para a realização da atividade física no território, por exemplo a falta de manutenção dos aparelhos; dificuldade financeira e de acesso devido à violência na comunidade e a necessidade de implantação de práticas integrativas.

Não há dúvida de que a Academia Carioca da Saúde é vista como um importante equipamento social para os sujeitos em questão, devendo o estado garantir a longitudinalidade do cuidado na saúde deste segmento populacional, conforme sugerido no Estatuto do Idoso, que dispõe no seu Art. 20º sobre a obrigatoriedade do estado em garantir ao idoso “o direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade” (PADILHA et.al, 2015; PADILHA, 2016; BRASIL, 2003). Convém observar que a ênfase na promoção da atividade física por meio da implementação de políticas públicas já acontece a algum tempo, com a experiência do Programa Academia Carioca da Saúde – Escola Manguinhos. O programa implementou as diretrizes da Política de Promoção da Saúde nos seguintes aspectos: ampliação do acesso regular às práticas de atividade física e corporais; estímulo à criação de grupos de educação em saúde que promovam modos de vida saudáveis; estímulo à participação comunitária e integração com a rede intersetorial de serviços de apoio no território, com foco não só no controle das doenças

crônicas não transmissíveis, como também na melhoria da qualidade de vida da população (HALLAL et al, 2009; PADILHA et al, 2015).

Diante de tais informações, sabe-se que viver mais é importante, na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. A autonomia, a participação, o autocuidado, a autossatisfação, a possibilidade de atuar em vários contextos sociais e a elaboração de novos significados para a vida, na idade avançada, são hoje conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos (SANTANA, 2010; SALMAZO, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A beleza da velhice está exatamente na sua singularidade. E também nas pequenas e grandes escolhas que cada indivíduo faz, em cada fase da vida, ao buscar concretizar o seu projeto de vida e encontrar o significado de sua própria existência.” (Goldenberg, 2015).

Em decorrência do percurso feito ao longo desse estudo, a conclusão fundamental, em torno da qual giram aspectos secundários, é a de que a velhice está sendo reinventada. Especificamente, o que chamo de reinvenção da velhice, vai muito além dos dados que estamos acostumados a quantificar para verificar a saúde como sinônimo de doença, quando nos remetemos ao prolongamento da vida. No entanto, não temos dúvida de que o mundo está cada vez mais envelhecido, mas a questão é como olhar por outros ângulos e enxergar a forma com que o ser humano vem experimentando essa fase essencial da vida, o que nos remete a essa relação fundamental aqui explorada: entre o cuidado e si, envelhecimento e saúde.

Nessa perspectiva de longevidade contemporânea, refletir nos trilhos do novo paradigma de envelhecimento no Século XXI é ir muito além desse fenômeno em expansão. Se, por um lado, estamos cada vez mais próximos de sermos considerados o país de cabelos brancos, por outro, observamos uma velhice peculiar nos discursos e modos de vida de cada idoso envolvido nesse estudo. Cada um tem sua própria forma de experimentar a sua existência e vivenciar seus encontros e (re)encontros nos territórios vivo.

Para cartografar as intersubjetividades humanas e as suas singularidades, buscou-se como objetivo central, desvelar os significados e vivências atribuídos ao cuidado de si, pelos idosos frequentadores da Academia Carioca da Saúde. Nessa via de mão dupla, o caminho metodológico nos permitiu penetrar e resgatar na memória desses sujeitos e suas particularidades, o nascimento de novos caminhos e os desafios colocados à experimentação da velhice nos nossos dias.

Nesse contexto, vê-se que a velhice é internamente vivenciada com o duplo desafio de experimentar a solidão e, ao mesmo tempo, reinventar formas de convívio na vida contemporânea. Assim, surge a necessidade de desconstruir a vitimização e abrir caminho à emergência da força própria dessa fase da vida, ainda que essa força esteja por se constituir, em termos de construção social, como algo mais visível.

Sobre a concepção de envelhecimento, os resultados evidenciaram que podemos estar diante de um novo ator social. Logo, há uma vitalidade que está surgindo com as novas potências da vida, condutas, costumes, valores e crenças que reiteram, significativamente, os entendimentos culturalmente associados à deterioração e passividade na velhice. Se, do ponto de vista histórico, a velhice girou durante muito tempo em torno de ideias como a de ociosidade, paz e inutilidade, pode estar emergindo uma nova identidade que coloca na ordem do dia, opondo-se a isso, noções como de atividade física, mobilidade, flexibilidade do corpo e da mente. Isto se traduz no redimensionamento de projetos de vida, aumento do interesse por novas experiências, alegria pessoal e a formação e manutenção de vínculos afetivos, o que independe de uma limitação física instalada. Entretanto, é preciso tomar cuidado para não incorrer naquilo que Debert (2009) define como reprivatização da velhice, ou seja, não responsabilizar indivíduos por soluções igualmente individualizadas para questões que são coletivas e demandam responsabilidades públicas. Nunca é demais lembrar que a velhice é sempre uma construção social, na qual todas as gerações, instituições e sujeitos estão implicados e desafiados.

No que se refere ao envelhecimento e a sua relação com a saúde, podemos perceber que as estratégias utilizadas pelos respondentes apontaram para a boa velhice, através da possibilidade de vivenciá-la como uma etapa de vida prazerosa, agregada aos sentimentos positivos e acompanhada de bem-estar, bom humor, mudança de hábito e elevação da autoestima, conduzindo a um possível envelhecimento ativo, autônomo e independente.

Essa compreensão traz a imagem do novo/velho como uma força vital cíclica, impulsionada e energizada pela ideia de recriação e reinterpretação do mundo e de si mesmo, de encontrar novas maneiras de estar nos espaços sociais, relacionando-se consigo mesmo e com os outros, e crescendo com esses encontros *in vivo*. Por outro lado, ainda que se possam constatar as mudanças positivas, os atributos negativos também foram identificados, dando conta de fatores desconfortáveis no envelhecimento, que impactam diretamente na saúde, dentre eles, o desânimo, a tristeza, a falta de dinheiro, a necessidade afetiva, a falta de integridade física e o descontentamento com a sua própria imagem corporal.

Refletindo as experiências pessoais do indivíduo relacionadas ao cuidado de si, os entrevistados as expuseram em três pilares relacionados ao espírito, corpo e mente. Nesse contexto, ao comentar sobre a necessidade de cuidar da vida espiritual, os idosos enfatizaram

o elemento fé como um fator intimamente particular, que lhes serve de amparo e força para enfrentar as diversidades do dia a dia e, assim, auxiliá-lo no processo de envelhecimento.

Outro elemento importante que aparece nas falas é a preocupação em resgatar certo nível de liberdade, muita vezes conquistada tardiamente através de novos sonhos, projetos e desafios de vida, incorporados no campo da territorialidade e corporalidade, sendo vivenciados por meio de práticas para ocupar o tempo livre, compreendido não tanto como um período de ostracismo e imobilidade, mas, sobretudo, como um tempo para explorar inéditas potencialidades que não se permitiam ou não tiveram oportunidade social de realizar antes. Um exemplo disso é a piscina localizada na comunidade da Rocinha e outros diversos cenários, como o Centro de Convivência Maria Haydée, Academia Carioca da Saúde e igreja católica, que funcionam como espaços mobilizadores de outras dimensões da vida, ainda não aventuradas na sua total plenitude.

Essa relação observada no cotidiano desses idosos nos remete à promoção da saúde como um reforço, através da adoção de conduta protetiva, entrelaçada à dinâmica do corpo como fonte de saúde e de manutenção da vida. Isso demonstra que, ao cuidar do corpo, suas concepções e ideias se ampliam promovendo em síntese o cuidado de si.

Ainda sobre a teia do cuidado e reforçando a ideia do olhar para dentro de si, nota-se um velho que não fica mais naquele lugar que lhe era designado, outrora como um aposento fixo. Essa desconstrução social da imagem da velhice como improdutiva vem sendo, cada vez mais, difundida entre nós, acompanhada do avanço tecnológico na chamada era digital.

