

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
ESCOLA NACIONAL DE CIÊNCIAS ESTATÍSTICAS

GRUPO DE CONVIVÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

**Estudo sobre um programa de envelhecimento saudável no
Rio de Janeiro**

M^a MARTHA JOGAIB VIEIRA CAETANO

RIO DE JANEIRO
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
ESCOLA NACIONAL DE CIÊNCIAS ESTATÍSTICAS

GRUPO DE CONVIVÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE
Estudo sobre um programa de envelhecimento saudável no
Rio de Janeiro

por

MARIA MARTHA JOGAIB VIEIRA CAETANO

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre em Estudos
Populacionais e Pesquisas Sociais – área de
concentração em Estudos Populacionais e
Demografia – Escola Nacional de Ciências Sociais -
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Orientadora - Prof^a Dr^a Ana Amélia Camarano

RIO DE JANEIRO
2006

FICHA CATALOGRÁFICA

C127g CAETANO, Maria Martha Jogaib Vieira

Grupo de convivência e promoção da saúde : estudo sobre um programa
De envelhecimento saudável no Rio de Janeiro / Maria Martha Jogaib Vieira Ca
Rio de Janeiro : M. M. J. V. Caetano, 2006.
146 fl. : il.

Orientadora: Ana Amélia Camarano

Dissertação (Curso de Mestrado) - Escola Nacional de Ciências Estatísticas.
Programa de Pós-Graduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais.
Inclui bibliografia.

1. Idosos – Condições Sociais – Rio de Janeiro (RJ). 2. Idosos – Centros de
Convivência Rio de Janeiro (RJ). 3. Idosos – Política de Saúde. I.

I. CAMARANO, Ana Amélia. II. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Pós-
Graduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais. III. Título.

CDU 613.98(815.3)

Ao Flávio, Gabriel e Gustavo, meus amores, a minha razão de viver.

Ao meu pai, por tudo o que me deu e por me fazer determinada.

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que estiveram comigo nesta longa jornada. As ajudas e colaborações foram inúmeras e das mais diferentes formas. Por isso, agradeço;

A Prof^a Ana Amélia Camarano pelo tanto que me ajudou nos caminhos da pesquisa científica;

A Fany Zinger, psicóloga do CMS, que ao me acolher com tanto carinho tornou possível me aproximar do Grupo Feliz Idade;

Aos amigos do Grupo Feliz Idade, que participaram da pesquisa e fazem a roda girar.

Ao Jerson Laks e à Cristina Amendoeira, psiquiatras do CDA, que ao possibilitarem minha capacitação, facilitaram me aproximar dos estudos sobre o envelhecimento;

A Prof^a Paula Travassos pelas idéias e por todo o material cedido, que foram tão úteis em todas as etapas deste estudo;

A Mônica Assis, pelo artigo cedido, ainda no prelo e os textos nele citado;

À Isabel Monteiro, pela entrevista que resultou em precioso conteúdo histórico;

Às equipes técnicas da SETI/RIO e da Gerência do Programa do Idoso da SMS/RJ, pelas entrevistas e material cedido.

À Profs. Otávio Mithidieri do UniFOA e Vilma Câmara da UFF. Dr. Geraldo Cardoso da SMS/VR e Mariza Andrade do SESC/RIO, pelas informações prestadas sobre os programas institucionais.

Ao Ribamar que confeccionou os mapas.

À ENCE/IBGE, pela oportunidade de cursar o mestrado e assim, crescer profissionalmente.

A Rose e ao Johnson da ENCE, pela revisão bibliográfica e ajudas para obtenção dos textos.

E a todos aqueles que não estão aqui citados o meu muito obrigada!.

*“Estas mãos que só lavavam roupas e panelas
agora fazem essas coisas lindas!”*

Maria, do Grupo Feliz Idade

RESUMO

Envelhecer para algumas pessoas pode ser um momento penoso e dramático, um momento de perdas. Perdas sentidas da beleza, da vitalidade, do emprego. Perdas perdidas, pela viuvez, dos amigos, pela saída dos filhos de casa. Para outras pessoas, é um momento de ganhos; de tempo, de liberdade. De cultivar novos prazeres, e saberes. Na verdade, é um momento onde todas essas coisas acontecem, depende para que lado se olha. Olhando para o lado positivo da velhice, onde apesar da proximidade do fim, se quer viver e ser feliz, foi construído este estudo. Refletiu-se sobre o que é envelhecer e como, em geral são vistos os idosos, pelas pessoas de outras idades. Analisou-se, também, o que é envelhecimento saudável, assumindo que este pode conviver com problemas de saúde, uns mais comuns, outros mais complexos, que necessitam de maiores cuidados e atenção. Através da participação ativa e direta e de uma pesquisa qualitativa, procurou-se conhecer a existência de ganhos para os idosos que participam do Grupo Feliz Idade. Este é um grupo de convivência situado em um centro municipal de saúde no Rio de Janeiro na zona sul da cidade. Foram entrevistados 47 membros do Grupo Feliz Idade, Observou-se que aproximadamente 80% desses idosos estão no grupo há mais de quatro anos indicando que criaram vínculo com o Grupo e que se reconhecem como parte deste. A grande maioria dos idosos afirmou que houve mudanças em sua vida, no seu humor e saúde e que participar do grupo possibilita ampliar os relacionamentos sociais, encontrar amigos e trocar idéias. Ao se comparar a condição de como se sentiam antes de ingressar no grupo e à participação neste grupo ou em outras atividades, inferiu-se que se encontram experimentando o envelhecimento ativo e saudável. Considerou-se que a participação no Grupo trouxe benefícios corroborando para a estratégia do envelhecimento ativo, o qual visa evitar, entre outros aspectos, o isolamento social e suas conseqüências.

Palavras-chaves: envelhecimento saudável - promoção da saúde - grupo de idosos - grupo de convivência.

ABSTRACT

Aging might be a timing in life characterized by loses. Lose of beauty, vitality, job, etc. Lose of spouses, friends, children when they leave home. On the other hand, aging could be a pleasure moment for some elder people, as they have more free time to develop a new style of live. So, like everything in our lives, all depend on which side we look. The main aim of this present study was to analyze changes in living conditions of old people who participates in a senior citizens group (SCG) located in a public primary health unit (PPHU) in Rio de Janeiro. It describes an historic of programs for the SCG in Rio de Janeiro state and take into consideration the contemporary concept of health ageing. Data were gathered from group registration and interviews with 47 old people who were members of the SCG. Direct observation was used to analyze members participation. The results showed that 80% were members of the SCG for more than four years, indicating that they constituted tie with the group. Most of them said that their lives, humor and health were better now than at the beginning of their participation. In addition, they said that the group facilitates them to meet friends, change ideas, and spent leisure time, so reduce social loneliness. The results suggest that participation in the SCG brings better quality of life for old people regardless of their previous health condition. It also suggests that the participation in a SCG reduces social withdrawal and its consequence, reinforces autonomy and lastly promotes health aging.

Key words: health aging, health promotion, senior citizens group

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS		Página
1	Distribuição proporcional por sexo, segundo a idade ao ingressar no Grupo Feliz Idade	87
2	Distribuição proporcional dos ingressantes por sexo e tempo de frequência no Grupo Feliz Idade	88
3	Distribuição proporcional <i>participantes</i> por área de residência e sexo	91
4	Proporção de idosos <i>participantes</i> por sexo, segundo a existência de parceiro	92
5	Distribuição proporcional dos entrevistados por sexo segundo a fonte da renda	97
6	Distribuição proporcional dos idosos do Grupo por sexo, segundo inserção nos programas de saúde do C.M.S -VI RA	100
7	Distribuição proporcional de idosos por sexo segundo a disponibilidade de cuidadores no caso de adoecimento	101
8	Distribuição proporcional dos idosos por sexo segundo a auto-avaliação de saúde	102
9	Proporção de idosos por sexo que reportaram que não tiveram problema de saúde nos 30 dias anteriores a entrevista	103
10	Distribuição proporcional de idosos participantes por sexo segundo o ano de ingresso no Grupo Feliz Idade	104
11	Distribuição proporcional dos idosos por sexo segundo a forma de conhecimento do Grupo Feliz Idade	105
12	Distribuição proporcional por sexo e condição em que os idosos se encontravam ao ingressarem no Grupo	107
13	Distribuição proporcional dos idosos por sexo segundo declaração de mudanças após ingressarem no Grupo Feliz Idade	108
14	Distribuição proporcional por sexo dos participantes que declararam manter contatos pessoais fora das atividades do Grupo	110
15	Distribuição proporcional por sexo de participantes que freqüentam outro grupo ou atividade para idosos	111

MAPAS	Página
Mapa 1 – Proporção da População Idosa (60 anos ou mais) por Bairro – Cidade do Rio de Janeiro - 2000	8
Mapa 2 – Proporção de Idosos (população com 60 anos ou mais) residentes nos bairros da VI e XXVII RA – RJ - 2000.	11

LISTA DE TABELAS

	Página
1 População residente, por sexo segundo o município do Rio de Janeiro, AP 2.1 e RA's selecionadas - 2000	9
2 População residente e com 60 anos ou mais segundo o Rio de Janeiro, AP 2.1 e bairros das Regiões Administrativas selecionadas – 2000	10
3 Pessoas responsáveis por domicílios com 60 anos ou mais, por sexo, segundo o município do Rio de Janeiro, a AP-2.1 e as RA's selecionadas – 2000	12
4 Anos de estudo das pessoas idosas responsáveis pelos domicílios, por sexo, segundo as VI e XXVII Regiões Administrativas – 2000	13
5 Pessoas com 60 ou mais anos que moram sozinhas, segundo a AP-2.1 e as RA's selecionadas – 2000	14
6 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo o município do Rio de Janeiro, a VI RA e a XXVII RA – 2000	15
7 Distribuição Proporcional de óbitos por faixa etária, segundo grupo de causas - CID10 - Brasil – 2002	33
8 Distribuição Proporcional de óbitos na população com 60 ou mais anos segundo grupo de causas - CID10 - Rio de Janeiro - 2002	33
9 Distribuição das mulheres segundo ano de entrada no Grupo Feliz Idade e faixa etária	86
10 Distribuição dos homens, segundo ano de entrada no Grupo Feliz Idade e faixa etária	86
11 Distribuição proporcional dos idosos por sexo, segundo a situação de frequência em 2004	88
12 Distribuição dos participantes por sexo e faixa etária em 2004	89
13 Distribuição proporcional dos <i>participantes</i> por sexo e a situação conjugal declarada na entrevista	92
14 Distribuição proporcional dos idosos <i>participantes</i> por sexo e número de filhos vivos informados	93
15 Distribuição proporcional dos <i>participantes</i> por sexo e número de anos de estudos concluídos	94

	Página	
16	Distribuição proporcional dos <i>participantes</i> por sexo e a atividade laborativa declarada	95
17	Distribuição proporcional, dos freqüentadores por sexo e situação de aposentadoria	96
18	Distribuição proporcional dos idosos participantes por sexo segundo a composição dos arranjos familiares	98
19	Distribuição proporcional dos idosos por sexo e número de atividades freqüentadas regularmente no Grupo Feliz Idade	106

LISTA DE APÊNDICES

- 1 Definição de terminologias utilizadas em abordagens gerontológicas
- 2 Princípios e Diretrizes da Lei 8.842 – parte
- 3 Categorias das variáveis analisadas na pesquisa

LISTA DE ANEXOS

- 1 Jornais do Grupo Feliz Idade
 - 1.1 - Exemplar n. 1
 - 1.2 - Exemplar, ano VI, n. 1
- 2 Protocolo Conselho de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS/MS nº 196/9
 - 2.1 - Memorando S/CRH/DRH/DIC nº 90: Autorização para realização de pesquisa na rede da SMS/RJ
 - 2.2 - Parecer CEP SMS-RJ n. 09: Aprovação do Projeto de Pesquisa
 - 2.3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- 3 Questionário do ESTUDO SOBRE O GRUPO FELIZ IDADE

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Considerações gerais sobre o envelhecimento populacional	5
1.2 O envelhecimento na cidade do Rio de Janeiro	7
2 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL – Aspectos Conceituais	16
2.1 Idoso – um grupo de muitas idades	17
2.2 Diversos olhares para o idoso – as imagens do envelhecer	18
2.3 O conceito de envelhecimento saudável	20
3 POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	23
3.1 Políticas fomentadas pelos organismos internacionais	24
3.2 Políticas públicas brasileiras dirigidas à população idosa	26
4 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA PERSPECTATIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	30
4.1 Promoção da Saúde – concepção teórica	30
4.2 Bases teóricas dos programas de promoção do envelhecimento saudável	41
5 AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA A POPULAÇÃO IDOSA: um pouco de história	53
5.1 Histórico dos programas para idosos	53
5.2 Os programas direcionados para os idosos no Rio de Janeiro	58
5.3 Histórico dos Centros e Grupos de Convivência organizados para atender à população idosa do Rio de Janeiro	63
6 ESTUDO SOBRE O GRUPO FELIZ IDADE	72
6.1 Grupo Feliz Idade – Contexto Espacial e Histórico	72
6.1.1 Situação Espacial do Grupo Feliz Idade	72
6.1.2 O Grupo Feliz Idade	74

6.2 - Metodologia da pesquisa	79
6.2.1 Etapa prévia à pesquisa de campo	80
6.2.2 Pesquisa de campo	80
6.2.3 Análise dos dados coletados	81
6.3 - Discussão dos resultados	85
6.3.1 Análise dos dados gerais disponíveis	85
6.3.2 Análise dos resultados da entrevista	90
6.3.2.1 Aspectos socioeconômicos dos participantes do Grupo Feliz Idade.	90
6.3.2.2 Aspectos relativos às atuais condições de saúde	98
6.3.2.3 Aspectos relativos à participação no Grupo Feliz Idade	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Ganhar anos de vida é desejo da grande maioria dos povos e é um fenômeno que vem ocorrendo em quase todo o planeta. No século XX este fenômeno ganhou mais expressão e sustentabilidade. Porém, não basta aumentar o número de anos vividos, é necessário envelhecer bem, com qualidade de vida e principalmente ser feliz na etapa que encerra o ciclo da vida.