É notório que nos dias atuais nos encontramos diante de pessoas mais “antenas” e empolgadas, o que se dá a partir da informatização mundial. O interesse do idoso em ocupar novos espaços sociais foi descrito nesta pesquisa, observando-se um desejo de desafiar o novo, o desconhecido, o que pode despertar curiosidades, proporcionar descobertas e preservar o equilíbrio mental e social.

Apesar da negativa força sociocultural enraizada pela sociedade no tocante ao envelhecimento, percebe-se a necessidade de refletir a nova velhice apresentada a partir desses resultados. É concreto, pois estamos diante de um segmento populacional cada vez ativo, moderno, criativo, jovial, autônomo, enérgico e disposto a reinventar a sua própria história e enfrentar as diversas formas e culturas de envelhecer na atualidade, impostas a cada encontro e experimento no palco da vida.

O futuro estará sempre aberto e oferecer novos espaços de expressão social e oportunizar um novo lugar para a velhice é permitir a construção e (re)construção de discursos e práticas, (re)criando demandas e respondendo paulatinamente aos desafios das políticas públicas nos territórios vivos em que atuam. Ainda é preciso ouvir mais as vozes destes atores sociais que surgiram e protagonizaram essas e outras histórias de vida, acolhendo os novos que virão, imersos na vivência do momento chamado tempo. Pensar no envelhecimento criativo hoje é, sobretudo, provocar e promover intensidades nos encontros inevitáveis que constituem a vida de todo ser, lembrando a antiga lição de Hipócrates (460-377 a.C.): “longa é a arte, breve é a vida! ”.

6 REFERÊNCIAS

- ABOIM, S. Narrativas do envelhecimento Ser velho na sociedade contemporânea. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, São Paulo, v. 26, n. 1, jun. 2014.
- ALEM, A. **Breve relato sobre a formação das divisões administrativas na cidade do rio de janeiro - período de 1961 a 2007**. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/1721_breve%20relato%20sobre%20a%20formação%20das%20divisões%20administrativas%20na%20cidade%20do%20rio%20de%20janeiro.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.
- AMORIM, K. P. C. O cuidado de si para o cuidado do outro. **Revista do Centro Universitário São Camilo**, v. 7, n. 4, 2013, p. 437-441.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- ASSESSORIA DE ATIVIDADE FÍSICA DO RIO DE JANEIRO. **Informativo do Programa Academia Carioca Outubro/2015**. Disponível em: <http://subpav.org/download/acad_carioca/Informativo_outubro_2015.pdf>. Acesso em 10/02/2017.
- ASSESSORIA DE ATIVIDADE FÍSICA DO RIO DE JANEIRO. **Informativo do Programa Academia Carioca Maio/2015**. Disponível em: <http://subpav.org/download/Informativo_Academia_Carioca_Maio2015-01.pdf>. Acesso em 10/02/2017.
- ASSIS, M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A.L., CALDAS, C.P (Ed.), **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2 ed., Rio de janeiro: Ineterciência, p.11-26, 2004.
- AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, 2001, p. 63-72.
- AZEVEDO, N. M. D. **Ensinar para cuidar: o enfermeiro e o familiar cuidador do idoso em internação domiciliar**. 2010. 101 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo : Edições 70, 2016.
- BARBIERI, N. A. **Velhice: melhor idade?**. Reflexão sobre o Tema, São Paulo, v. 01, n. 36, p. 116-119, jan./fev. 2012.
- BARROS, C.; GOMES, A.; PINTO, E. Estado de saúde e estilos de vida dos idosos portugueses: O que mudou em 7 anos?. **Arq Med**, Porto, v. 27, n. 6, p. 242-247, dez. 2013.
- BARROS, R. D. B.; CASTRO, A. M. A. Terceira Idade. o discurso dos experts e a produção do “novo velho”. In: **Estudos Interdisciplinares sobre envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, 2002, p. 113-124.

BARROS, M. L. De. **Velhice ou terceira idade?** estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 4 ed. Rio de Janeiro: FGV, 1998. 235 p.

BASTIANI, J. A. N. et al. As origens da enfermagem e da saúde: o cuidado no mundo. In: PADILHA, M.I. **Enfermagem: História de uma profissão**. São Caetano do Sul: Ed. Difusão, 2011.

BATISTELLA, C. **Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica**. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Orgs.). O território e o processo saúdedoença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-50.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Tradução de Helena Maria Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

_____. **A Velhice: uma realidade incômoda**. São Paulo: Difusão Européia, Volume, 1970.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Revista Arq Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, 1994, p. 1-7.

BOFF, L. **Princípio de compaixão e cuidado**. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **Saber Cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2014.

BOSI, E. **Memória e Sociedade: lembranças de velhos**. 11. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 01, p. 152-157, fev./abr. 2006.

BUSSE, A. L. et al. Efeitos dos exercícios resistidos no desempenho cognitivo de idosos com comprometimento da memória: resultados de um estudo controlado. **Revista Científica em Ciências da Saúde**, São Paulo, v.6, n.4, p.402-407, Nov. 2008.

BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº. 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 16 out. 1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em 25 abr.2017.

_____. Lei Nº. 10.741, de 1º de setembro de 2003. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso e dá outras providências**. São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 01.12.2016.

_____. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf> Acesso em. 15.03.2017.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 abr.2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 2681, de 7 de novembro de 2013.** Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2013.

_____. **Portaria N.º 2446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf>Acesso em 05.02.17.

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

CAFÉ FILOSÓFICO. **A invenção da terceira idade.** Disponível em: http://tvcultura.com.br/videos/56298_a-invencao-da-terceira-idade-guita-grin-debert.html>. Acesso em: 09 abr. 2017.

_____. **Corpo e intensidade.** Disponível em: <http://www.institutocpfl.org.br/2010/09/16/corpo-e-intensidade---helio-borges/>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

CALDAS, C. P. O processo de envelhecimento. In: CALDAS, C. P. **A saúde do Idoso:** a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

CALDEIRA, S.; BRANCO, Z. C.; VIEIRA, M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, Portugal, v. III Série, n. 5, p. 145-152, dez. 2011. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/35-145.pdf>. Acesso em: 12.04.2017.

CAMARGO, B. V. et al. Representações Sociais do Envelhecimento entre Diferentes Gerações no Brasil e na Itália. **Psicologia em Pesquisa**, v. 8, n.2, p. 179-188, jul./dez., 2014.

CARDOSO, A.S; CAVOL, A.L.; VIEIRA, C.J. Envelhecimento e atividade física: influências na memória do idoso. **Revista Digital. Buenos Aires:** v.12, n.113, 2007. Disponível em: Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd113/envelhecimento-e-atividade-fisica.htm>. Acesso em: 12.04.17.

CARDOSO, M. C. S.; FERREIRA, M. C. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.29, n. 2, p. 380-393, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n2/v29n2a13.pdf>> Acesso em: 20.05.17.

CARRARO, T.E, RANDÜNZ, V. **Cuidar de si para cuidar do outro.** In: Reibnitz, K. S, Horr, L, Souza M. L, Sprícigo, J. S, Org. **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas: políticas de saúde e enfermagem.** Florianópolis: PEN/UFSC; 2003. v.2, p.99-111.

CARMONA, C. F., COUTO, V. V. D., SCORSOLINI-COMIN, F. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 4 p. 681-691, out./dez. 2014.

CELICH, K. L. S.; CREUTZBERG, M.; GOLDIM, J. R.; GOMES, I. Envelhecimento com qualidade de vida: A percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 226-232, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/F%C3%A1bio/Downloads/v14n2a12.pdf>> Acesso em: 03.02.17.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. PHYSICAL ACTIVITY FOR EVERYONE . Recommendations. Disponível em <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/recommendations/index.htm> Acessado em 9 de fev. de 2017.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **Envelhecimento ativo**: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil, 2015. Disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em: 18.03.2017.

COIMBRA, J. F. M. **O sentimento de solidão em idosas institucionalizadas**: a influência da autonomia funcional e do meio ecológico. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.

COLLIÈRE, M. F. Cuidado invisível e mulheres invisíveis como provedoras de cuidado de saúde. **International Journal of Nursing Studies**, v. 23, n. 2, 1986, p. 95-112.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, J.R.; FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **REBEN**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2007.

COSTA, S. R. D. Da; CASTRO, E. A. B. De. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Rev Bras Enferm**, [S.L], v. 67, n. 06, p. 979-986, nov./dez. 2014.