O Estatuto do Idoso ¹, em seu art. 3º das disposições preliminares versa que:

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

Diversos organismos internacionais tais como a WHO/UN, IAGG² e nacionais como MS/BR, SBGG, UNATI/UERJ³ entre outros, têm preconizado a relevância social e importância para o indivíduo em idade avançada em se manter ativo, integrado à família e à sociedade. O paradigma atual diante do crescimento da população idosa é a manutenção da autonomia através do envelhecimento saudável.

Neste sentido, são criadas legislações e políticas prevendo o impacto social do envelhecimento populacional no Brasil. O item IV, das disposições gerais do Estatuto do Idoso, entre as prioridades, estabelece a necessidade de viabilizar *“formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações”*.

Há, no entanto, de se considerar a liberdade de escolha dos indivíduos e toma-se em questão o direito de nada fazer, do sossego, do cochilo tão gostoso do

¹ Brasil, MS – Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, Art.3º.

² WHO/UN – World Health Organization/ United Nation (Organização Mundial da Saúde/ Organização das Nações Unidas), IAGG – International Association of Geriatric and Gerontology

³ MS/BR – Ministério da Saúde/Brasil, SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, UNATI/UERJ – Universidade Aberta à terceira Idade/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

velhinho que tanto já fez na vida. Merecem, também, atenção e requerem reflexões, as conseqüências e os riscos à vida desse idoso, diante do isolamento, da depressão e da solidão.

Estas foram questões que deparei quando, como estagiária no Centro para Pessoas com Doença de Alzheimer e outros Transtornos Mentais da Velhice (CDA)⁴, atuava na recuperação nutricional de idosos fragilizados em diversos estágios do processo de demência. Durante esse trabalho, foi possível o entendimento de que a situação de depressão é um fator que pode ser diretamente relacionado ao desencadeamento do transtorno demencial e que o adequado estado nutricional possibilita manter a massa corporal e a ingestão de um aporte energético, vitamínico e mineralógico satisfatório. Estudos apontam que a perda ponderal é um fator agravante para a evolução do quadro de demência (Caetano, 2003) de pacientes com mais de 60 anos. Essa questão me levou a refletir e analisar as possibilidades de adequar o estado nutricional, enquanto fator agravante do quadro depressivo e da perda cognitiva, de alguns dos pacientes atendidos no C.D.A.

Que outras ações e alternativas seriam necessárias para melhorar a qualidade de vida desses idosos? Iniciei uma pesquisa bibliográfica para estudar ações dirigidas para idosos, portadores de demência ou não. Nessa busca foi possível conhecer, também, as ações desenvolvidas nas universidades abertas da terceira idade, seus programas e o perfil dos idosos que as freqüentavam. O foco da atuação deixou de ser os idosos fragilizados, para contemplar os idosos ativos, que além de frequentar as *unatis* exerciam outras atividades tais como, grupos e *programas para a terceira idade*. O interesse por esse lado positivo da velhice se consolidou quando fui transferida para o CMS – VI RA que é uma unidade básica

⁴ C.D.A./IPUB - Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil / UFRJ

municipal de saúde, onde exerço a função de sanitarista. Ao me situar quanto às ações desenvolvidas no CMS conheci o trabalho realizado com um grupo de idosos. Atrelando meu interesse nos estudos da gerontologia e minha experiência anterior no CDA e na Assessoria de Saúde do Idoso (ASI/SES/RJ), me inseri na equipe que desenvolve as atividades com o grupo. Ao aprofundar meu contato com este trabalho, surgiu a proposta de se analisar a existência de benefícios para os idosos membros do grupo em questão, que se configura no presente estudo.

Considerando o conceito de promoção da saúde, tem o envelhecimento saudável como tema central. Através de uma pesquisa qualitativa com abordagem quantitativa e da observação ativa e participante, a dissertação tem como questão verificar os efeitos na qualidade de vida dos idosos que participam de um grupo de convivência na cidade do Rio de Janeiro.

A dissertação, além da Introdução, está dividida em seis capítulos.

O primeiro capítulo apresenta considerações gerais sobre o envelhecimento populacional além de uma breve análise de indicadores demográficos e socioeconômicos dos idosos residentes na cidade do Rio de Janeiro, *locus* geográfico desta pesquisa.

O segundo capítulo mostra como se configura socialmente o grupo etário das pessoas que atingiram idade igual ou superior a 60 anos e quais os sentidos do envelhecer nas diversas formas de saber e culturas. Apresenta também análise de como o idoso é considerado para outros grupos etários em diversos segmentos sociais. Introduce, também, o conceito contemporâneo do envelhecimento saudável.

No terceiro capítulo são descritas as políticas fomentadas na promoção do envelhecimento saudável, tanto por organismos internacionais, quanto às políticas públicas adotadas no Brasil. Numa perspectiva histórica, que vem acompanhando o

fluxo diferenciado do envelhecimento populacional, que se iniciou lentamente nas áreas economicamente desenvolvidas e de forma acelerada nos blocos de países em desenvolvimento, a implementação dessas políticas busca melhores condições de vida e de envelhecimento de indivíduos e grupos.

O quarto capítulo aborda o envelhecimento saudável na perspectiva da promoção da saúde, considerando a concepção teórica desta estratégia. Descreve, também, programas de promoção do envelhecimento saudável e os fundamentos teóricos que os norteiam.

O quinto capítulo apresenta um histórico de programas desenvolvidos para a população idosa, e mais especificamente um sobre grupos de convivência, centrando no estado do Rio de Janeiro, por se tratar do espaço onde se desenvolveu o estudo em questão.

O sexto capítulo traz a pesquisa sobre o grupo de convivência, que insere as questões dessa dissertação. Engloba uma descrição espacial e histórica do referido grupo, descreve a metodologia adotada e apresenta os resultados encontrados no estudo realizado.

As considerações finais encerram a dissertação, apresentando análises sobre os resultados do estudo, desafios e propostas de desdobramentos pertinentes a estas análises.

1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Os estudos sobre o envelhecimento envolvem saberes e cenários diversos, dada a heterogeneidade do grupo idoso. Em primeiro lugar, pela grande variância do intervalo de idade que compõe essa faixa etária, isto é, com o aumento da esperança de vida o segmento da população idosa pode se estender mais de 30 anos, ou seja, a partir dos 60 anos até.... Essa variância resulta em uma nova proposta de reagrupamento, podendo haver distinção entre o *jovem idoso*, entre 60 e 75 anos e o *idoso idoso*, com mais de 75 anos (Debert, 1999, Lloyd-Sherlock , 2002, Camarano, 1999 e 2004).

Há que se considerar, também, aspectos relacionados à saúde deste idoso, que segundo diversos autores (WHO, 2002; Ramos, 2003; Veras, 2003; Camarano, 2004) determinam um novo paradigma do envelhecimento saudável, pela manutenção de sua autonomia. Na direção oposta, encontra-se uma parcela de idosos em situação de perda de autonomia, que é um dos determinantes da dependência familiar e/ou social do idoso.

Estes dois aspectos são condicionados por fatores genéticos e as condições de vida que experimentaram ao longo de suas trajetórias de vida. Assim é possível chegar à fase mais avançada do envelhecimento, ou seja, além dos 75 anos em boas condições de saúde, com plena autonomia e capacidade de gerir sua vida. Por outro lado, há aqueles idosos que mesmos antes de atingirem a sua fase madura já estão experimentando deficiências que poderão, precocemente, evoluir para uma situação de fragilidade e dependência.

Com vistas a unificar os conceitos utilizados em abordagens gerontológicas estão relacionados aqueles que serão freqüentemente utilizados no presente estudo,

tal como, autonomia, centro-dia, atividades de vida diária (AVD)⁵ entre outros (no Apêndice 1). Esses conceitos foram extraídos da Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria GM/MS N° 1.395 de 10 de dezembro de 1999, na seção 6, referente às terminologias.

O envelhecimento traz também implicações sociais e financeiras, na medida em que uma sociedade que envelhece precisa ser adaptada às demandas decorrentes de uma população idosa crescente. No Brasil esse crescimento foi marcante. Nos últimos 60 anos, o número de idosos, de acordo com o censo realizado em 2000, atingiu 14,7 milhões, sendo este número nove vezes superior ao registrado em 1940, ou seja, 1,7 milhões. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão mais de 60 anos em todo o país (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004).

Segundo Camarano (2004, p. 26),

“o crescimento da população idosa é consequência de dois processos: a alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje e a redução da mortalidade da população idosa. Por um lado, a queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a população idosa passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base. Por outro, a redução da mortalidade trouxe como consequência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o seu envelhecimento” .

⁵ Cf. Cunha M.L. (2004), Rosa et al (2003), Parahyba e Melzer (2002)

1.2 O envelhecimento populacional na cidade do Rio de Janeiro

A população idosa residente na cidade do Rio de Janeiro possui peculiaridades em relação às demais áreas do país. Algumas destas serão apresentadas a seguir, levando em conta os dados do Censo Demográfico 2000, analisados pelo Instituto Pereira Passos⁶.

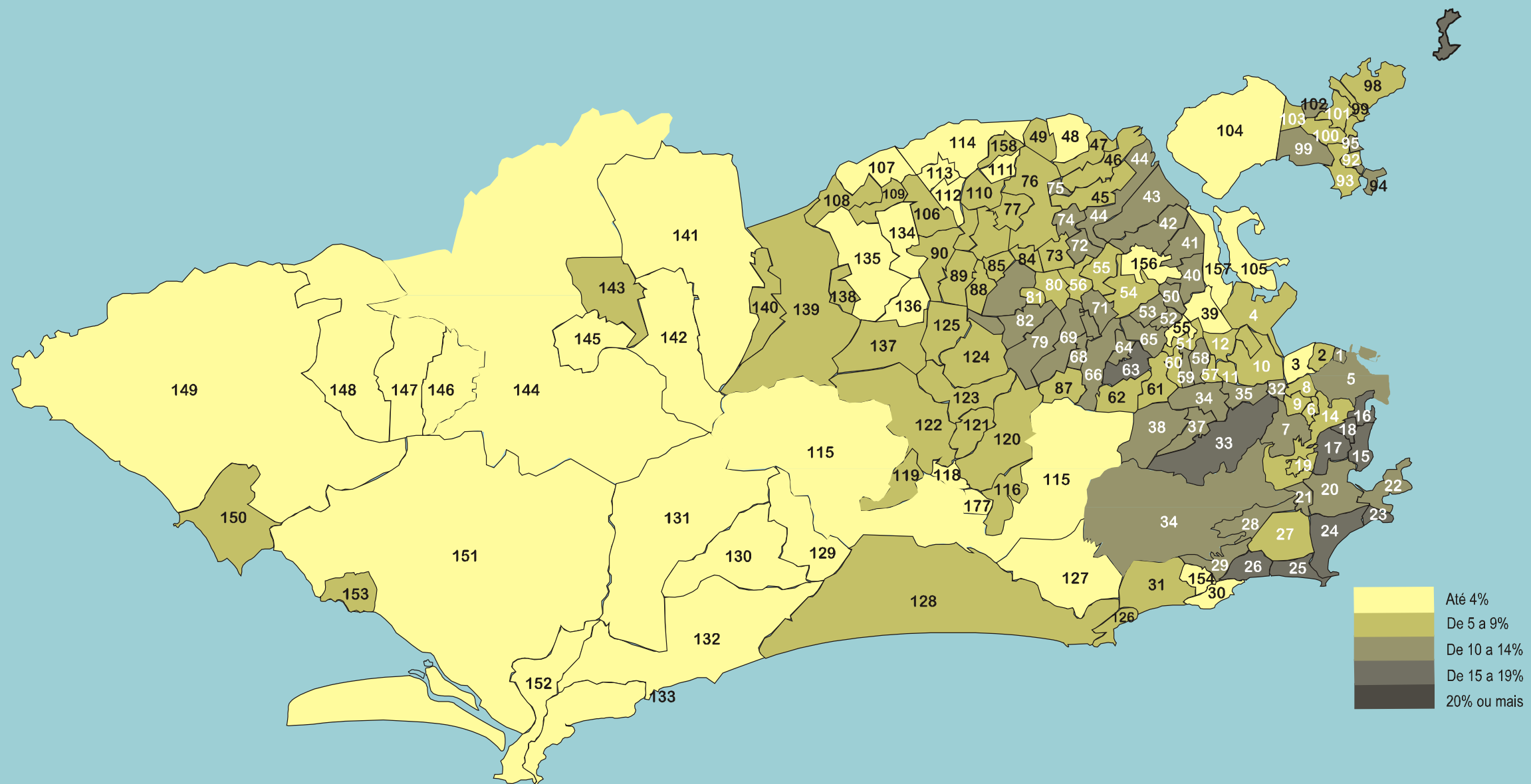
Em 2000, o município do Rio de Janeiro contava com 5.857.904 habitantes, sendo 47% homens e 53% mulheres. Deste total, 12,8%, ou seja, 751.637 eram pessoas com 60 anos ou mais. A projeção para os próximos 15 anos é de um aumento da população total de 5,6 %. No entanto, para o grupo maior de 60 anos espera-se um crescimento de 39,5%, podendo este contingente, chegar a 1.131mil pessoas em 2020.⁷

A população se distribui de forma heterogênea pelas 33 Regiões Administrativas (RA) e bairros, que compõem as 10 Áreas Programáticas (AP) do município do Rio de Janeiro. O mapa 1 apresenta a proporção de idosos residentes nos 159 bairros do município.

⁶ Instituto Pereira Passos IPP/ SMU/PCRJ. Armazém de dados.

⁷ IPP – Armazém de Dados – População – Tabelas 6.1.3, 4.2.1 e 4.2.4

Mapa 1 - Proporção de População Idosa (60 anos ou mais de Idade) por Bairro - Cidade do Rio de Janeiro - 2000



- 001 Saúde
- 002 Gamboa
- 003 Santo Cristo
- 004 Caju
- 005 Centro
- 006 Catumbi
- 007 Rio Comprido
- 008 Cidade Nova
- 009 Estácio
- 010 São Cristóvão
- 011 Mangueira
- 012 Benfica
- 013 Paqueta
- 014 Santa teresa
- 015 Flamengo
- 016 Glória
- 017 Laranjeiras
- 018 Catete
- 019 Cosme Velho
- 020 Botafogo
- 021 Humaitá
- 022 Urca
- 023 Leme
- 024 Copacabana
- 025 Ipanema
- 026 Leblon
- 027 Lagoa
- 028 Jardim Botânico
- 029 Gávea
- 030 Vidigal
- 031 São Conrado
- 032 Praça da Bandeira
- 033 Tijuca
- 034 Alto da Boa Vista
- 035 Maracanã
- 036 Vila Isabel
- 037 Andaraí
- 038 Grajaú
- 039- Manguinhos
- 040 Bonsucesso

- 041 Ramos
- 042 Olaria
- 043 Penha
- 044 Penha Circular
- 045 Brás de Pina
- 046 Cordovil
- 047 Parada de Lucas
- 048 Vigário Geral
- 049 Jardim América
- 050 Higienópolis
- 051 Jacaré
- 052 Maria da Graça
- 053 Del Castilho
- 054 Inhaúma
- 055 Engenho da rainha
- 056 Tomás Coelho
- 057 São Francisco Xavier
- 058 Rocha
- 059 Riachuelo
- 060 Sampaio
- 061 Engenho
- 062 Lins de Vasconcelos
- 063 Méier
- 064 Todos os Santos
- 065 Cachambi
- 066 - Engenho de Dentro
- 067 Água Santa
- 068 Encantado
- 069 Piedade
- 070 Abolição
- 071 Pílax
- 072 Vila Kosmos
- 073 Vicente de Carvalho
- 074 Vila da Penha
- 075 Vista Alegre
- 076 Irajá
- 077 Colégio
- 078 Campinho
- 079 Quintino Bocaiuva

- 080 Cavalcanti
- 081 Engenheiro Leal
- 082 Cascadura
- 083 Madureira
- 084 Vaz Lobo
- 085 Turiaçu
- 086 Rocha Miranda
- 087 Honório Gurgel
- 088 Oswaldo Cruz
- 089 Bento Ribeiro
- 090 Marechal Hermes
- 091 Ribeira
- 092 Zumbi
- 093 Cacuia
- 094 Pitangueira
- 095 Praia da Bandeira
- 096 Cocotá
- 097 Bancários
- 098 Freguesia
- 099 Jardim Guanabara
- 100 Jardim Carioca
- 101 Tauá
- 102 Moneró
- 103 Portuguesa
- 104 Galeão
- 105 Cidade Universitária
- 106 Guadalupe
- 107 Anchieta
- 108 Parque Anchieta
- 109 Ricardo de Albuquerque
- 110 Coelho Neto
- 111 Acari
- 112 Barros Filho
- 113 Costa Barros
- 114 Pavuna
- 115 Jacarepaguá
- 116 Anil
- 117 Gardênia Azul
- 118 Cidade de Deus
- 119 Curicica

- 120 Freguesia
- 121 Pechincha
- 122 Taquara
- 123 Tanque
- 124 Praça Seca
- 125 Vila Valqueire
- 126 Joá
- 127 Itanhangá
- 128 barra da Tijuca
- 129 Camorim
- 130 Vargem Pequena
- 131 Vargem Grande
- 132 Recreio dos Bandeirantes
- 133 Grumari
- 134 Deodoro
- 135 Vila Militar
- 136 Campos dos Afonsos
- 137 Jardim Sulacap
- 138 Magalhães Bastos
- 139 Realengo
- 140 Padre Miguel
- 141 Bangu
- 142 Senador Câmara
- 143 Santíssimo
- 144 Campo Grande
- 145 Senador Vasconcelos
- 146 Inhoaíba
- 147 Cosmos
- 148 Paciência
- 149 Santa Cruz
- 150 Sepetiba
- 151 Guaratiba
- 152 Barra de Guaratiba
- 153 Pedra de Guaratiba
- 154 Rocinha
- 155 Jacarezinho
- 156 Complexo do Alemão
- 157 Complexo da Maré
- 158 Parque Columbia
- * Vasco da Gama

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000
 PCRJ/SMU/Instituto Pereira Passos - 2004
 Adaptado

O presente estudo foi desenvolvido em uma unidade situada na AP 2.1 formada por quatro RA e 18 bairros, Descreve-se, a seguir a sua composição:

VI RA - Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá, Laranjeiras e Urca

V RA - Copacabana e Leme.

VI RA - Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Leblon, São Conrado e Vidigal. Nessa RA situa-se a unidade a qual foi campo para este estudo, mais especificamente no bairro da Gávea.

XXVII RA - Rocinha com adstrição sanitária à VI RA. Estas serão analisadas conjuntamente.

Objeto específico deste estudo é a população da AP 2.1, com 60 anos ou mais, residentes nos bairros da VI RA, (Lagoa) e na XXVII RA (Rocinha). De acordo com os dados do Censo Demográfico de 2000, a AP 2.1 apresentava um total de 630.472 habitantes, nesta data, o que correspondia a 11% da população do município. A tabela 1 apresenta a proporção da população residente nas RAs da AP 2.1, por sexo, em 2000. São apresentados os valores absolutos e sua participação percentual.

Tabela 1 – População residente, por sexo, segundo o município do Rio de Janeiro, a AP-2.1 e as RA's selecionadas - 2000

Item geográfico	Total		Homens		Mulheres	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Município do Rio de Janeiro	5.857.904	100,0	2.748.143	46,9	3.109.761	53,1
Área de Planejamento 2.1	630.473	10,8	277.556	44,0	352.917	56,0
IV RA Botafogo	238.895	37,9	104.164	43,6	134.731	56,4
V RA Copacabana	161.178	25,6	67.595	41,9	93.583	58,1
VI RA Lagoa	174.062	27,6	78.054	44,8	96.008	55,2
XXVII RA Rocinha	56.338	8,9	27.743	49,2	28.595	50,8

Fonte: Instituto Pereira Passos. Armazém de dados. População, 2005.

A população da VI RA corresponde a 27,2% da AP 2.1, com 174.062 habitantes, sendo composta por 45% de homens e 55% de mulheres. Na XXVII RA residem 9% dos moradores da AP 2.1, formada por 49% de homens e 51% de mulheres.

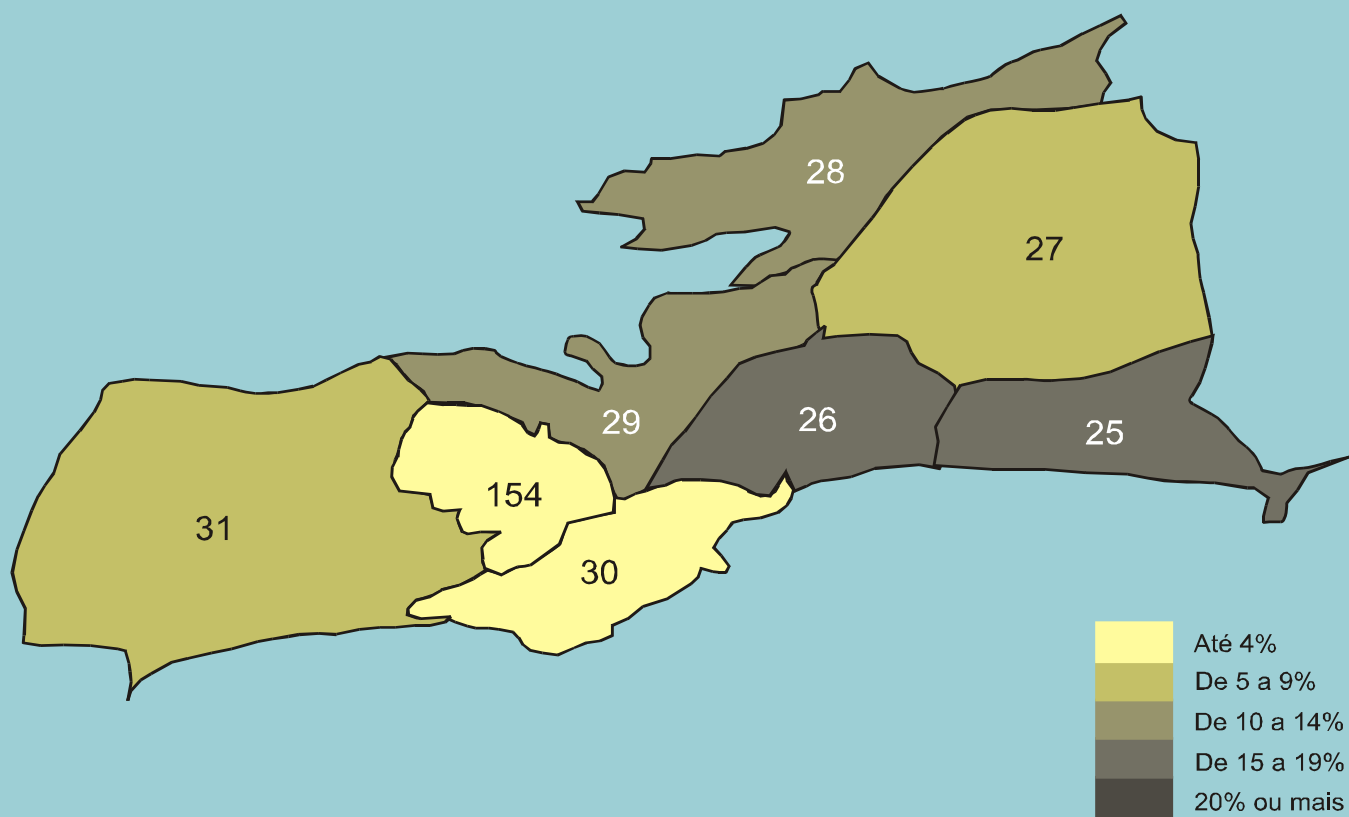
A proporção dos idosos residentes nas duas regiões administrativas que foram analisadas conjuntamente neste estudo, em relação à população total município, estão representadas no Mapa 2. É possível observar que a concentração de idosos na Rocinha (código 154) é inversamente proporcional ao contingente de idosos residentes nos demais bairros que formam a VI RA. Com relação à distribuição por idade, 12,8% da população total do município, corresponde às pessoas com 60 anos ou mais. De acordo com a tabela 2, a maior proporção de pessoas idosas residentes no município foi encontrada na AP 2.1 (17,2%), sendo 4,5% a frequência observada na RA da Lagoa, enquanto que na Rocinha foi de apenas 0,3%, tal como, demonstrado no mapa acima.

Tabela 2 – População residente e com 60 ou mais anos, segundo o município do Rio de Janeiro, a AP 2.1 e as Regiões Administrativas selecionadas – 2000

Item geográfico	Total		60 ou mais anos	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Município do Rio de Janeiro	5.857.904	100,0	751.637	100,0
Área de Planejamento 2.1	630.473	10,8	129.402	17,2
VI Lagoa	174.062	27,6	33.575	4,5
XXVII Rocinha	56.338	8,9	2.495	0,3

Fonte: Instituto Pereira Passos. Armazém de Dados. População, Tabela 4.2.4 (IPP, 2005).

Mapa 2 - Proporção de Idosos (população com 60 anos ou mais) residentes nos bairros da VI RA - RJ - 2000



25 - Ipanema
26 - Leblon
27 - Lagoa

28 - Jardim Botânico
29 - Gavea
30 - Vidigal

31 - São Conrado
154 - Rocinha

A tabela 3 apresenta a proporção de pessoas idosas responsáveis pelo domicílio (chefes do domicílio) e todos os demais, residentes na região estudada. Na RA da Lagoa a proporção comparada é de 33,2% e na RA da Rocinha de 10%. Quanto à distribuição por sexo dos idosos que são responsáveis pelo domicílio, em ambas as RA predominam os homens idosos, mas a diferença não é grande, principalmente na Rocinha.

Tabela 3 – Pessoas responsáveis por domicílios com 60 ou mais anos, por sexo, segundo o município do Rio de Janeiro, a AP-2.1 e as RA's selecionadas – 2000

Item geográfico	População total			Pessoas com 60 ou mais anos por sexo (%)	
	Todas as idades	Total 60 ou mais anos	%	Homens	Mulheres
Município do Rio de Janeiro	1.802.347	462.082	25,6	53,1	46,9
AP 2.1	239.779	83.102	34,7	47,7	52,3
VI Lagoa	63.686	21.174	33,2	53,5	46,5
XXVII Rocinha	16.731	1.671	10,0	51,0	49,0

Fonte: Instituto Pereira Passos. Armazém de Dados. População, 2005.