COIMBRA, J. F. M. **O sentimento de solidão em idosas institucionalizadas**: a influência da autonomia funcional e do meio ecológico. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Envelhecimento e subjetividade**: desafios para uma cultura de compromisso social. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/05/livro_envelhecimentoFINAL.pdf. Acesso em: 01.06.2017.

COSTA, I. P. D. **Qualidade de vida de idosos no contexto do trabalho e suas representações sociais**. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal da Paraíba, 2015.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador**: as teias de possibilidade de quem cuida. 3. ed. Porto Alegre: Editora Moriá, 2013.

CZERESNIA, D. Freitas C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

_____. **Promoção da Saúde**: conceitos, práticas e reflexões. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 39-53.

_____. **Constituição epidêmica**: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

DAL-FARRAI, R. A; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Canoas, v. 34, n. 4, p. 587-597, fev./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n4/v34n4a15.pdf>. Acesso em: 30.04.2017.

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

_____. Família e Curso da Vida, Política e cotidiano: estudos antropológicos sobre o gênero, família e sexualidade", 09/2006, ed. 1, **Nova Letra**, Vol. 1, pp. 8, p.71-78, 2006.

_____. A Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: Barros, M. (Org.) **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política: 69-85. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

_____. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. **Horiz. antropol.**, Campinas, v. 16, n. 34, jul./dez. 2010.

EVANGELISTA, C. B. et al. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. **Escola Anna Nery** 20, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 176-182, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0176.pdf>. Acesso em: 10.04.2017.

FARIA, E.; SOUZA, V. L. T.. Sobre o conceito de identidade: apropriações em estudos sobre formação de professores. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 15, n. 01, p. 35-42, jan./jun. 2011.

FARIAS, R. G. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade**. 2010. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina: UFSC, 2010.

FERRAZ, A.F.; PEIXOTO, M.R.B. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. **Rev.Esc.Enf.USP**. v.31, n.2, p.316-38, ago, 1997. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/419.pdf>> Acesso em: 30.01.2017.

FERREIRA, A. J. et al. (Org.). **Educação & envelhecimento**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/educacaoeenvelhecimento.pdf>>. Acesso em: 20.02.2017.

FERREIRA, T. K. A. Atividade Física na velhice: avaliação de um grupo de idosas sobre seus benefícios. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 08, n. 01, p. 1303-1313, jul./ago. 2015. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v8/02.pdf>>. Acesso em: 12.03.2017.

FERRETTI, F.; NIEROTKA, R.P.; SILVA, M.R. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.565-72, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop1211.pdf>> Acesso em: 12.02.2017.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, F.B., RIZZOTTO, M.L. F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v 17. n. 2, p. 365-373, abr./jun., 2008.

FONSECA, S. C. D. et al. **O envelhecimento ativo e seus fundamentos**, São paulo: Portal Edições, 2016. Disponível em: http://www.pucsp.br/sites/default/files/download/posgraduacao/programas/gerontologia/ebook_k_-_livro_o_envelhecimento_ativo_e_seus_fundamentos.pdf>Acesso em: 17.04.2017.

FOUCAULT M. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**, São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 6. ed, Brasília: Liber Livro Editora, 2012.

GOULART, D. FERREIRA, A. J. Aprendizagem digital de idosos: um novo desafio. In: FERREIRA. A. J. et al. **Educação e envelhecimento**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012.p. 23-30. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/educacaoeenvelhecimento.pdf>. Acesso em 15.03.2017.

FERREIRA. J. A. et al. Investindo na educação para um envelhecimento com qualidade de vida. In: FERREIRA. A. J. et al. **Educação e envelhecimento**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012, p. 153-157. Disponível em:<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/educacaoeenvelhecimento.pdf>. Acesso em 15.03.2017.

FERREIRA, J. S.; DIETRICH, S. H. C.; PEDRO, D. A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS . **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 792-801, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00792.pdf>>. Acesso em: 18.05.2017.

FREITAS, S. A.; COSTA, M.J. A Identidade Social do Idoso: Memória e Cultura Popular. **Revista Conexão UEPG**, Ponta Grossa. v.7 n.2, p.202-211. 2011. Disponível em: (<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/3718>.Acesso em 28/05/17.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio resumo executivo**. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/portuguese-exec-summary_0.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2016.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2002, v. 24, suppl.1, p.3-6, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000500002>. Acesso em: 12.dez.2016.

GOBBI, Sebastião et al. **Atividade física e saúde no envelhecimento: a experiência do Programa de Atividade Física para a Terceira Idade (PROFIT)**. 2009. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-desauade/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/velhices_envelhecimento_ativo_pdf.pdf#page=284. Acesso em: 12 dez. 2016.

GOLDENBERG, M. **A bela velhice** – 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2015.

_____. **Velho é lindo**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento** : PUC São Paulo: Editora do Psicólogo, 1998. 91 p.

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.

GUSMÃO, N. M. M.; ALCÂNTARA, A. O. Velhice, mundo rural e sociedades modernas: tensos itinerários. **RURIS**, Unicamp, v. 2, n. 1, p. 154-180, mar. 2008.

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do Território. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. **Território e Desenvolvimento: Diferentes abordagens**. Francisco Beltrão:Unioeste, 2004.

HALLAL, P. C. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: O caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.14, n.2, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/761/771>. Acesso em 12.02.2017.

HALL, Stuart. **A Identidade Cultural na Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 1997.

HEIDEGGER, M. A. Questão da técnica. **Cadernos de Tradução**, n. 2. São Paulo: DF/USP, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 jan. 2017.

JEDE, M.; SPULDARO, M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 413-421, set./dez. 2009.

JIMÉNEZ Díaz MC, Pulido Jiménez MC, Villanueva Lupión C, Villar DR, Calero García M. El envejecimiento, la asignatura olvidada en la universidad española: ¿El iceberg de un tipo de negligencia?. **Gerokomos** [Internet] 2011 [acesso em 03 jan 2017];22(1):8-12. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000100002&lng=es

JUNIOR, G. P. Sobre alguns conceitos e características de velhice e terceira idade : uma abordagem sociológica. **Revista Linhas**, v. 6, 2005, p. 1–14.

KACHAR, V. Envelhecimento e perspectivas de inclusão digital. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.13, n 2, p. 131-147, nov. 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/5371/3851>. Acesso em: 07/03/2017.

KUZNIER, P. T. **O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si**. 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

LIBERMAN, F. O corpo como pulso. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 449-460, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200017>. Acesso em: 27.05.17.

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

LINDEMBERG, M. A. Saúde- doença: conhecimento, poder, cultura, ciência e história. **Práxis em saúde coletiva**, 2006. Disponível em: <http://psaudecoletiva.blogspot.com.br/2009/04/saude-doenca-conhecimento-poder-cultura.html>. Acesso em: 12.03.2017.

LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. **O cuidador e sua qualidade de vida**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 80-85, 2000

LIMA, M.P. O idoso aprendiz. Divulgação eletrônica do Programa de Estudos Pós Graduandos em Gerontologia e do Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (NEPE), São Paulo: PCU/SP, 2007. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com.br/>. Acesso em 25.02.2017.

LINDOLPHO, M. da C., SÁ, S. P. C., ROBERS, L. M. V. Espiritualidade/religiosidade, um suporte na assistência de enfermagem ao idoso. **Em extensão**, Uberlândia, v. 8, n. 1, p. 117-127, jan./jul., 2009. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HcU3qqS7ciwJ:www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/download/20436/10891+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 18.03.2017.

LINDOLPHO, M., SÁ, S. P. C., CRUZ, T. Estimulação cognitiva em idosos com demência: uma contribuição da enfermagem. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano: RBCEH**, V. 7, n. 1, 2010, p. 125-131.

LOPES, M. A.; KRUG, Rodrigo de Rosso; MAZO, Giovana Zarpellon; BONETTI Albertina. Percepção de idosas longevas sobre atitudes positivas diante da prática de atividade física: um estudo em grupo focal. **Saude & Transformação Soc.** Florianópolis, v.4, n.3, p.91-97, ago. 2013. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao>. Acesso em: 21 abr. 2016.