A tabela 4 apresenta a distribuição proporcional do número de anos de estudo, dos idosos chefes do domicílio situados nas duas RAs analisadas, por sexo. Pode-se observar que entre os homens idosos residentes na VI RA, a maior proporção, aproximadamente 60%, tem 15 ou mais anos de estudo, enquanto que entre as mulheres a maior proporção, 37,1%, completou de 11 a 14 anos. Os idosos que moram na Rocinha, possuem um nível de escolaridade significativamente menor, independente do sexo. A maior proporção destes declarou não ter instrução ou ter escolaridade inferior a um ano de estudo. Em ambas as regiões estudadas, o nível de escolaridade masculina é maior do que o feminino. Esta situação

assemelha-se à do município como um todo, onde a média de anos de estudos é de 8,3 anos, sendo de 8,7 entre os homens e 7,81 entre as mulheres.⁸

Tabela 4 – Anos de estudo das pessoas idosas responsáveis pelos domicílios, por sexo, segundo as VI e XXVII Regiões Administrativas – 2000

Anos de Estudo	VI RA		XXVII RA	
	Homens (%)	Mulheres (%)	Homens (%)	Mulheres (%)
Indeterminado	0,2	0,2	1,2	0,4
Sem instrução ou				
<1	1,9	3,8	38,9	36,8
1 a 3	3,6	5,0	18,9	29,8
4 a 7	9,7	14,5	27,2	30,1
8 a 10	7,0	16,3	7,0	1,5
11 a 14	18,8	37,1	6,9	1,4
15 ou mais	58,8	23,1	0,0	0,0

Fonte: IBGE. Amostra do Censo Demográfico 2000. 2001.- via Banco Multidimensional de Estatísticas

Para conhecer aspectos relacionados à autonomia da pessoa idosa, ou seja, sua capacidade de gerir seu dia a dia de forma independente, o indicador utilizado foi a proporção de idosos que moram sozinhos. A tabela 5 mostra a proporção de idosos que moram sozinhos na AP 2.1 e regiões administrativas analisadas. Aproximadamente 4% dos indivíduos que moram sozinhos na AP 2.1 são idosos, sendo que dentre esses, 25,3% moram na VI RA⁹. A frequência de homens é de 36,% e de mulheres é significativamente maior, com 64%.

⁸ IPP - Armazém de dados - Tabela 4.2.11 .

⁹ Esses números são provenientes do Banco Multidimensional de Estatísticas. Neste não constam registros de moradores individuais com 60 anos ou mais na Rocinha, o que pode indicar uma proporção não significativa estatisticamente.

Tabela 5 – Pessoas com 60 ou mais anos que moram sozinhas, segundo a AP-2.1 e as

RA's selecionadas – 2000

Item geográfico	População total AP 2.1			Pessoas com 60 anos ou mais por sexo (%)	
	Todas as Idades	60 ou mais anos	%	Homens	Mulheres
AP-2.1	20.044	798	4,0	21,0	79,0
VI Lagoa	14.066	202	1,4	36,0	64,0
XXVII Rocinha	1.951	NI	NI	NI	NI

Fonte: IBGE. Amostra do Censo Demográfico 2000. 2001. - via Banco Multidimensional de Estatísticas

Com relação às condições socioeconômicas, a cidade do Rio de Janeiro segue o padrão nacional de extrema desigualdade. Como indicador de análise destas condições utilizou-se, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹⁰. Ao ser observado o IDH nas RA da Lagoa e da Rocinha fica bem evidenciada a diferença socioeconômica entre as mesmas, como demonstrado na tabela 6. A VI RA situa-se na segunda melhor posição entre as 33 RAs do município. Por outro lado, a XXVII encontra-se na 29ª posição. Ou seja, em pequeno espaço geográfico polarizam-se duas situações bastante diversas, sendo o indicador de renda a variável que apresenta o maior diferencial.

¹⁰ O IDH mede a qualidade de vida de uma determinada região. É um indicador composto, que insere no cálculo três variáveis – escolaridade, renda e esperança de vida ao nascer. Varia de 0 a 1 sendo melhor o nível de qualidade de vida quando próximo de 1. (PNUD-BR, 2004)

Tabela 6 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo o município do Rio de Janeiro, a VI RA e a XXVII RA – 2000

Ordem segundo o IDH	RJ/RA	Esperança de vida (em anos)	Taxa alfabetização de adultos (%)	Taxa bruta de frequência escolar (%)	Renda per capita (em R\$ de 2000)	Índice de longevidade (IDH-L)	Índice de educação (IDH-E)	Índice de renda (IDH-R)	IDH municipal
	Rio de Janeiro	71,18	95,12	87,51	585,40	0,770	0,922	0,79	0,83
2	VI RA (Lagoa)	76,83	98,32	103,74	2.228,78	0,864	0,989	1,000	0,951
29	XXVII RA – (Rocinha)	67,91	87,90	69,50	219,95	0,715	0,818	0,673	0,735

Fonte: Instituto Pereira Passos. Armazém de Dados. População. 2005.

Cálculos - Convênio IPP/IUPERJ/IPEA e FJP-MG

2 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL – Aspectos Conceituais

Nos dias atuais, muito se tem estudado e dito sobre o envelhecimento da população, que é um fenômeno razoavelmente recente na história da humanidade. Estes estudos são relacionados a diversas ciências tais como a Demografia, Economia, Gerontologia, Sociologia, Psicologia, Direito, Ergonomia entre outros.

A reflexão sobre o envelhecimento saudável requer considerar alguns aspectos relacionados ao entendimento de quem é o idoso e o que é envelhecer enquanto um processo que engloba uma multiplicidade de situações. Enfoca uma abordagem positiva do envelhecimento, através da promoção da saúde, numa visão abrangente do seu conceito. Por outro lado, cabe refletir sobre o que é e como é envelhecer bem, ou seja, com qualidade de vida num país de tantas desigualdades como o Brasil.

De acordo com Lima-Costa e Veras (2003, p.700)

O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

Para o foco em questão, destacam-se os trabalhos relativos a conceito de idoso, como também estudos sobre o imaginário social da velhice, saúde e doença na população idosa e principalmente sobre o envelhecimento saudável (Paz, 2000; Py, 2004; Debert, 1999; Ramos, 2003; Camarano, 2004; WHO, 2002). Nesse capítulo são abordados alguns aspectos relacionados a oportunidade de envelhecer bem, com qualidade de vida e ser feliz.

2.1 Idoso – Um grupo de muitas idades

Conceituar o idoso apenas pelo corte etário traz limitações dada a heterogeneidade entre os indivíduos no espaço e no tempo, na aceitação da existência de características biológicas que possam ser independentes das características culturais e a finalidade social do conceito de idoso (Camarano, 1999 e 2004). Contudo, limite etário é útil para a formulação de políticas públicas, pois possibilita delimitar e focar o grupo de indivíduos para as quais elas são direcionadas.

Órgãos internacionais, tais como, a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial da Saúde propõem duas definições de idosos. Os idosos dos países desenvolvidos ou centrais são as pessoas com 65 anos e mais. Os dos países emergentes ou periféricos, como o Brasil, são aquelas com 60 ou mais anos. Neste estudo, considerou-se, como idoso a pessoa com 60 anos ou mais, conforme definido pela Política Nacional do Idoso, Lei 8842 de 1994, endossado pelo Estatuto do Idoso, Lei 10.741 de 2003.

Independentemente da situação social, alguns autores (Debert, 1999; Camarano, 1999 e 2004; Lloyd-Sherlock, 2002; FUNUAP, 1998, *apud* Cunha, 2004) propõem uma divisão do grupo de idosos. Uma delas é a de *idosos jovens*; formado por aqueles com menos de 69 anos, assumindo que, em geral, são mais ativos e os *idosos velhos*, constituído pelos que têm mais de 70 anos. Há de se considerar, também, um outro grupo, formado pelos idosos fragilizados, ou seja, aqueles que apresentam incapacidades e sinais de senilidade e demência. Estas subdivisões em si já merecem abordagens específicas e reforçam a heterogeneidade nesse grupo etário.

2.2 Diversos olhares para o idoso - as imagens do envelhecer

Analisando a formação do imaginário social do velho e da velhice, Pelosi et al (2000) apresentam diversos significados e imagens das duas palavras. Da semântica à mídia, passando pela pintura e a literatura os significados são, em geral, desfavoráveis ou pejorativos. Em sua análise, mostra que as imagens, em diversas formas de expressão, ao longo da história humana, apresentam o velho e a velhice sob uma forma depreciativa, frágil, obsoleta e até cômica. Uma maior valorização da população idosa é encontrada em culturas orientais mais tradicionais como na China e no Japão, onde o velho simboliza a longevidade.

O fortalecimento do sistema capitalista, marcado pelo desenvolvimento, pelo consumismo e acrescido de tecnologias diversas que favorecem a longevidade, permite surgir um novo eixo mercadológico. Este vê o idoso como um consumidor em potencial, inserido, contudo, em diferentes realidades sociais. Aparece também uma nova forma capitalista de abordagem do idoso que é o “idoso-consumidor” mesmo sendo esta uma pequena parcela deste seguimento etário. Neste sentido, são lançados inúmeros produtos e serviços, com vistas a propagar a idéia de velhice com qualidade de vida ou de velhice saudável, como se o consumo exagerado, ou o simples acesso ao consumo determinasse a qualidade de um bom envelhecer. (Paz, 2000, Pelosi et al, 2000), ¹¹.

Em sua análise, Pelosi destaca, também, as representações do imaginário social, através de falas de alguns idosos, sobre suas vivências, realidades e suas imagens sobre a própria velhice. Dentre essas visões, positivas ou negativas, verifica-se que a última ainda é a mais freqüente.

¹¹ Cf : Debert (1999 cap.1 e cap.5), Camarano (2004 cap. 11,12 e 15) também analisam estes aspectos.

Sobre este aspecto, Paz (2000) faz uma interessante análise sobre figuração e a imagem da velhice, através das artes, da mitologia e das lendas, das histórias infantis e de outras formas modernas de veiculação dessas imagens como publicidade etc. Relaciona o imaginário da velhice ao conflito geracional onde o novo se contrapõe ao velho, o belo ao feio, produtivo ao improdutivo, sendo visto como produtivo, o idoso que permanece ligado à atividade laborativa. Ficam esquecidas, ou melhor, são desconsideradas a sua história e experiências anteriores ao momento atual.

Sobre as representações sociais da velhice, Paz (2000, p.44) citando Elias (1986) argumenta que

...é preciso estar atento a esse movimento de “re-privatização” e, consciente dele, aprender as formas de manipulação, mistificação ou ocultação da realidade ou de outras formas de discriminação, estereotipização, coisificação – sutis ou explícitas-, que acabam por delegar aos velhos um lugar ou um não lugar. Uma identidade ou a perda dela, que se pode traduzir como meios de isolamento, asilamento e morte social.

Debert (1999) também trata da reprivatização da velhice considerando como um processo que transforma a velhice numa responsabilidade individual podendo, portanto, desaparecer dentre as responsabilidades sociais.

As visões da velhice colhidas por Paz (2000), embora carregadas de simbolismo, são atreladas à realidade e ao cotidiano. Muitas das imagens já consagradas que foram apresentadas em seu texto, contribuíram para “*fomentar a produção ou reprodução de estereótipos sobre o sujeito velho*” (ibid p.48). Pela poesia, a velhice tanto é mostrada de forma favorável como desfavorável. Nas fábulas e histórias infantis mais antigas, como a da Branca de Neve e da Bela Adormecida, as bruxas e bruxos são pessoas velhas, feias e más. Nas fábulas mais recentes, as bruxas ou bruxos podem até usar recursos e tecnologias mais

modernos, mas visualmente continuam velhos, feios e de roupas escuras, imagens que marcam o imaginário infantil e que perduram negativamente no inconsciente ao longo de sua vida. O resgate de um olhar mais positivo é feito com “Dona Benta” e “Anastácia” por Monteiro Lobato.

Paz (2000) cita, também, outras formas preconceituosas ou depreciativas de como os idosos são mostrados na mídia atual, seja pela propaganda ou em programas de humor ou “charges”.

“*Ninguém quer ser velho, idoso talvez...*”(Pelosi, 2000, p.143). Porque idoso é melhor aceito atualmente? Talvez porque, semanticamente, não insere a idéia de desgaste, inutilidade, antiquado. Idoso, segundo o Bueno (1980), é aquele avançado na idade, velho. Outras expressões, tal como, terceira idade, vêm se ampliando, atualmente, procurando amenizar o atual imaginário sobre o envelhecer.

Embora já possam ser percebidas algumas mudanças em relação às imagens da velhice, seja na literatura, na música, em filmes etc. ainda não foram eliminados do imaginário social, diversos conteúdos e significações negativas e em muitos deles alguns símbolos ainda se cultivam e se preservam. Porém, em meio à realidade restritiva e adversa em que vivem muitos idosos brasileiros, já se encontram em implantação programas e projetos que buscam a transformação e reversão do quadro de descaso e preconceito que experimentam os idosos brasileiros. (Debert, 1999; Paz, 2000)

2.3 O conceito de envelhecimento saudável

O Estatuto do Idoso no artigo 9º dispõe que “ *É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade*”.

Definir o que é envelhecimento saudável é complexo como, também o é, definir quem é idoso, pois como citado, anteriormente, o grupo formado por pessoas com 60 anos ou mais se difere entre si em diversos aspectos. Tal complexidade decorre do entendimento do que é ser saudável entre os indivíduos idosos. É possível encontrar diversas abordagens a respeito do entendimento do que é envelhecimento saudável.

Segundo órgãos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) o envelhecimento populacional pode ser uma experiência positiva, desde que seja acompanhado de autonomia, participação e seguridade econômica, ou seja, com qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde, (OMS) adotou o termo “*Envelhecimento Ativo*” (WHO, 2002), para expressar este processo, que pode ser aplicado tanto ao nível individual como coletivo. Este preconiza que o idoso deve ser estimulado a utilizar plenamente sua capacidade física, social e mental como ator social de acordo com suas necessidades, desejos e possibilidades ou recebendo proteção e cuidados quando necessário. Neste sentido, o *envelhecimento ativo* pode ser definido como a participação do idoso na vida social, cultural, econômica, familiar, espiritual e civil, mesmo após aposentado. O *envelhecimento ativo* visa aumentar a expectativa de vida saudável e qualidade de vida para todas as pessoas com idade avançada, mesmo aqueles mais frágeis que necessitam de cuidados. Portanto, está relacionado, entre outros aspectos, às condições de saúde guardando estreita relação com o envelhecimento saudável (WHO, 2002).