LOURENÇO, R. A. VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 4, 2006, p. 712-719.

LOURENÇO, R.A. A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. **Revista Hospital Universitário Padre Ernesto**, v.7, n. 1, p. 21-29. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, 2008.

MALTA, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4311, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4301.pdf>> Acesso em: 24.05.2017.

MARQUES, E. M. B. G.; SÁNCHEZ, C. S.; VICARIO, B. P. Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. **Revista de Enfermagem Referência, Portugal**, Série IV, n. 1, p. 75-84, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a09.pdf> Acesso em: 03.03.2017.

MATSUDO, S. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Revista Mineira de Educação Física**. v. 10, n. 1, p. 195-209, 2002.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MEDEIROS, S. da A. R.; FEIJÓ, M. das C. C. A sociedade histórica dos velhos e a conquista de direitos de cidadania. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n.1, São Paulo, p.109-123, 2011.

MEDEIROS, P. F. de. BERNARDES, A. G., GUARESCHI, N. M. F. O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 263-269, Set./Dez., 2005.

MEIRELES, M. M. Sujeito(s), representações, discursos e identidade(s) polifônica(s): entrelaçando conceitos. In: III SIMPÓSIO NACIONAL DISCURSO, IDENTIDADE E SOCIEDADE E I SIMPÓSIO INTERNACIONAL DISCURSO, IDENTIDADE E SOCIEDADE: DILEMAS E DESAFIOS NA CONTEMPORANEIDADE, 2012, Campinas, **Anais...** Campinas: UNICAMP, 2012. Disponível em: <<http://www.iel.unicamp.br/sidis/>>. Acesso em: 18 marc. 2017.

MELLO, T. Corporeidade, atividade física e envelhecimento: desvelamentos, possibilidades e aprendizagens significativas. **Ágape**, Uberlândia, v. 01, n. 01, p. 1-34, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.afrid.faefi.ufu.br/sites/afrid.faefi.ufu.br/files/doc/completo_1.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2017.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p.305-314.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MESA, R. et al. Sentimientos morales en la relación de cuidado enfermeras(os) -personas que viven con VIH/SIDA. **Enferm. glob.**, Colômbia, v. 12, n. 29, p. 288-295, jan./mar. 2013.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, set./out. 2012.

_____. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

_____. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília; 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf> Acesso em: 15.03.2017.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Curso de Extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: CEAD: UnB, 2013. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/04/Livro-EaD---Promo----o-da-Sa--de---Academia-da-Sa--de.pdf>> Acesso em 05.02.17.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acesso em: 25 de jan. de 2017.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. Da C. G.; SILVA, A. L. A. Da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 03, p. 507-519, mar. 2016.

MOSCOVICI, S. **The phenomenon of social representations: explorations in social Psychology**. 1984. Disponível em: <<https://is.muni.cz/el/1423/podzim2013/SOC571E/um/S.Moscovici-SocialRepresentations.pdf>>. Acesso em: 30/04/2017.

MORAIS, O. N. P. Grupos de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 4, 2009, p. 846-855.

MOURA, G.A. De; SOUZA, L. K. DE. Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 172-183, jan./jul. 2012.

MENESES, D.; PEREIRA, L. et al. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 15-18, 2013. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/495>>. Acesso em: 30/04/2017.

MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M. Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.14, n. 2, p. 240-7, 2012. Disponível em: Acesso em: 20 nov.2016.

NETO F.; Barroz, J. Solidão em diferentes níveis etários. **Estudos interdisciplinares envelhecimento**, v.3, p.71-88, 2001.

NETO, J. C. Da S.. CAPRA, F.. As conexões ocultas – ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Cultrix, 2002.. **Revista Ambivalências**, Sergipe, v. 3, n. 6, p. 279-282, jul./dez. 2015.

NEVES, E. P. Cuidando e confortando: uma estratégia para a saúde do trabalhador. **Rev Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 133-137, maio/ago., 2002.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NERI, L.A. Saúde e envelhecimento: prevenção e promoção: as necessidades afetivas dos idosos. In: **Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social** / Conselho Federal de Psicologia, Brasília, DF, 2008.

_____. RESENDE, M. C. Ajustamento psicológico e Perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. **Psicologia em Estudo**, n.14, p.767-776, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a17>. Acesso em: 08.03.2017

_____. et al. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: E. V. Freitas, L. et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan ,2006, p. 58-77.

OLIVEIRA, M. R. De; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 469-476, set./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/16.pdf>. Acesso em: 08.04.2017.

OLIVEIRA, N.S. et al. Percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento. **Id on Line Revista de Psicologia**, v.8, n.22, 2014, p. 49-83.

OLIVEIRA, R.M. de. ALVES, V.P. A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). **Revista Kairós Gerontologia**, n. 17, v. 3, 2014, p. 305-327. Disponível em: <file:///C:/Users/F%C3%A1bio/Downloads/23208-59717-1-SM.pdf>. Acesso em: 13.04.2017.

ORTEGA, F. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

OSMO, A., SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, supl.1, 2015, p.205-218.

PADILHA, M. A., OLIVEIRA, C. M. de O., FIGUEIRÓ, A. C. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.375-386, abr./jun., 2015.

PADILHA, M. A.; **Análise do Programa Academia da Saúde à luz dos pressupostos teóricos e metodológicos da promoção da saúde**. 2016. 122 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

PAGOTTO, E.; MARCOS, S.; AFONSO, E. S.. Relações entre a noção de “cuidado-da-alma” e o “conhecimento de si” no Primeiro Alcibíades. **HYPNOS**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-108, jan./jul. 2017.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, 1998, p. 299-316.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no Século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al.(Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kroogan, 2002. p. 2-12.

PEIXOTO, C. E. **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

PINO, M.; RICOY, M. C.; PORTELA, J. Evaluación sobre las características del proceso de envejecimiento a través de relatos de vida. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**,v. 13, n. 31, p. 369-382, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a11v1331.pdf>> Acesso em: 12.10.16.

POPE C., MAYS, N. (Org.), 3. ed. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros**: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

RAMOS, E. D. Cuidado de si, práticas de si contemporâneas e discursos de autoajuda: uma leitura foucaultiana. **Sapere Aude**, Belo Horizonte, v. 7, n. 12, p. 240-255, Jan./Jun. 2016.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saude Publica**, v.19, n.3, p.793-7, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>>. Acesso em 12.02.2017.

RAMOS. M. A prática da leitura como um facilitador do envelhecimento saudável. In: FERREIRA. A. J. et al. **Educação e envelhecimento**. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2012, p. 136-144. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/educacaoeenvelhecimento.pdf>. Acesso em 15.03.2017.

REDE EUROPEIA ANTI-POBREZA (2011). **Indicadores sobre a pobreza. Dados Europeus e Nacionais**. Disponível em: <http://www.reapn.org>. Acesso em 10/02/2017.

ROCHA D. G. et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Cien Saude Colet.**, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014.

RIO, M. C. D.; MIRANDA, D. S. De; BARROSO, A. E. S. **Perspectiva social do envelhecimento**, São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social : Fundação Padre Anchieta, 2009.

RISSARDO, L. K. et al. Concepção e sentimentos de idosos institucionalizados sobre família. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 682-689, set./dez. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18311>>. Acesso em: 25.02.2017.

RODRÍGUEZ, J.M. et al. **Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermeira**. S Enfermería Universitaria, v. 11, n. 4, p. 145-153, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/pt/bde-28520>>. Acesso em 30 de abril de 2017.

ROMÃO, C. **Abordagens Qualitativas de Pesquisa**. Disponível em: <http://www.cesarromao.com.br/redator/item24132.html>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SÁ, G. B. A. R. D. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 21, n. 6, p. 1849-1859, fev./abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1849.pdf>>Acesso em 25.05.17.

SALMAZO-SILVA, H. et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v.15, n.6, p.97-116, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17289/12829>. Acesso em: 12.06.2017.

SANTANA, M. S. Significado da atividade física para práticas de saúde na terceira idade. **Estud. interdiscipl. envelhec**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 239-254, ago. 2010. Disponível em: < <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/11995> >. Acesso em 10.06.2017.

SANTOS, A. A. A. D. et al. Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social. In: **Saúde e envelhecimento: prevenção e promoção**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2008.

SANTOS, S. S. C. Envelhecimento: visão de filósofos da antigüidade Oriental e Ocidental. **Revista Rene**, Fortaleza, v.2, n.1, p. 88-94, jul./dez., 2001.

SANTOS, G.A., VAZ, C.E. Grupos da terceira idade, interação e participação social. In ZANELLA, A.V. et al. (Org.) **Psicologia e práticas sociais**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 333-346.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**, 5 ed., São Paulo : Cortez, 2008.

SANTOS, M. et al. **Território, territórios**: ensaios sobre ordenamento territorial. 3.ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

SANTOS, G.A.; VAZ, C.E. Grupos da terceira idade, interação e participação social. In ZANELLA, AV., et al. (Org.). **Psicologia e práticas sociais**, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 333-346, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/886qz/pdf/zanella-9788599662878-31.pdf>> Acesso em: 10.05.2017.

SANTOS, Z. M. D. S. A. et al. Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. **Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 04, p. 747-757, ago. 2012.

SCORTEGAGNA, P. A.; OLIVEIRA, R. C. S. Idoso: um novo ator social. In: IX **ANPED SUL - SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL**, 17, Caxias do Sul, **Anais eletrônicos...** Caxias do Sul: UCS, 2012. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1886/73>>. Acesso em 10.05.2017.

SÊGA, R. A. O Conceito de Representação Social nas Obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90**, Porto Alegre, n. 13, julho. 2000.

SHEPHARD. R.J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, A. A. D. et al. O Cuidado de si entre Profissionais de Enfermagem: Revisão das Dissertações e Teses Brasileiras. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 18, n. 04, p. 345-352, fev. 2014.

SILVA, A. C. Dos S.; SANTOS, I. Dos. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE IDOSOS PARA O ENVELHECER SAUDÁVEL: APLICAÇÃO DA TEORIA DE NOLA PENDER. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 04, p. 745-753, out./dez. 2010.

SILVA, A. M. Entre o corpo e as práticas corporais. **Rev. Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 01, p. 5-20, jan./jun. 2014.

SILVA, E. C. Da. A relação corpo-mente: a mente como ideia do corpo na ética de Benedictus de Spinoza. **Revista conatus**, Fortaleza, v. 5, n. 9, p. 19-24, jul. 2011.

SILVA, L. R. F. Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional? **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 801-815, 2008.

SILVA, L. M. **Envelhecimento e qualidade de vida para idosos**: um estudo de representações sociais. 2011, 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: Uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.43, n. 3, 2009, p. 697-703.

SILVA, M. R. F. e. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serviço Social e Sociedade**, n. 126, p. 215-234, mai./ago., 2016.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações.** Tradução de Magda França Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOEIRO, M. D. A. S.; **Envelhecimento Português Desafios Contemporâneos – Políticas e Programas Sociais – (Estudo de Caso).** 2010. 125 f. Dissertação (Programa em Ciência Política e Relações Internacionais, Área de Especialização: Globalização e Ambiente) – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2010.

SOUZA D. L, VENDRUSCULO, R. Fatores determinantes para a continuidade da participação de idosos em programas de atividade física: a experiência dos participantes do projeto Sem Fronteiras. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, v. 24, n. 1, p. 95-105, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/F%C3%A1bio/Downloads/16750-19901-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20.02.17.

SOUSA L, Figueiredo D, Cerqueira M. **Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice.** Lisboa: Porto Ambar; 2004.

SPINOZA, B. de. **Ética Demonstrada em Ordem Geométrica.** Edição Bilíngüe latim/português, Autêntica, 2. ed. 2008.

STACHESKI, D. R. Representações negativas do envelhecimento na comunicação pública brasileira: Campanha de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa no trânsito. **Rev. Estud. Comun.**, Curitiba, v. 13, n. 32, p. 255-267, set./dez. 2012.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, 2004.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAHAN, J. A. C. D. De C.. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 878-888, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/14.pdf>> Acesso em: 19.04.2017.

TUOTO, F. S.; LENARDT, M. H.; VENTURI, K. K. Os sofrimentos e o cuidado de si dos idosos hospitalizados-estudo etnográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 3, p.1-11, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2429/533>>. Acesso em 5 mai. 2017.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói (RJ), v. 15, n. 3, p. 169-173, maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n3/a01v15n3.pdf>>Acesso em: 10.04.2017.

TÓTORA, S. Apontamentos para uma ética do envelhecimento. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 11, n.1, 2008, p. 21-38.

TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2008.

TRUFILHO, T. E.; SCARPELLINI, E. Da S.; JOVILLIANO, R. D. Atividade física regular na promoção da saúde e na qualidade de vida em idosos. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro (SP), v. 6, n. 6, p. 140-149, nov. 2013. Disponível em:

<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/28/11122013185516.pdf>> Acesso em: 10.03.2017.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 25-35.

VALER, D. B. et al. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 809-819, p. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt_1809-9823-rbagg-18-04-00809.pdf>Acesso em: 30.04.17.

VELOZ, M. C. T.; SCHULZE, Clélia Maria Nascimento; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais do envelhecimento. **Psicol. Reflex. Crit**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, jun. 1999.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIDMAR, M. F. et al. Atividade física e qualidade de vida em idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, Passo Fundo, v. 4, n. 3, p. 417-424, set./dez. 2011. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/1714/1394>. Acesso em: 09.05.2017.

VIEIRA, K.F.L., Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.36. n. 1, p.196-209, 2015.

VILELA, A. B.A., Carvalho P. A. L, Araújo R. T. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. **Rev Saúde.Com**, v. 2, n. 2, p. 101-14, 2006. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n2a2.pdf>>. Acesso em: 18.11.2016.

VYGOTSKI, L. S. **Obras escogidas**. Madrid: Visor, 1991.

QUEIRÓS, P. J. Cuidar: a condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 5, p. 139-146, 2015.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmo. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

_____. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 3ª ed – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

WALDOW, V. R. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 23, p. 1145-1152, out./dez. 2014.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 4, jul./ago. 2008.

WATSON J. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da Enfermagem**. Loures (PT): Lusociência; 2002.

WEBER, R. M.; TOMÉ, C. L. Artesanato na terceira idade: um estudo na cidade de Sinop. **Revista Eventos Pedagógicos**, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 2, p. 225-235, mai./jul. 2012.

WILLIGI, M. H.; LENARDTI, M. H.; CALDAS, Célia Pereira. A longevidade segundo histórias de vida de idosos longevos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 697-704, jul./ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0697.pdf>. Acesso em: 02.02.2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ZABKA, F. C. A biologia do envelhecimento e suas repercussões na educação. In: FERREIRA, A. J. et al. **Educação e envelhecimento**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012, p. 145-152. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/educacaoeenvelhecimento.pdf>. Acesso em 15.03.2017.

APENDICÊS

Apêndice A – Roteiro de entrevistas

ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL:

MOMENTO 1: Caracterização do idoso

-Nome:

-Idade:

-Sexo:

-Nível de escolaridade:

-Ocupação atual:

MOMENTO 2: Significados e atribuições sobre o processo de envelhecimento e saúde

- Para você, o que é ser idoso?
- O que faz para cuidar de você?
- O que você entende sobre um envelhecimento ativo e saudável?

MOMENTO 3: Identificação da relação: cuidado de si, atividade física e Academia Carioca da Saúde

- Há quanto tempo frequenta a Academia Carioca da Saúde?
- Há quanto tempo tem contato com a equipe da ESF/NASF?
- Como era sua saúde, antes de frequentar a academia?
- Quais os motivos que o levaram a frequentar a Academia Carioca e quais os significados da ginástica na sua vida?
- Tem algo que facilita e/ou dificulta sua atividade física neste território?
- Como você percebe o cuidado de si, após participar do grupo?
- Você percebeu alguma mudança, após entrar no grupo da academia?