Discutindo o conceito de idoso, Camarano (1999 p. 4:5) considera que o envelhecimento está associado a:

um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais. Então, o estar saudável deixa de ser relacionado à idade cronológica e passa a ser entendido como a capacidade do

organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e motivação física e psicológica para continuar na busca de novos objetivos e novas conquistas pessoais e familiares.

Sobre *velhice bem sucedida*, Néri (2001) citando estudiosos da Gerontologia¹², argumenta que desde os anos 60, velhice e envelhecimento não são vistos como sinônimos de doença e inatividade. Uma *velhice bem sucedida* está associada ao baixo risco de doenças e incapacidades, a uma boa saúde mental, auto-aceitação como idoso, bom relacionamento com outras pessoas e o meio em que vive, exercícios físicos, trabalho remunerado ou voluntário, autonomia e atividades de lazer. Ou seja, reconhece-se a existência de um novo enfoque da velhice ou uma nova imagem do idoso, como um sujeito avançado no tempo, uma pessoa participativa e inserida no mundo. *Um sujeito desejante* (Py, 1999 p. 21).

No que diz respeito à saúde da população idosa, diversos estudos e fontes de dados (PNAD, 1998; Censo Demográfico, IBGE, 2000; Lima-Costa et al, 2003, DataSUS/MS, 2005), mostram que a grande maioria dessa população é portadora de algum tipo de deficiência, como auditiva, visual ou mental, ou apresenta uma ou mais doenças crônicas, tais como, diabetes, hipertensão arterial, doenças ou do aparelho circulatório dentre outras. Ou seja, pergunta-se entre as pessoas idosas, quem pode ser considerado saudável?

Autores como Ramos (2003), Veras (2003), Fillebaum (1984), Kane e Kane (1981) consideram que quando os idosos são devidamente acompanhados e orientados, têm suas doenças controladas, vivem satisfeitos podem ser considerados idosos saudáveis. Portanto, na velhice, um novo paradigma de saúde (Ramos, 2003) não leva em conta a existência de doenças e sim a sua autonomia, isto é, a capacidade do indivíduo de gerir sua vida, seus desejos e o seu bem-estar.

¹² Rowe e Kahn (1998), Featherman (1991) Ryff (1989)

3 POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

O envelhecimento populacional tem sido reconhecido mundialmente como uma questão importante para a agenda das políticas públicas e de pesquisas sociais para o século XXI. Os demógrafos que estudam essa questão projetam que a idade média da população do planeta atingirá 30,9 anos em 2020, sendo de aproximadamente 29 anos nas regiões menos desenvolvidas e podendo se aproximar a 42 anos nas mais desenvolvidas. Isto se dará como resultado do incremento da proporção de idosos frente ao declínio da proporção de crianças e jovens. Espera-se que por volta do ano 2020, a proporção de idosos atinja 13% da população do planeta, podendo chegar a 25% em alguns países desenvolvidos. (UN, 1999).

O processo de desenvolvimento social tem sido marcado por diferenças extremas e estas determinam diversidades nas condições de vida das pessoas. Assim, acontece com o processo de envelhecimento populacional. A concentração de indivíduos idosos, as características desse envelhecimento e principalmente as condições em que este processo ocorre nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento são evidentemente diferentes.

Nesta sessão, serão abordadas as políticas formuladas por órgãos internacionais, em debates políticos e técnicos, os quais, foram precursores das políticas e dos programas formulados no Brasil, adaptados às conjunturas locais.

3.1 Políticas fomentadas por organismos internacionais

Em 1982, em Viena, a Organização das Nações Unidas promoveu a I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento e aprovou um Plano de Ação para a população idosa conhecido como Plano Internacional de Viena (U.N.,1982). Este Plano contém 62 recomendações de políticas relacionadas à educação, emprego, seguridade social, meio ambiente, saúde, bem estar social e da família dirigidas à população idosa. Enfatiza a realização de pesquisas e estudos sobre a situação social do idoso direcionados a subsidiar a formulação de políticas e programas fomentados ao atendimento das suas necessidade. Neste caso, visa-se a elaboração de estudos que podem contribuir para a prevenção de incapacidades, doença e da pobreza, através de programas de bem estar e promoção da saúde. Foram recomendados, naquele Plano, trabalhos e análises em todos os níveis e esferas de governo, do nacional ao local, destacando a abordagem interdisciplinar e a busca de parcerias. A Declaração de Brasília da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Envelhecimento e Saúde de 1996, afirma que a implementação de envelhecimento saudável requer participação de familiares, comunidades e governos. (WHO, 2002).

No Encontro de Consultores da Organização das Nações Unidas-ONU para o Envelhecimento em 1999, realizado em Viena, foi proposto o desenvolvimento de uma ampla “Agenda para o século XXI, de pesquisa sobre o envelhecimento populacional”. Esta Agenda teve por objetivo servir como base para a formulação de políticas e ações voltadas ao envelhecimento individual e coletivo, tanto dos países desenvolvidos como em desenvolvimento (U.N., 2001).

Em 2002, em Madri, foi realizada a 2ª Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, tendo como uma das estratégias centrais a proposta de

Envelhecimento Ativo ¹³. No documento da Assembléia, entre outras questões que se relacionam a este estudo, destaca-se que “*em todo o mundo, em especial nos países em desenvolvimento avaliações que ajudem as pessoas idosas a manterem-se saudáveis e ativas não é um luxo e sim uma necessidade*” (WHO 2002).

A OMS apresentou nessa ocasião (WHO 2002) sugestões para implementar um política que estimule o envelhecimento ativo e aponta os sete desafios centrais associados ao envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento, a serem enfrentados pelos governos, instituições privadas, organizações não governamentais e instituições acadêmicas. São eles:

1- A dupla carga de doenças decorrentes da transição epidemiológica – doenças infecto-contagiosas//transmissíveis e doenças crônico degenerativas (doenças do aparelho circulatório e respiratório, neoplasias, causas externas, etc);

2- O aumento do risco de incapacidades;

3- A necessidade de provimento de cuidados para a população idosa;

4- A feminilização da velhice;

5- Desigualdades sociais e questões éticas;

6- Questões econômicas relativas ao envelhecimento populacional – aposentadorias, saúde etc;

7- Estabelecimento de um novo paradigma – envelhecimento ativo.

A política proposta apresenta sugestões e recomendações visando embasar ações em todos os níveis de governo e da sociedade, os quais devem levar em conta os direitos, preferências, necessidades e capacidades das pessoas idosas.¹⁴

¹³ A definição de *Envelhecimento Ativo* foi apresentado no capítulo anterior p.21

¹⁴ Cf. Camarano (2004: Cap. 8)

3.2 Políticas públicas brasileiras dirigidas à população idosa

A discussão sobre o envelhecimento populacional e suas conseqüências no Brasil ganha espaço público a partir de incursões na mídia quando do movimento dos aposentados ao final dos anos 80 e início dos anos 90. Este movimento ocorreu através da mobilização de aposentados, pensionistas e demais beneficiários da Previdência Social, que se agruparam para reivindicar o direito à irredutibilidade dos seus benefícios previdenciários, correspondente à manutenção do seu poder aquisitivo. Isso ocorre depois que um decreto presidencial em 1991 retirou esse direito. A referida reivindicação baseava-se na autorização legal de reposição das perdas inflacionárias, que naquele período correspondia a 147%, o qual não foi repassado pelo governo. Este movimento ficou conhecido como “*Movimento dos 147%*” (Debert, 1999; Paz, 2004).

Antes do destaque público que esse Movimento obteve, debates sobre envelhecimento eram travados, quase que exclusivamente, em círculos de estudiosos e especialistas em Demografia, Gerontologia e Geriatria. No âmbito público eram discutidas questões relacionadas à assistência e à previdência social. Ao ganhar espaço público, as questões sobre o rápido envelhecimento populacional, ampliam as discussões sobre implementação de políticas dirigidas a esse grupo etário. (Debert, 1999; Paz, 2004).

Em 1994 foi sancionada a Lei Nº 8.842 de 4 de janeiro, que regulamenta a Política Nacional do Idoso. O 1º Artigo desta Política assegura “*os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade*”. Considera como Idosa “*pessoa maior de 60 anos de idade*”.

A Política Nacional do Idoso trata de aspectos relacionados aos direitos e bem estar deste grupo populacional tais como educação, trabalho e previdência

social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer. No que diz respeito ao objeto diretamente relacionado ao presente estudo foram selecionados alguns dos Princípios e Diretrizes da Lei 8.842¹⁵.

O processo para promulgação da Lei 8842 foi lento. Embora disposto no seu artigo 20, que o prazo para regulamentação seria de 60 dias, isto só ocorreu após dois anos da publicação da mesma, através do Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996. A Política Nacional do Idoso instituiu, também, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). No entanto, todos os oito artigos referentes ao Conselho foram vetados quando da promulgação da Lei. Este tema voltou a pauta somente em 2002 quando o Decreto 4287 de 27 de junho, que substituiu o Decreto 4227/2002, criou o referido Conselho – C.N.D.I. Em 2004, o Decreto nº 5.109 substituiu os dois anteriores nº 4227 e 4287 e dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do CNDI.

Em 2003 foi instituído o Estatuto do Idoso – Lei 10741 de 1º de outubro de 2003 elaborado com imensa participação de entidades de defesa da pessoa idosa, aprovado pelo Congresso e sancionado pelo Presidente da República. Este trata de diversos aspectos relacionados à vida dos idosos, com ênfase nos direitos fundamentais assegurados à pessoa idosa. Concretiza, no âmbito da saúde, a garantia do cuidado e da atenção integral pelo Sistema Único de Saúde, abordando as competências e responsabilidades dos profissionais e gestores do SUS.

No âmbito específico da saúde, em 1999 é aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) – Portaria do Ministério da Saúde nº 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999 a qual é

¹⁵ Vide Apêndice 2

parte essencial da Política Nacional de Saúde” e “fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, na conformidade do que determinam a Lei Orgânica da Saúde – N.º 8.080/90 – e a Lei 8.842/94, que assegura os direitos deste segmento populacional.

Esta Política aponta em seus propósitos que “ o crescimento demográfico da população idosa brasileira exige a preparação adequada do País para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade”.

Em estudos demográficos recentes, as projeções apontam para, num futuro próximo, um aumento do número de idosos que poderá atingir 30,9 milhões, o que corresponderá a 14% da população brasileira (Camarano 2004)¹⁶. Isto deverá ocorrer em detrimento ao crescimento negativo na ordem de -0,16% dos demais grandes grupos etários. A sociedade brasileira deverá, estar preparada para essa situação. Essa preparação da sociedade para se adequar ao aumento do número de idosos, bem como, a uma maior expectativa de vida, deve envolver diversos aspectos, como a implementação de ações específicas de saúde, um ambiente adequado e o provimento de recursos humanos capacitados em geriatria e gerontologia. Além disso, esse preparo deve apontar para o fato de que, o envelhecimento populacional não é uma responsabilidade individual e sim de todos os setores da sociedade.

Enquanto objeto deste estudo ressaltou-se um dos propósitos da Política Nacional de Saúde do Idoso, ou seja:

a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. (Portaria MS n.º 1.395/GM, 10 de dezembro de 1999)

¹⁶ Beltão *et al* (2002) *apud* Camarano 2004.

Mais recentemente, foi homologada pelo Ministério da Saúde a Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, na qual aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006. – Consolidação do SUS com seus três componentes, os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Apresenta-se a seguir alguns aspectos deste documento, mais especificamente, sobre o componente do Pacto pela Vida que é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

São seis as prioridades pactuadas nas três esferas de governo:

- Saúde do idoso;
- Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- Promoção da Saúde;
- Fortalecimento da Atenção Básica.

Dada a saúde do idoso ser uma das seis prioridades do Pacto pela Vida, tem dentre suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar;

Compreender do conceito de Promoção da Saúde, as suas estratégias e processos são passos iniciais para implementação da P.N.S.I. e para promoção do envelhecimento saudável.

4 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA PERSPECTATIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

4.1 Promoção da Saúde – concepção teórica

Ao iniciar o estudo que resultou nesta dissertação, ou seja, analisar o grupo de idosos do CMS¹⁷, perguntou-se sobre os objetivos deste grupo, pois buscava uma análise referenciada à promoção da saúde e não simplesmente ao convívio social ou associações exclusivamente voltadas ao lazer. Outra questão que se apresentava na construção do estudo, era se a **promoção da saúde** contempla o **envelhecimento saudável**. Esta sessão apresenta, a concepção teórica da Promoção da Saúde.

Promoção da Saúde foi conceituada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986 no Canadá, onde países como o próprio Canadá, Estados Unidos e da Europa Ocidental travaram vigorosos debates sobre esse tema. Esta conferência resultou na produção da Carta de Ottawa, onde se definiu conceito de Promoção da Saúde como *“o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”*.¹⁸

Buss (2003), em um trabalho recente sobre Promoção da Saúde, revisa vários autores, entre eles, Sigerist (1946), Leavell e Clark (1965), Terris (1996), Sutherland & Fulton (1992) os quais, ao longo do século XX produziram diversas análises sobre este conceito. O entendimento de promoção da saúde, enquanto conceito teórico, por conseguinte, é debatido por vários atores sociais, em

¹⁷ CMS - Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues, VI Região Administrativa - VI RA-Gávea – Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro – SMS/PCRJ

¹⁸ BRASIL. MS – Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde.

conjunturas e cenários diversificados e sofre influências dos determinantes da saúde e das condições de vida.