MOMENTO 4: Avaliação da Cognição

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Questões		Resposta
1. Que dia é hoje?	-----	() Certo () Errado
2. Em que mês estamos?	-----	() Certo () Errado
3. Em que ano estamos?	-----	() Certo () Errado
4. Em que dia da semana estamos?	-----	() Certo () Errado
5. Que horas são agora aproximadamente?	-----	() Certo () Errado
6. Em que local nós estamos?	-----	() Certo () Errado
7. Que local é este aqui?	-----	() Certo () Errado
8. Em que bairro nós estamos?	-----	() Certo () Errado
9. Em que cidade nós estamos?	-----	() Certo () Errado
10. Em que estado nós estamos?	-----	() Certo () Errado
11. Vou dizer três palavras e o senhor irá repeti-las a seguir: CARRO – VASO – TIJOLO	11a. Carro 11b. Vaso 11c. Tijolo	() Certo () Errado () Certo () Errado () Certo () Errado
12. Gostaria que o senhor me dissesse quanto é:	12a. 100 - 7 12b. 93 - 7 12c. 86 - 7 12d. 79 - 7 12e. 72 - 7	() Certo () Errado () Certo () Errado
13. O senhor consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?	13a. Carro 13b. Vaso 13c. Tijolo	() Certo () Errado () Certo () Errado () Certo () Errado
14. Mostre um relógio e peça ao entrevistado que diga o nome	-----	() Certo () Errado
15. Mostre uma caneta e peça ao entrevistado que diga o nome	-----	() Certo () Errado
16. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	-----	() Certo () Errado
17. Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão	17a. Pega a folha com a mão correta 17b. Dobra corretamente 17c. Coloca no chão	() Certo () Errado () Certo () Errado () Certo () Errado
18. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrito uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: FECHER OS OLHOS	-----	() Certo () Errado
19. Gostaria que o senhor escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande.	-----	() Certo () Errado
20. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o senhor copiasse, tentando fazer o melhor possível	-----	() Certo () Errado

Escore do MEEM: _____

Classificação pelo MEEM: (0) sem déficit cognitivo (1) com déficit cognitivo

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, da pesquisa **“SAÚDE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: interfaces e desafios no Programa Academia Carioca na área programática 2.1 cidade do Rio de Janeiro-RJ**, desenvolvida pelo pesquisador Fábio Batista Miranda da Faculdade de Medicina UFRJ, vinculado ao Hospital Escola São Francisco de Assis, O objetivo deste estudo é analisar a vivência e os significados atribuídos ao cuidado de si, pelos idosos do Programa Academia Carioca na cidade do Rio de Janeiro-RJ. Sua participação nesta pesquisa, inicialmente, consistirá em responder um roteiro com perguntas sobre características sociodemográficas (nome, idade, estado civil, escolaridade e outras) e também questões relacionadas ao cuidado de si no processo de envelhecimento e a prática de atividade física na academia carioca da saúde com duração máxima de vinte minutos.

A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A pesquisa poderá oferecer riscos para você, entretanto, caso alguma questão cause constrangimento ou desconforto, o senhor deve sentir-se à vontade em não responder. Caso ocorra algum eventual dano decorrente desta pesquisa, você será indenizado conforme determina a lei. Acreditamos que sua participação contribuirá para o conhecimento das condições de saúde dos idosos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a proposição de medidas de atenção à saúde, voltadas para esse grupo da população.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e garantimos o sigilo sobre sua participação durante todo o processo. A metodologia da pesquisa prevê a análise e divulgação conjunta dos dados coletados, o que não possibilitará sua identificação. Todo o material dela oriundo ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UFRJ. Os resultados serão divulgados e dirigidos aos trabalhadores da Atenção Primária de Saúde (APS) e, para a comunidade científica, em forma de artigos e caderno da APS do município. Após ter recebido esses esclarecimentos, se aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a assistência que recebe. Para maiores esclarecimentos, você pode procurar, em qualquer momento, o pesquisador responsável, Fábio Batista Miranda, pelo telefone (21) 983924014/38744002, email:fbtmiranda@gmail.com - o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ – R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255 –Cidade Universitária/Ilha do Fundão -Sala 01D-46/1º andar -pelo telefone 3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou por meio do e-mail: cep@hucff.ufrj.br e o Comitê de Ética em Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde – RJ/ Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ CEP: 20031-040 - pelo telefone 3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas, ou por meio do e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade

Fábio Batista Miranda

Nome e assinatura do pesquisador principal

Considerando os dados acima, CONFIRMO estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante

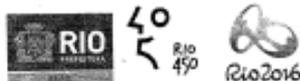
Data: ____ de _____ de 20__

Rubrica pesquisador: -----

Rubrica participante : _____

ANEXOS

Anexo A - Carta de anuência - Superintendência/Subsecretaria de Atenção Primária SMS/RJ



CARTA DE ANUÊNCIA

SUPERINTENDÊNCIA | SUBSECRETARIA

A SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA /SUBPAV/SAP/SMS /RJ da Secretaria de Saúde Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **SAÚDE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: interfaces e desafios no Programa Academia Carioca na área programática 2.1 na cidade do Rio de Janeiro - RJ**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) FÁBIO BATISTA MIRANDA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/FACULDADE DE MEDICINA/HESFA –MPAPS.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o projeto somente poderá iniciar mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 08/08/2016

Guilherme Wagner

Assinatura e Carimbo do Responsável

GUILHERME WAGNER
Superintendente
SMS-UPAV/SAP
Mat. 60547-2026

Anexo B - Carta de anuência - Unidade de Saúde



**CARTA DE ANUÊNCIA
UNIDADE DE SAÚDE**

O/A EMS Drº Rodolpho Ferriss

da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado:

Saúde e Ambiente no processo de eme-
lhecimento: interfaces e desafios no progra-
ma acadêmica esportiva da área programá-
tica 2.1 na cidade do Rio de Janeiro

sob responsabilidade do(a) pesquisador(a)

Fabio Batista Miranda - Faculdade
de Medicina - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 16 / 05 / 16.


Paulo Augusto do Carmo Faria
Chefe de Unidade - Unidade 112558
CNS/MS nº: 466/2012 - Artigo 1º, inciso I

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Anexo C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa - HUCFF

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
/HUCFF/ UFRJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: Interfaces e desafios NO PROGRAMA ACADEMIA CARIOCA DA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.1 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO - RJ

Pesquisador: FÁBIO BATISTA MIRANDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60521316.8.0000.5257

Instituição Proponente: HOSPITAL UNIVERSITARIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.817.687

Apresentação do Projeto:

Protocolo 286-16. Respostas recebidas em 19.10.2016.

Introdução

O envelhecimento é hoje um fenômeno universal e representa uma das maiores conquistas da humanidade, tendo em vista que todo desenvolvimento cultural, ao longo da história, sempre teve em perspectiva o prolongamento da expectativa de vida (Costa, 2007). Inserido nesse contexto, o Brasil vive uma situação caracterizada pela progressiva queda da mortalidade em todas as faixas etárias e um consequente aumento da esperança de vida da população, que, atualmente, é de setenta e um (71) anos para os homens e setenta e oito (78) anos, para as mulheres (IBGE, 2014). De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), a população idosa do país cresceu de 9,5% no ano 2000, para 11% da população total em 2010. Os percentuais vêm se elevando também no estado do Rio de Janeiro, onde a população idosa passa de 12,8% em 2000, para 14,9% em 2010. Segundo Veras (2009), a população idosa brasileira vem se apropriando cada vez mais dos espaços urbanos públicos para realização de atividades físicas, o que paulatinamente vai contribuindo para a recuperação da sua autonomia e Independência,

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-48
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
/HUCFF/ UFRJ



Continuação do Parecer: 1.017.007

uma vez que esta é de natureza tanto biológica e psíquica, quanto, sobretudo, social. O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo e gradual. Trata-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. (ASSIS, 2005, p. 1). Da diversidade de fatores destaca-se a saúde no envelhecer como aspecto central, a partir do qual pode-se propor estratégias de promoção da saúde para este grupo populacional, ampliando sua qualidade de vida e reduzindo danos, muitas vezes irreparáveis, no que se refere à longevidade dos indivíduos. No município Rio de Janeiro, de acordo com a assessoria de atividade física da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o Programa Academia Carioca surgiu no ano de 2009, com a proposta de se constituir espaço mobilizador de Promoção da Saúde por meio de ação comunitária e multissetorial, inserindo a atividade física regular na atenção primária à saúde, entendendo-a como a primeira porta de acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS). Ao garantir o acesso da população, o programa se propõe a fazer com que as atividades promovam o bem-estar físico, mental e social, constituído como um significativo dispositivo de construção de uma sociedade mais ativa, autônoma, independente e com estilo de vida mais saudável. As academias são estruturadas por um conjunto de 10 aparelhos, com módulos triplex, que visam à melhoria da capacidade muscular e aeróbia de seus usuários. Atende principalmente a grupos com necessidades específicas de saúde, como hipertensos e diabéticos. As modalidades de atividades físicas são: hidroginástica, ginástica laboral, alongamento, grupo de caminhada, dança, ginástica, exercício com aparelhos, karatê, atividades com gestantes e passeios turísticos com idosos (Assessoria de Atividade Física/ SUBPAV/ SMSDC-RJ, 2012). As questões relativas à interface saúde e envelhecimento merecem destaque no paradigma que propõe o programa, pois o próprio espaço em que se reúnem, pode revelar ou não as potencialidades, no que concerne ao envelhecimento, em conjunto com as redes de apoio e suas linhas de cuidados, vinculadas às clínicas das famílias e aos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), oriunda do Ministério da Saúde. Portanto, entende-se que os resultados de estudos desta natureza podem fornecer, elementos e reflexões significativos sobre o aumento da expectativa de vida, bem como acerca da necessária interface na promoção da saúde e prevenção de agravos desta população específica. Estudos que explorem os projetos governamentais relacionados ao conceito de saúde integral dos idosos brasileiros são indispensáveis, pois representam possíveis disseminadores de experiências exitosas baseadas na convivência em ambientes potencializadores da saúde, exercendo influência sobre outros espaços e dimensões da vida (RIBEIRO, 2004). A proposta do estudo é analisar a interface entre saúde e envelhecimento, a partir da experiência de idosos

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 010-48
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
/HUCFF/ UFRJ



Continuação do Parecer: 1.017.007

frequentedores do Programa Academia Carfoca na cidade do Rio de Janeiro.

Hipótese

Esta pesquisa para cumprir os objetivos propostos partirá das seguintes hipóteses:

- As questões relativas a saúde e envelhecimento como elementos em destaque no processo de atenção à saúde da pessoa idosa que propõe o Programa Academia Carfoca está produzindo iniquidades no cuidado de si e suas condições de saúde para o usuário do programa;
- As condições e concepções de saúde dos idosos do grupo de convivência, das relações percebidas entre esses elementos facilitam as ações de promoção da saúde na direção de um envelhecer ativo e saudável;
- Os diferentes ambientes geram diferentes vivências e concepções, tanto de saúde como de envelhecimento, podendo, se devidamente explorados, serão potencializadores para o desenvolvimento de novas estratégias de promoção integral da saúde nessa etapa da vida.

Metodologia

O interesse desse estudo recai fundamentalmente sobre a narração do sujeito, que é, a um só tempo, individual e coletiva. Interessa o que ele capta da experiência, no cruzamento da sua narrativa, com a narrativa de um grupo, de uma geração e mesmo, de uma época histórica e sua cultura. A investigação deve permitir, portanto, a máxima aproximação e compreensão de uma dada condição do sujeito pesquisado, com o desafio de entender o que determina e dinamiza seu agir e pensar, no que se refere à questão aqui estudada, a saber: as interfaces saúde/envelhecimento. Nesse sentido, a abordagem qualitativa é a mais apropriada, na medida em que: "[...] se destina à investigação de representações, valores, crenças, hábitos, atitudes e opiniões que se expressam nas interações sociais. Privilegia, ainda, a linguagem e a prática como mediações simbólicas, incorpora o ponto de vista dos atores sociais e busca compreender o nicho onde a pesquisa é realizada (MINAYO, 2014 p.80). Para Haguette (2010), as metodologias qualitativas derivam da convicção de que a ação social é fundamental na configuração da sociedade, e surgem não como oposição às quantitativas, mas como uma necessidade para pesquisadores que consideram a sociedade como uma estrutura que se movimenta mediante a força da ação social individual e grupal. Desse modo, a realização da presente pesquisa, tem na abordagem qualitativa, o suporte metodológico mais adequado, corroborando-se com Minayo

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-48
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
/HUCFF/ UFRJ



Continuação do Projeto: 1.017.007

(2010) no entendimento de que esta abordagem se conforma melhor às investigações de grupos delimitados e suas relações. O presente estudo será realizado no município do Rio de Janeiro, onde, após a expansão da atenção primária na cidade, ocorrida entre os anos de 2008 e 2013, se deu a ampliação de 3,5% para 41% da cobertura de Saúde da Família (CNES, 2013). Dentro da área programática 2.1 apresentada, encontra-se como cenário proposto para o objeto de pesquisa, o bairro do Vidigal pertencente à área da zona sul. A população do estudo será composta por indivíduos de sessenta anos ou mais, frequentadores da Academia Carioca, que, localizada no Alto do Vidigal ("Jaqueira"), foi inaugurada em setembro de 2012. O público alvo atualmente consta de 87 cadastrados, desses 42 são idosos, de ambos os sexos, regulares e inscritos no programa. Para acessá-los, optou-se por utilizar o critério de saturação como sugere Cherques, (2009) a saturação designa o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado. Optou-se por selecionar a CAP 2.1, por ser área de atuação profissional do pesquisador vinculado à Organização Social de Saúde (OSS), Viva Rio, o que facilita o acesso ao campo da pesquisa. Para fins de coleta de dados, a primeira etapa proposta é a divulgação da pesquisa para os profissionais e usuários na área escolhida. A segunda proposta é a realização de entrevistas individuais com idosos frequentadores do Pacas, através da técnica de entrevista semi-estruturada, a qual, como sugerido por Trivinos (1987, p. 146) tem como característica principal fazer questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. A técnica é adequada ao objeto de estudo, ainda segundo o mesmo autor, é um tipo de entrevista que "[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]" além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152). Propõe-se utilizar o roteiro de entrevista para os idosos, buscando suas visões acerca de questões semelhantes, após leitura do TCLE e aceite. Também será utilizado o Mini Exame do Estado Mental, instrumento composto por 30 questões sobre os aspectos do funcionamento cognitivo, perfazendo um total de 30 pontos. Será realizada gravação em áudio individual dos idosos entrevistados, seguidas de transcrição para posterior análise.

Critério de Inclusão

Ser cadastrado e usuário regular na clínica da família e academia carioca; Início da atividade física na academia de no mínimo 6 meses; frequência de 2x por semana e possuir cognição presente através da aplicação do mini exame do estado mental.

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-48
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
/HUCFF/ UFRJ



Continuação do Form: 1.017.007

Critério de Exclusão

Como critérios de exclusão, lista-se: não ser cadastrado na clínica da família e não aceitar participar da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

A partir da Interface saúde e envelhecimento, analisar a vivência e os significados atribuídos ao cuidado de si, pelos Idosos do Programa Academia Carioca na cidade do Rio de Janeiro - RJ.

Objetivo Secundário

Caracterizar as condições de saúde, identificando fatores prejudiciais e potencializadores, no processo de longevidade a Idosos frequentadores da Academia Carioca; Identificar as concepções de saúde e envelhecimento dos Idosos, assim como as relações que estabelecem entre as duas no cuidado de si; Identificar possíveis mudanças nas condições de saúde dos Idosos a partir do acesso ao Programa Academia Carioca.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador:

Riscos

Os Idosos poderão expressar sentimentos negativos de tristeza ao serem questionados com os Instrumentos.

Benefícios

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
/HUCFF/ UFRJ



Continuação do Parecer: 1.617.007

A necessidade de olhar para o cuidado da população idosa é justificada pelo crescimento importante dessa faixa etária no percentual da população brasileira, gerando novos desafios a um cuidado de si que é complexo, já que os idosos costumam ter multimorbidade e muitas questões psicossociais e familiares a serem atentamente observadas pelos profissionais responsáveis. A importância de pesquisas nesse contexto, é justificada pela necessidade de promover reflexão sobre o cuidado integral e a condição de saúde da população idosa pela Estratégia de Saúde da Família, entendendo a escassez de estudos na área específica, ficando evidente a exigência de maior preparo e planejamento dos serviços de saúde para garantir a promoção de saúde e qualidade de vida dos idosos na Atenção Básica de Saúde no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente trabalho se realizará através de um estudo com abordagem qualitativa através da técnica de entrevista semi – estruturada com idosos a partir de 60 anos, participantes do Programa Academia Carioca da Saúde, cadastrados na Clínica da Família Rodolpho Perissé, utilizando o critério de saturação e a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Para este estudo são esperados 40 participantes de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações".