Um dos primeiros estudiosos sobre esse tema foi Sigerist nos anos 40, com uma conotação diferente sobre Promoção da Saúde pois caracterizou como uma das quatro tarefas primordiais da medicina, ou seja, “*promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação do enfermo e a reabilitação*”¹⁹.

Leavel e Clark em 1965, ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, utilizaram o conceito de promoção da saúde inserido no primeiro dos três níveis da prevenção, isto é na prevenção primária. Rouquayrol (1999) descreve prevenção em saúde pública como ações e medidas antecipadas que visam interromper ou anular uma doença. Essa autora considera, também, que há um tipo de prevenção que pode ser conseguida por medidas públicas através de ações que atuem sobre as condições de pobreza e ignorância, enquanto precursores de doenças. Essas podem atuar, também, sobre o ambiente físico ou social ou, diretamente, sobre os indivíduos doentes ou suscetíveis. De acordo com Rouquayrol (1999)

A prevenção pode ser feita nos períodos de pré-patogênese e patogênese. O conhecimento da história natural da doença favorece o domínio das ações preventivas necessárias. Se um dos fundamentos da prevenção é cortar elos, o conhecimento destes é fundamental para que se atinjam os objetivos colimados. Devem ser conhecidos os múltiplos fatores relacionados com o agente, o suscetível e o meio ambiente, e com a evolução da doença no acometido.

A prevenção primária que se faz com a intervenção dos fatores pré-patogênicos inclui: (a) promoção da saúde; (b) proteção específica.

A prevenção secundária é realizada no indivíduo, já sob a ação de agente patogênico, ao nível do estado de doença, e inclui: (a) diagnóstico; (b) tratamento precoce; (c) limitação da invalidez [...].

A prevenção terciária consiste na prevenção de incapacidade através de medidas destinadas a reabilitação. (Rouquayrol (1999 p. 26-27)

¹⁹Sigerist (1946) *apud* Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS).

Buss (2003 p.18) considerou que

a extensão dos conceitos de Leavell e Clark é inapropriada para o caso das doenças crônicas não-transmissíveis²⁰. De fato, com a segunda revolução epidemiológica (Terris, 1996), o movimento da prevenção das doenças crônicas, a promoção da saúde passou a associar-se a medidas preventivas, sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e família.

O modelo de Leavel e Clark seria, portanto, mais adequado à prevenção e ao controle das doenças transmissíveis²¹.

No caso específico da população idosa, a ressalva acima, é importante, já que as doenças crônicas não transmissíveis têm maior peso na morbidade entre elas. (Rouquayrol, 1999; Camarano, 2005; Kilsztajn, 2002; Vasconcelos, 2002).

A tabela 7 apresenta a Distribuição proporcional de óbitos, por causas selecionadas, segundo o Código Internacional de Doenças, 10ª edição – CID10, no Brasil em 2002²², por grupo de idade. Destacou-se o segmento das pessoas com 60 ou mais anos e as principais causas de óbito.

²⁰ Entre as doenças crônicas não transmissíveis que influenciam na maior morbidade de idosos cita-se: infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), neoplasias (câncer), pneumonias, diabetes, hipertensão, depressão, doenças osteoarticulares (osteoporose, artrites) etc (N.A.)

²¹ São doenças transmissíveis, de manifestação aguda – sarampo, meningite, hepatite A, rubéola. Entre as que podem se cronificar são exemplos: tuberculose, hepatites B e C, sífilis, sida etc. (NA)

²² DATASUS/Informações de saúde/Indicadores de saúde/Cadernos de informações de Saúde.

Tabela 7 - Distribuição Proporcional de óbitos por faixa etária segundo grupo de causas - CID10 -

Brasil - 2002

Grupo de Causas	Óbitos por faixa etária (%)									
	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,4	17,7	8,8	6,6	2,7	8,9	4,9	3,3	3,4	5,3
II. Neoplasias (tumores)	0,3	7,8	14,9	11,7	4,8	11,6	23,2	16,6	17,6	15,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,9	2,9	4,1	5,6	3,5	0,7	36,1	43,5	42,9	31,5
X. Doenças do aparelho respiratório	7,0	20,1	8,5	6,8	3,5	2,7	8,4	15,8	15,0	11,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	61,5	0,9	0,0	0,0	0,0	1,8	-	-	-	3,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2,1	22,8	41,6	51,2	76,4	1,6	8,1	2,8	3,2	14,9
Demais causas definidas	19,8	27,8	22,0	18,1	9,1	0,0	19,3	17,9	18,0	17,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	27,3	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DATASUS/MS - Sistema de Informação sobre Mortalidade

A tabela 8 mostra a distribuição proporcional de óbitos por grupo de causas entre os indivíduos com 60 anos ou mais, residentes no Rio de Janeiro. Neste Estado, a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias atinge 3,4% dos idosos. Porém, os óbitos por causas relacionadas a doenças do aparelho circulatório atingem 41,7% do total nessa faixa etária.

Tabela 8 - Distribuição Proporcional de óbitos na população com 60 ou mais anos segundo grupo de causas - CID10 - Rio de Janeiro - 2002

Grupo de causas	Óbitos por faixa etária (%)	
	60 ou mais anos	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,2	5,0
II. Neoplasias (tumores)	18,0	16,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	42,1	32,4
X. Doenças do aparelho respiratório	15,9	11,9
XVI. Algumas afecções originadas no período pré-natal	-	2,8
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3,0	14,5
Demais causas definidas	17,8	17,5
Total	100,0	100,0

Fonte: DATASUS/MS - Sistema de Informação sobre Mortalidade

O marco teórico da promoção da saúde, ou seja, a Carta de Ottawa sofreu forte influência do *Modelo do Campo da Saúde* proposto no *Informe Lalonde* (1996). Este modelo considera que a saúde é determinada por quatro componentes, a saber: biologia humana, o ambiente, estilo de vida e a organização da assistência a saúde. O modelo é discutido por diversos autores, tais como, Paim e Almeida Filho (1998), Denver (1980), Buss (2000), Terris (1996), que descrevem cada um desses componentes como:

biologia humana - que inclui a maturidade e envelhecimento humano, sistemas internos complexos e herança genética;

organização dos serviços - contemplando os componentes preventivo, curativo e de recuperação;

ambiente - que envolve as dimensões física (do espaço), social (do meio) e psicológica;

estilo de vida - na qual podem ser considerados os riscos autocriados, a participação no emprego e situações ocupacionais, os padrões de consumo e atividades de lazer.

Segundo o Informe Lalonde, no Canadá os esforços para melhoria da saúde e a maior parte dos seus gastos diretos foram concentrados, principalmente, num único componente, ou seja, a assistência à saúde. No entanto, o documento destaca que as principais causas de morbimortalidade naquele país tinham origem nos outros componentes. Este documento propõe cinco estratégias para abordar os problemas do *campo da saúde* que são: a promoção da saúde, a regulação dos serviços, a eficiência da assistência médica, pesquisa e definição de objetivos. Apresenta, também, diversas iniciativas para a implementação das mesmas. Com relação à estratégia da *promoção da saúde* são sugeridas 23 medidas, as quais

estão relacionadas ao estilo de vida principalmente no âmbito individual, tais como, adequação da dieta, supressão do consumo de fumo e álcool, atividade física. Incluíam, também, programas educativos para indivíduos e instituições, bem como, incentivo a ações de lazer.

A evolução do modelo do *campo da saúde* no Canadá, nos 12 anos seguintes resultou em uma proposta de estruturação da Promoção da Saúde. Para tanto, esse documento considerava, principalmente, a adoção de mecanismos de autocuidado, ajuda mútua e ambientes saudáveis, como estratégia para esta estruturação. Aprofundou-se a discussão sobre um plano mais coletivo visando a estruturação da Promoção da Saúde, chamando à responsabilidade das autoridades e dos governos. Foi proposto, também, incentivar a participação popular, fortalecer serviços de saúde comunitários e adotar políticas públicas saudáveis (Buss, 2003). Este documento foi apresentado na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986 em Ottawa no Canadá.

A Promoção da Saúde foi o tema central dessa Conferência, cujo resultado foi a Carta de Ottawa. Esta enfocou cinco campos de ação, ou seja: *a reorientação do sistema de saúde, a adoção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço à ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais.*²³

Dentre seus componentes, a Carta apresentou um aspecto relacionado às possibilidades de mediação de parcerias na qual considerou que:

As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos (ibid p.2)

²³ Brasil/MS/ Projeto Promoção da Saúde; Carta de Ottawa.

Com relação à criação de ambientes saudáveis foi enfatizado:

Mudar os modos de vida, de trabalho e lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a construção de uma sociedade mais saudável. (ibid p. 2)

A Carta de Ottawa preconizou o desenvolvimento de habilidades pessoais:

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais(...). Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem ser realizadas através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais. (Ibid. p. 3)

Com relação às estratégias de promoção a saúde, Buss (2003), de acordo com o proposto por Sutherland e Fulton (1992), as agrupou em dois seguimentos: o individual e o coletivo. Para ele, numa primeira proposta, menos abrangente, pela limitação individual, estão

as atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das “culturas” da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais cambiáveis, que se encontrariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o aleitamento materno, o hábito de fumar, a dieta. Nesta abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos. (Buss, 2003, p.18:19)

No entanto, como característica da promoção da saúde moderna, Buss (2003) considerou que no âmbito do coletivo e do ambiente

a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é um produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas

públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento de saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*) (Buss, 2003, p.19)

A respeito de empoderamento, ("*empowerment*" ou *fortalecimento*) Teixeira M. e Leão S. (2002), apresentaram uma revisão da literatura relacionando-o à promoção da saúde no campo do envelhecimento, a qual é aqui sumariamente apresentada, devido ao estreito vínculo com a temática do presente estudo. As autoras associaram o empoderamento aos campos de ação propostos na Carta de Ottawa, ou seja, tal como no reforço à ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais. Relacionaram, também, à educação em saúde a qual possibilita diminuir a alienação e abrir novos caminhos de escolhas do indivíduo. O desempoderamento é associado à perda da autonomia o que pode estar relacionada à imagem negativa do envelhecimento e às outras perdas da velhice como fisiológicas, psicológicas e sociais. Ressaltaram a importância de grupos de idosos enquanto espaços de seu empoderamento .

O empoderamento se enquadra em vários níveis: individual, coletivo, comunitário e organizacional. Ao citar diversos artigos, Teixeira M. e Leão S. (2002, p.4:5) descreveram o empoderamento em relação à Promoção da Saúde como

um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre os fatores que afetam a sua saúde" (Gibson, 1991 apud Airhihenbuwa, 1994: 345). É também usado como sinônimo para habilidades de enfrentamento, suporte mútuo, organização comunitária, sistema de suporte, participação da vizinhança, eficiência pessoal, competência, auto-estima e auto-suficiência. (Rappaport 1981; Kieffer 1984 apud Airhihenbuwa, 1994: 345). Neste sentido, empoderamento se insere no campo da Promoção da Saúde como uma estratégia de ganho de saúde, na medida em que se reconhece que a sua ausência se constitui como um fator de risco para o adoecimento.

Com relação ao papel do Estado, no que diz respeito à Promoção da Saúde, no âmbito institucional, Teixeira (2004) critica a sua limitação à adoção de hábitos

saudáveis e a ênfase na responsabilidade do indivíduo. O Estado, na prática, assume apenas a responsabilidade pela atenção ao cuidado e à assistência à saúde, concentrado em ações curativas e/ou hospitalares. Relega, portanto, a um segundo plano, as medidas que promovam a adequação do ambiente e das condições de vida das populações, através da implementação das políticas públicas saudáveis. O enfoque ao empoderamento está na habilidade e na capacidade do indivíduo ou grupos de buscarem e alcançarem formas saudáveis de vida. Teixeira (2004) Buss (2003).

O reforço da promoção da saúde pela organização comunitária foi anteriormente considerado por Winslow em 1920 quando afirmou que

a promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de vida da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma 'maquinaria' social que assegure a todos, os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde.²⁴

Os debates sobre a promoção da saúde avançaram ao longo dos anos 80 e 90, quando outras conferências internacionais propiciaram novas discussões, reforçando os cinco campos centrais propostos na Carta de Ottawa²⁵. Como tema central que está diretamente relacionado ao presente estudo, destaca-se a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1997 na Indonésia.²⁶ A "Declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde no século XXI"²⁷, foi o documento resultante desse encontro.

A Conferência teve como objetivo discutir o papel da *ação comunitária* enquanto um dos temas da promoção da saúde definidos na I Conferência em 1986.

²⁴ Winslow (1920) *apud* Buss (2003 p.17).

²⁵ A cronologia destas discussões é sintetizada por Buss (2003: 20:21)

²⁶ Esta foi a primeira conferência realizada em um país em desenvolvimento

²⁷ Brasil/MS/ Projeto Promoção da Saúde; Declaração de Jacarta

Ressaltou a importância da educação e da informação no reforço da capacidade de participação popular além de incentivar o apoio do setor privado na promoção da saúde. A Declaração de Jacarta aponta como algumas das prioridades para a promoção da saúde, o aumento dos investimentos para fomentar a saúde, consolidar e expandir parcerias entre diversos setores em prol da saúde, aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo.

É possível perceber que o entendimento de promoção da saúde sofre influências de conjunturas e contextos diversificados, os quais determinam as condições de vida em geral e de saúde das pessoas e, principalmente, das coletividades. Também, as oportunidades e práticas para a execução das estratégias são oferecidas em âmbitos diversificados, tais como nas cidades, comunidades locais, grupos e locais de trabalho, escolas etc. Contudo, as autoridades e governos não podem fugir à responsabilidade da implementação das ações e políticas públicas, disponibilizando recursos e meios para tal. A publicação, recentemente, da Política Nacional de Promoção da Saúde(Portaria GM 687/2006) se propõe a ratificar o compromisso do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS.