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) Quanto ao projeto

1.1) Por definição, hipótese é uma suposição ou conjectura a ser testada pela pesquisa. Portanto, deve ser apresentada em caráter afirmativo e não em forma de perguntas. Solicita-se adequação.

Resposta: O pesquisador fez as devidas adequações no texto.

Análise: Pendência atendida.

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-48
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
/HUCFF/ UFRJ



Continuação do Parecer: 1.017.007

2) Quanto ao TCLE

2.1) No segundo parágrafo do TCLE, o pesquisador afirma que "a pesquisa não oferece riscos", porém a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, no seu Item V, assevera que "toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Desta forma, o risco existe, ainda que seja mínimo, como por exemplo, o risco de constrangimento psicológico por ser submetido a uma entrevista. Nesse sentido, solicita-se adequação.

Resposta: O pesquisador realizou a adequação solicitada.

Análise: Pendência atendida.

2.2) A Res. 466 do CNS, em seu Item IV.3.h, determina que o TCLE deve conter, obrigatoriamente, "explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa". Nesse sentido, solicita-se adequação.

Resposta: O pesquisador inseriu o que foi solicitado pelo CEP.

Análise: Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. De acordo com o Item X.1.3.b, da Resolução CNS n.º 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos. Esses relatórios devem conter informações detalhadas nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/conep/relatorio_final_encerramento.pdf>

2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 010-48
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
/HUCFF/ UFRJ



Continuação do Parecer: 1.017.007

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_684010.pdf	19/10/2016 21:12:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/10/2016 21:12:30	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA2.docx	17/10/2016 22:28:50	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.docx	10/10/2016 22:32:44	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Outros	APENDICE.pdf	28/09/2016 18:10:18	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Outros	cartadeapresentacaoHU2.odt	28/09/2016 18:03:45	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Outros	cartadeapresentacaoHU.odt	28/09/2016 18:00:50	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Outros	CVFABIO.pdf	20/09/2016 22:58:32	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Outros	cv5997057315045460LIVIA.pdf	20/09/2016 22:57:54	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/09/2016 22:22:48	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOODEPESQUISADORES.pdf	19/09/2016 21:45:08	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTASCEP.pdf	19/09/2016 21:42:40	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	19/09/2016 21:38:01	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19/09/2016 21:35:59	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/09/2016 21:34:49	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	19/09/2016 21:32:42	FÁBIO BATISTA MIRANDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-48
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
/HUCFF/ UFRJ



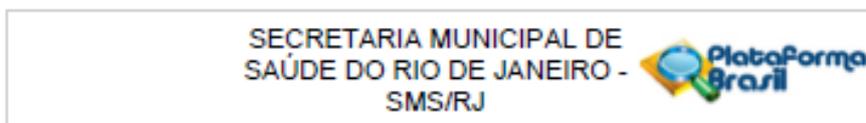
Continuação do Parecer: 1.017.007

RIO DE JANEIRO, 11 de Novembro de 2016

Assinado por:
Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-48
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

Anexo D - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: Interfaces e desafios NO PROGRAMA ACADEMIA CARIOCA DA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.1 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO - RJ

Pesquisador: FÁBIO BATISTA MIRANDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60521316.8.3001.5279

Instituição Proponente: HOSPITAL UNIVERSITARIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.046.713

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de instituição co-participante para a obtenção de grau de mestre que pretende analisar a vivência e os significados atribuídos ao cuidado de si, pelos idosos frequentadores do programa Academia Carioca na área programática 2.1 suas condições de saúde. Para a realização desta pesquisa, adotaremos a abordagem qualitativa com o desafio de entender o que determina e dinamiza seu agir e pensar, no que se refere à questão em estudo, a saber: as interfaces saúde/envelhecimento. A população do estudo será composta por indivíduos de sessenta anos ou mais, e para acessá-los, optou-se utilizar um roteiro de entrevista com os seguintes elementos: caracterização do idoso, significados e atribuições sobre o processo de envelhecimento e saúde; identificação da relação: cuidado de si, atividade física e Academia Carioca da Saúde. A técnica de coleta de dados utilizada é a entrevista semi-estruturada, sob o critério de saturação das categorias elencadas e a aplicação do teste de cognição minimal. As transcrições, serão através do método de análise de conteúdo temática, para interpretar o discurso que atribui sentidos e significados ao cuidado de si, nesse cenário abordado.

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Primário:

- A partir da interface saúde e envelhecimento, analisar a vivência e os significados atribuídos ao

Endereço: Rua Evaristo de Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: ceparia@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.048.713

cuidado de si, pelos Idosos do Programa Academia Carioca na cidade do Rio de Janeiro - RJ.

* Objetivo Secundário:

- Caracterizar as condições de saúde, identificando fatores prejudiciais e potencializadores, no processo de longevidade a idosos frequentadores da Academia Carioca;
- Identificar as concepções de saúde e envelhecimento dos Idosos, assim como as relações que estabelecem entre as duas no cuidado de si;
- Identificar possíveis mudanças nas condições de saúde dos Idosos a partir do acesso ao Programa Academia Carioca.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* Riscos:

- Os Idosos poderão expressar sentimentos negativos de tristeza ao serem questionados com os instrumentos.

* Benefícios:

- A necessidade de olhar para o cuidado da população idosa é justificada pelo crescimento importante dessa faixa etária no percentual da população brasileira, gerando novos desafios a um cuidado de si que é complexo, já que os Idosos costumam ter multimorbidade e muitas questões psicossociais e familiares a serem atentamente observadas pelos profissionais responsáveis. A importância de pesquisas nesse contexto, é justificada pela necessidade de promover reflexão sobre o cuidado integral e a condição de saúde da população idosa pela Estratégia de Saúde da Família, entendendo a escassez de estudos na área específica, ficando evidente a exigência de maior preparo e planejamento dos serviços de saúde para garantir a promoção de saúde e qualidade de vida dos Idosos na Atenção Básica de Saúde no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante; metodologia adequada.

Pesquisa autorizada para o CMB Dr. Rodolfo Perissé da CAP 2.1.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados satisfatoriamente.

Recomendações:

Verificar o item Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Endereço: Rua Evelino de Velge, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepima@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.048.713

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi enviado um e-mail para o pesquisador em 31/03/2017 contendo a seguinte solicitação:

- Completar o TCLE com os dados dos contatos do CEP da SMS-RJ;
- Explicar o conteúdo da Carta de Apresentação do artigo "Psychometric properties of the brazilian version of the vulnerable elders survey 13 (ves-13)" quanto à participação na etapa de coleta de dados, se a mesma já foi realizada sem a autorização deste CEP e a titulação dos mesmos;
- Refazer a Folha de Rosto com os dados da SMS-RJ;
- O cronograma físico deverá ser atualizado com mês e ano.

Em 03/04/2017 o pesquisador respondeu o e-mail enviando o TCLE correto e cronograma atualizado conforme solicitado. Em 25/04/2017 enviou o TCLE retificado. Tendo em vista a resposta às solicitações feitas pelo colegiado, optamos pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas

Endereço: Rua Everisto de Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.046.713

Outros	CVFABIO.pdf	20/09/2016 22:58:32	FABIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Outros	cv5997057316046460LIVIA.pdf	20/09/2016 22:57:54	FABIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/09/2016 22:22:48	FABIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOODEPESQUISADORES.pdf	19/09/2016 21:45:08	FABIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTASCEP.pdf	19/09/2016 21:42:40	FABIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	19/09/2016 21:38:01	FABIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19/09/2016 21:35:59	FABIO BATISTA MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/09/2016 21:34:49	FABIO BATISTA MIRANDA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	19/09/2016 21:32:42	FABIO BATISTA MIRANDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Maio de 2017

Assinado por:
Salecia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evelino de Velge, 18, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepama@rio.rj.gov.br