O presente estudo tem como tema central o envelhecimento saudável. Os conceitos e aspectos sobre Promoção da Saúde que foram abordados nesta seção, podem ser associados ao tema, de acordo com o artigo de Assis, Pacheco e Menezes (2002 p.55:56)

Promover o envelhecimento saudável é tarefa complexa que envolve a conquista de uma boa qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que possibilitem lidar bem com as questões do envelhecimento, com base no conhecimento hoje disponível. É vital, também, ampliar a consciência sobre a saúde e o processo de envelhecimento, ao mesmo tempo fortalecendo e instrumentalizando a população em suas lutas por cidadania e justiça social.

As autoras citando *Rootman et al* (2000), consideram que,

diversas definições e modelos de promoção da saúde têm sido propostos. Entretanto, "grande quantidade de atividades classificadas como 'promoção da saúde' por seus praticantes não são compatíveis com a maioria das definições". Em geral contemplam um único ambiente, constituem intervenção isolada, focalizam o comportamento individual. No dizer dos autores, "não são ecologicamente orientadas" ²⁸

Em um outro trabalho, Assis discorrendo, também, sobre o mesmo tema destaca que,

o desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço da ação comunitária são outros campos centrais da promoção da saúde que compõem com os demais um conjunto integrado de estratégias individuais e coletivas para se alcançar maior saúde e bem-estar. (Assis (org), 2002, p.15)

Conforme foi abordado na primeira seção desta dissertação, o conceito de envelhecimento saudável é aqui, sumariamente descrito, como a condição de autonomia em que os idosos vivem, embora possam ter alguma patologia típica da idade. Neste sentido, com relação à promoção da saúde enfocando o envelhecimento saudável, sua relevância é considerada na medida em que preconiza a longevidade com qualidade de vida.

Com esta abordagem deve-se pensar trabalhar o processo de envelhecimento, com a valorização da identidade pessoal, otimizando o potencial de experiência de vida que as pessoas possuem. (Teixeira; Leão, 2002, p.4)

Essa autora, em uma reflexão sobre o envelhecimento e o limite da vida, cita Seminário ²⁹, que considera que existem sempre programas em aberto, a construir e que estes são antídotos ao dilema da finitude.

Uma revisão de estudos relativos a programas para população idosa com objetivo de promover o envelhecimento saudável com qualidade de vida é apresentada a seguir.

²⁸ Rootman et al.(2000) ²⁸apud Assis et al, 2002 p. 56)

²⁹ Seminário (1999) apud Teixeira (2002, p.4)

4.2 Bases teóricas de programas de promoção do envelhecimento saudável

Esta seção procura analisar programas e projetos desenvolvidos, especialmente, para idosos, considerando seus referenciais teóricos e os objetivos para seu desenvolvimento. Tendo em vista que foi realizado um trabalho de campo com idosos que participam de atividades de um grupo de convivência, tal como descrito na introdução desta dissertação, define-se algumas categorias destes grupos e/ou programas:

Programas de promoção da saúde do idoso – programa com foco multitemático e que contemplam atividades educativas e/ou preventivas (Assis; Hartz; Valla, 2004).

Centros de convivência: locais destinados à permanência do idoso, em um ou dois turnos, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.³⁰

Grupos Sociais e filantrópicos – tal como nos grupos de Centros de Convivência são desenvolvidas ações recreativas, cursos, passeios e que também prestam ações de solidariedade àqueles mais necessitados. Podem estar vinculados a uma instituição religiosa ou filantrópica (Rotary), clube de serviços (Lions Club), associações de categorias profissionais ou de aposentados, tais como, SESC e APPVR. (Paz, 2000, 2004; Debert, 1999)

Debert (1999, p.138) distingue os programas de idosos daqueles promovidos por alguns tipos de associações ou grupos sociais, pelo tipo de atividade. O primeiro tem como elemento fundamental de agregação o fator *idade*.

A análise das associações e programas para a terceira idade é interessante, porque são formas de associativismo em que a idade cronológica é um elemento fundamental na aglutinação dos participantes, e, neste sentido, distinguem-se de outras formas – como, por exemplo, determinados tipos de associações filantrópicas

³⁰ Portaria n.º 1.395/GM/MS de 10 de dezembro de 1999

– que, congregando majoritariamente pessoas mais velhas, não tem na idade uma dimensão central nas práticas desenvolvidas.

Em um seminário apresentado na ENCE/IBGE em agosto de 2004³¹, Lima-Costa afirmou a importância dos grupos e das atividades sociais com idosos, porém, entre outros aspectos, abordou a possibilidade de desenvolvimento de práticas amadoras e da utilização política de ações dirigidas à população idosa. Levando este alerta em conta, nesta dissertação, foram considerados os trabalhos que enfocaram ações para idosos, com fundamentos técnicos e científicos.

Para analisar, neste estudo, um grupo de idosos enquanto Programa de Promoção da Saúde desenvolvido em uma unidade básica de saúde municipal, foi necessário conhecer estudos que analisavam atividades semelhantes. A busca de resultados de avaliações de outros grupos não foi uma tarefa fácil, talvez pelas características desses programas, onde existem modalidades variadas de atividades direcionadas aos idosos, e também, porque sendo iniciativas muito recentes, ainda não foram analisadas.

Em bibliotecas e bibliotecas eletrônicas, tais como, Bireme que inclui a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a Cientific Eletronic Library (SciELO) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde (Lilacs), Portal Capes, Portal UNATI/UERJ, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), Catálogo de Publicações Seriadadas (CNN) entre outras, dispõem de estudos sobre envelhecimento com abordagens diversificadas. Estas podem ser, demográficas, econômicas, educativas, sócio-culturais, etc. Com relação à saúde do idoso, a maioria dos estudos encontrados foi de cunho epidemiológico sobre fatores de risco, condicionantes e determinantes do adoecimento, tratamento e cuidado dentre

³¹ Informação verbal fornecida por COSTA - LIMA, M.F. no seminário “Uma experiência de estudo longitudinal sobre as condições de saúde da população idosa”, realizado na ENCE/IBGE em 23/082004, RJ

outros aspectos. Correlacionados à promoção da saúde, com enfoque na avaliação da qualidade de vida, cita-se entre outros, os estudos de Ramos (2003), Fleck (2003) e Souza et. al. (2003), Uchoa et al (2002), Minayo et al (2000), Anderson et. al (1998), Neri (1993).

A disponibilidade de artigos científicos sobre programas e ações direcionadas à população idosa é ainda restrita. Assis (2004), apresenta uma revisão sistemática, de publicações sobre o tema, tendo como principais critérios de inclusão além das características próximas ao projeto de Promoção da Saúde do NAI/UnATI, o foco multitemático: promoção da saúde, envelhecimento saudável e saúde do idoso; a base teórica; a configuração da pesquisa, qualitativa ou quantitativa e à ação educativa articulada à avaliação individual, com fins preventivos.

Dentre os artigos consultados com o objetivo de conhecer os programas e as experiências com grupos de idosos, foram selecionados os que mais se aproximavam à presente pesquisa. Estes foram agrupados em duas categorias: estudos sobre a realidade internacional onde se encontra a maior produção e estudos sobre a realidade brasileira. Os últimos analisaram experiências desenvolvidas em realidades culturais e sociais semelhantes à desta dissertação.

Nos artigos estrangeiros sobre a realidade da velhice em outros países³², observou-se que os programas mencionados contemplam idosos de baixa renda, porém em condições de vida aparentemente satisfatórias. Nesses estudos predominam ações educativas, que visam a adoção de comportamentos e estilo de vida saudável. Estes artigos foram analisados por Assis (2004) que considerou diversificados os tipos de estudos e os métodos de avaliação dos trabalhos com grupos. Foram encontrados estudos cuja avaliação foi feita utilizando métodos

³² (Fox (1997), Schweitzer (1994), Brice (1996), Ruffing-Rahal (1993))

qualitativos, estudos quantitativos e de caso controle, com grande número de participantes, que tinham como objetivo aferir os efeitos da intervenção.

Diferentes propósitos e estratégias metodológicas norteiam os estudos analisados. Dos 11 estudos internacionais, nove utilizavam métodos quantitativos e envolvem grande número de idosos (média de 450), freqüentemente para avaliações do tipo quase-experimental. Neste modelo é feita a comparação de um grupo participante do programa (grupo experimental - GE) com outro não participante (grupo controle - GC) visando aferir os efeitos da intervenção. Seis estudos utilizam esta metodologia, todos com *follow-up* ou reavaliações em curto ou médio prazo, e os demais se distribuem igualmente em *survey* pós-intervenção, estudo transversal longitudinal, análise de variáveis em uma coorte, avaliação qualitativa e estudo de caso. (Assis; Hartz; Valla, 2004 p.563)

Com relação aos instrumentos utilizados nos estudos estrangeiros:

Os instrumentos utilizados nos estudos quantitativos são diversos, embora com conteúdos semelhantes, predominando o uso de escalas e análises baseadas em *score* para aferir resultados atitudinais e comportamentais. (Ibid p. 563)

No Brasil, como exposto anteriormente, vários estudos apresentaram avaliações qualitativas³³. Dois estudos descreveram a receptividade do programa e outros dois eram baseados em pesquisa participante. (Ibid p.563)

Uma das diferenças entre os trabalhos internacionais e os nacionais analisados por Assis e selecionados para este estudo, diz respeito à qualidade no atendimento e as condições de pobreza dos participantes dos grupos analisados, já que estas condições são um dos determinantes importantes na situação de saúde ou doença da população idosa.

As condições de vida dos idosos brasileiros são sensivelmente piores, daquelas descritas nos estudos internacionais analisados. No entanto, no Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS³⁴ estabelece em seus fundamentos: a saúde como direito de todos, a integralidade da assistência, a universalidade, a equidade, a

³³ Teixeira (2002), Almeida (1998), Nicola (1999) e Portella (1999). Assis *et al* (2004)

³⁴ SUS – Sistema Único de Saúde _ engloba ações de alta e média complexidade em saúde e também ações de Atenção Básica em Saúde e Vigilância em Saúde, sendo de competência das três esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal, de acordo com a Lei 8080 (MS, 1999)

resolutividade, a intersectorialidade, a humanização do atendimento e a participação da população no controle social desse sistema. Isto possibilita que todos os indivíduos recebam atendimento às suas necessidades de saúde. No entanto, a eficácia e a eficiência do SUS, bem com qualidade do serviço são questões não resolvidas. Estas por si só determinam um amplo debate e reflexão quanto aos seus inúmeros problemas.

Da produção científica nacional, sobre programas e ações de saúde, direcionados à população idosa, foram selecionados os artigos³⁵ cujo enfoque central era a avaliação de grupos para a terceira idade. Desta seleção pode-se abstrair que mesmo com a mesma proposta, ou seja, avaliação de grupos, a condução do estudo é diferenciada segundo os objetivos e a metodologia de ação do grupo de idosos. Uma característica comum nos artigos selecionados é que o grupo de idosos estudado está em geral vinculado a uma instituição pública, seja de serviço ou universidade. São apresentadas abaixo o tema central e as características tratadas nos artigos analisados:

Assis, Pacheco e Menezes (2002, p. 57) analisaram um grupo de idosos cuja proposta era de uma **ação de educação em saúde**. Neste grupo eram discutidos temas de interesse para este segmento etário, através da utilização de metodologia participativa, isto é,

a proposta educativa do grupo consiste em propiciar um espaço de participação em que todos aprendem e ensinam, reformulam concepções e produzem novos conhecimentos. As dinâmicas grupais favorecem a expressão dos participantes, permitindo a valorização de suas experiências de vida e o diálogo com o saber técnico-científico na busca comum de um envelhecimento com mais autonomia e dignidade. Cada grupo é coordenado por profissionais de saúde e estudantes de graduação e pós-graduação de diversas áreas. (Assis, Pacheco e Menezes, 2002, p. 57)

³⁵ Teixeira (2002), Almeida(1998) e Assis (2002)

No trabalho de Teixeira (2002), foi observado que a promoção da saúde tem como principal estratégia o **empoderamento**, o qual já foi abordado anteriormente nessa seção (p. 39:40), através da avaliação de grupos focais ³⁶. O artigo de Almeida (1998) avalia os resultados de um grupo de promoção da saúde em uma unidade de cuidado de enfermagem, com características sociais próximas às do grupo estudado nesta dissertação. Na avaliação a autora, destacou, que na opinião dos idosos, o grupo é:

um lugar de encontro para compartilhar assuntos importantes da vida: para o lazer e para expressar religiosidade[...], de resolução de problemas de ordem biológica e social, através de uma rede de solidariedade (Almeida; Silva; Araújo, 1998 p.155).

Os três estudos brasileiros citados acima, Teixeira (2002), Almeida (1998), Assis, Pacheco e Menezes (2002), apresentam avaliações de base qualitativa. Todos apontam para as mudanças positivas em termos de valorização do idoso, ampliação da rede social e melhoria das relações familiares e sociais. Também são apontados os sentimentos de integridade e maior controle sobre a vida. Estes estudos foram destacados devido à semelhança na abordagem à temática do presente trabalho.

Além dos trabalhos citados acima, foram também consultados outros artigos, cujo tema central trata de avaliação de grupos de convivência. Nesta seleção menciona-se o trabalho de Araújo e Carvalho (2004) que teve como objetivo conhecer e comparar as **representações sociais dos idosos** que participam de dois grupos de convivência, através da análise de discurso, seguindo a análise categorial de conteúdo de Bardin (1979). Para os autores,

³⁶ Grupo Focal é definido como: “uma técnica de pesquisa na qual o Pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate entre eles, informações acerca de um tema específico” (Neto et al., 2001: 9 *apud* Teixeira, 2002 p.61)

grupos de convivência por suas características de trocas sociais, são formadores de representações sociais, uma vez que há um conhecimento que, é permanentemente elaborado e compartilhado, tendo os velhos como atores sociais e participantes efetivos na construção de uma realidade social. (Araújo; Carvalho, 2004, p. 59)

O artigo de Domingos e Menezes (2005), pretendeu identificar as manifestações do **apoio social**, utilizando também os postulados da análise de conteúdo de Bardin (op cit). Para as autoras,

no Centro de Convivência, através da articulação das perspectivas teóricas e práticas da Gerontologia, se constrói um trabalho que é a expressão do apoio social. Este estudo mostra que o Centro de Convivência pode dar conta da demanda trazida pela população idosa, como forma subjacente e complementar na reinserção social, na promoção da saúde e na prevenção/redução do adoecimento físico e social. (Domingos; Menezes, 2005 p.17).

Estudos de Geriatria e Gerontologia apontam para alguns aspectos relacionados ao envelhecimento que mostram a importância do desenvolvimento desses programas voltados à população de idade madura. Um deles foi relatado por J.Kuypers Vern Bengtson *apud* Teixeira (2002 p.35) como *falência social*, definida como um ajustamento negativo na idade avançada. É descrita por quatro estágios. No primeiro, há o aumento da suscetibilidade à depressão que, entre outros sintomas, gera insegurança na pessoa quanto às suas próprias capacidades. No segundo, há dúvidas, por outras pessoas, das capacidades e do comportamento deste idoso e este se acha menos capaz. No terceiro, o idoso se vê como um doente, como dependente e, conseqüentemente, há redução de sua autonomia. Finalmente, há o aumento da carga de doença e o idoso se torna um doente. Caso não haja intervenção neste momento, poderá ocorrer a sua morte.

Como estratégia para essa falência propõe-se a *reconstrução social* ³⁷ (Myers, 1993) citada por Teixeira (2002, p.36) como:

³⁷ Néri denomina “competência social” e aponta diversos outros fatores relacionados a qualidade de vida no envelhecimento. Néri (2001 cap 1)

o processo de interrupção da síndrome da falência social, pelo aumento de competência de pessoas idosas, através da seleção e intervenções psicológicas, sociais e ambientais. Tais intervenções podem ocorrer em qualquer nível da espiral de falência social, mas as intervenções que ocorrem mais cedo são mais eficazes. Interromper o primeiro estágio de falência social requer atenção para as redefinições sociais, no sentido de aumentar o valor dos indivíduos idosos. A valorização de atividades precisa ser cultivada, como, por exemplo, trabalho voluntário, serviço comunitário, consultoria, etc. (Myers, 1993).

Néri (1993), analisando qualidade de vida na velhice cita a satisfação pessoal e a atividade como variáveis importantes para o bem-estar entre os idosos. Considera que longevidade, saúde biológica e mental, *competência social* entre outros fatores são fatores determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice.

Para implementar a estratégia da reconstrução social, Teixeira (2002) apresentou, em seu estudo, a experiência com idosos através de trabalhos com grupos, o que foi também abordado nos demais artigos estudados. Cabe, portanto, uma breve reflexão sobre grupos e trabalhos com grupos.

Zimerman e Osório (1997) afirmaram que a definição de grupos é vaga e imprecisa devido às diversas características e conformações de *grupo*, que resulta numa conceituação dispersa. Descreveram a existência de macrogrupos e microgrupos, tais como os grupos terapêuticos. Diferenciaram, também, grupos de grupamentos. Os grupos, entre outros aspectos, caracterizam-se como uma entidade com leis e mecanismos próprios e específicos, onde os integrantes se reúnem em torno de tarefas e objetivos comuns aos seus interesses. Além disso, devem levar em conta espaços (dia e locais de reuniões) e o tempo (duração, intervalo, férias) e outras regras. *É inerente à conceituação de grupo a existência entre seus membros de alguma forma de interação afetiva, a qual costuma assumir as mais variadas e múltiplas formas* (ibid. p.26).

Tal como existem diversos entendimentos de grupos, em função do objetivo na sua formação existem diferenças em função de seus papéis. Entre esses papéis, enquanto *apoio social*, Teixeira (2002, p. 45) ao citar Olmsted³⁸ apresentou sua definição de grupo como “uma pluralidade de indivíduos que estão em contato uns com os outros, que se consideram mutuamente e que estão conscientes de que têm algo significativamente importante em comum”.

Outros autores como Lloyd-Sherlock (2002), Valla (1999), Domingos e Menezes (2005) e Neri (2001) apontaram o papel do *apoio social* no envelhecimento. Domingos e Menezes (2005) descreveram o apoio social como um diferencial que diz respeito aos modos de lidar e contemplar as questões de saúde do idoso e o definiram como:

um processo de interação, onde os relacionamentos entre grupos de pessoas, mediado no espaço grupal dialógico, pelo contato sistemático, estabelece vínculos de amizade e de solidariedade, contribuindo para o enfrentamento das diversidades, com benefícios à saúde física e social. (Domingos; Menezes, 2005 p.4)

Valla (1999) a partir da discussão sobre educação popular assim descreveu o apoio social,

qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o recipiente, como também para quem oferece o apoio, dessa forma permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. [...] se baseia em investigações que apontam para o papel deste na manutenção de saúde, na prevenção contra doença e como forma de facilitar a convalescença.

Uma das premissas principais da teoria é a de que o apoio social exerce efeitos diretos sobre o sistema de imunidade do corpo, ou como *buffer*, no sentido de aumentar a capacidade de as pessoas lidarem com o *stress* (Bermann, 1995). Outro possível resultado do apoio social seria sua contribuição geral para a sensação de coerência da vida e o controle sobre a mesma, que, por sua vez, afeta o estado de saúde de uma pessoa de uma forma benéfica (Cassell, 1976^a *apud* Valla, 1999 p.7).

³⁸ Olmsted 1970, *apud* Braghirolli, et al., 1999 *apud* Teixeira, 2002

Outro aspecto de interesse nesta reflexão é o papel dos grupos entre a população de idosos. A *teoria das necessidades pessoais* de Sluzky, citada por Teixeira (2002) considerou que:

as pessoas não se integrarão em um grupo se ele não trouxer a satisfação de certas necessidades fundamentais que são: necessidade de inclusão, necessidade de controle e necessidade de afeição. (Braghirolli, et al., (1999) *apud* Teixeira, 2002, p.48).

Debert (1999) considerou a proliferação no Brasil de diversas formas de programas para pessoas em idade avançada, tais como, as UNATI³⁹ e grupos de convivência. Estes são espaços para que uma experiência inovadora possa ser vivida coletivamente na busca de auto-expressão. Por outro lado, levando em conta a representação positiva da velhice, a autora atentou para outro aspecto que é da dependência física ou cognitiva, onde estereótipos podem enquadrar idosos nessas condições, como não bem sucedidos ou inadequados. Ressaltou que a visibilidade das experiências bem-sucedidas *“fecha o espaço para situações de abandono e dependência. Estas situações passam, então, a ser vistas como consequência da falta de envolvimento em atividades motivadoras..”*. (Debert, 1999, p.15).

Além de pesquisas e estudos que abordam questões relacionadas aos aspectos clínicos e diagnósticos dos idosos em situação de vulnerabilidade, sejam estes institucionalizados ou não, é necessário que sejam fomentadas outras pesquisas para esse segmento. É necessário que se desenvolvam estudos visando conhecer, além das condições de vida e saúde dos idosos, a prática de ações que estimulem, os aspectos físicos, cognitivos e a memória, com também, a inserção e a convivência social.

Debert (1999) e Paz (2004), consideram que programas voltados para a terceira idade possibilitaram aumentar o potencial de politização deste grupo etário,

³⁹ UNATI _ Universidades Abertas à Terceira Idade. Sobre esse tema ver trabalho de Cachioni M. (2002) *Currículo básico e capacitação de profissionais para as unatis*.

através da circulação e da troca de informações. De início, eram freqüentados, principalmente por homens. Esses espaços de luta por melhores condições de vida sejam através de rendimentos mais favoráveis, seja por espaços dignos de moradia⁴⁰, além de desencadear políticas, possibilitaram, inclusive, a instituição de fóruns e conselhos de direitos do idoso. São espaços de participação e que possibilitaram conquistas sociais reforçando aspectos do conceito da *promoção da saúde*. Debert (1999) considera, porém, que a participação em programas e/ou grupos de convivência é majoritariamente feminina. As mulheres, diferentemente dos homens que sentem mais a perda do emprego, sentem mais a solidão pela saída de casa dos filhos, viuvez etc. A autora argumenta, que “*muda não apenas a sensibilidade investida na velhice, mas é também traduzida em um conjunto de práticas concretas inesperadas no script dos papéis femininos e masculinos*”. (Debert, 1999 p.143). Em ambos os casos, são formas de luta contra preconceitos e estereótipos mas, que são distintas. Com enfoque diferente dos Fóruns ou Conselhos, os programas para a terceira idade celebram o envelhecimento, através da realização pessoal, da satisfação e do prazer.

O desenvolvimento de programas para a terceira idade, através de atividades realizadas em grupos tem papéis que condizem com a promoção da saúde, ou seja, o de apoio social e de reforço à rede social. O apoio social tende, entre outros aspectos, a ser fundamental em situações comuns do envelhecimento, ou seja, o luto, a aposentadoria e a realocação involuntária, os quais são tidos como eventos estressores (Minkler, 1985 *apud* Teixeira, 2002, p. 50).

⁴⁰ Foi através de reportagens na mídia, que tornaram-se de conhecimento público as precárias condições de vida de idosos institucionalizados na Clínica Santa Genevêva – RJ, que desencadeou a CPI do Idoso (1999). Esta investigação foi uma das ações precursoras da Política Nacional do Idoso.

Um outro princípio citado nos trabalhos pesquisados e que também está relacionado com o presente estudo é o sentimento de *Pertencimento*. Para Domingos e Menezes (2005, p. 13), este é

construído a partir do acolhimento. Ou seja, o acolhimento que se funda no interesse pelo outro, no entender do outro, é uma característica que dá sustentação ao sentimento de pertencimento.

Em Teixeira (2002, p.92), esta questão é discutida com outra abordagem:

as pessoas já participavam do Prove há pelo menos três anos, o que pressupõe um engajamento no projeto. Isto pode ser relacionado com a função de pertencimento, gerada pelo grupo.

O pertencimento ou pertencência é descrito como:

propriedade de qualquer objeto, para um determinado indivíduo, ser uma parte integrante de uma unidade maior, ou estar intimamente relacionado com outro objeto com o qual forma uma unidade maior. Logo, o indivíduo forma com mais facilidade um vínculo entre os dois objetos quando reconhece que, de algum modo, *pertencem ambos* a um todo. (Cabral, A. 1971 p. 289)

Zimerman e Osório (1997, p.39) argumentando sobre vínculos, fazem uma associação desse princípio nos grupos. Dentre eles, aponta o *vínculo pelo reconhecimento*:

através do qual é possível perceber o quanto cada indivíduo necessita, de forma vital, *ser reconhecido* pelos demais do grupo como alguém que, de fato, pertence ao grupo (é o fenômeno grupal conhecido como “pertencência”). E também alude à necessidade de que cada um *reconheça o outro* como alguém que tem o direito de ser diferente e emancipado dele. (Zimerman e Osório, 1997, p.39).

Os estudos selecionados nesta seção se constituíram em algumas das ferramentas adotadas para auxiliar na análise dos fundamentos teóricos utilizados em Programas e Grupos de idosos. O capítulo seguinte apresenta um histórico de programas elaborados e promovidos para a população idosa, sob diversos aspectos.

5 – AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA A POPULAÇÃO IDOSA: Um pouco de história

5.1 Histórico dos programas para idosos

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno que vem ocorrendo de forma acelerada diferentemente do ocorrido em outras regiões mais desenvolvidas, como na Europa. As políticas públicas para o grupo etário maior de 60 anos começaram a ser implementadas no Brasil, a partir dos anos 90. Este capítulo apresenta um histórico dos programas e ações institucionais direcionadas para a população idosa no Rio de Janeiro.

A organização social dos idosos no Brasil vem se tornando mais visível, a partir dos anos 80, em decorrência entre outros fatores, do acirramento da crise da previdência social. As projeções previdenciárias e estudos econômicos e demográficos (Camarano e Pazinato, 2002; Camarano, 2001) apontam para tendência crescente dos números de beneficiários. Esses são decorrentes do aumento da expectativa de vida e da ampliação da cobertura da seguridade social, com destaque para o aumento do número de mulheres beneficiárias. Historicamente, como as demais classes trabalhistas, os aposentados se organizavam em associações e sindicatos. O *movimento dos aposentados* (Debert, 1999; Paz, 2000) teve maior visibilidade na mídia na luta pelos 147%, quando estes se organizaram para fazer valer a lei 8.222 de 5 de setembro de 1991 que concedia reajuste de seus benefícios em valores correspondentes ao percentual acima.

a capacidade de organização e mobilização dos trabalhadores aposentados foi surpreendente em tamanho e em força. Hoje já são inúmeras as associações de trabalhadores aposentados em todo o país...(Paz, 2004 p.235).

Paralelamente, tornou-se público, em noticiários que evidenciavam escândalos de negligência e maus tratos, o cotidiano desses indivíduos. Dramas e tragédias, com mortes de idosos veiculados em passado recente, tornam mais visíveis as necessidades deste grupo etário e a urgência de legislação e medidas adequadas⁴¹. E a partir desses movimentos e alcançando espaço e reconhecimento público, outros cenários se destacaram na luta por melhores condições de vida da população idosa, tais como instituições públicas e as universidades. Do reflexo desses movimentos e reivindicações surgem as políticas públicas instituídas a partir dos anos 90⁴² mas de implementação lenta, o que resultou efetivamente em alguns benefícios para a população alvo.

...é somente a partir do seguimento organizado e, também , do movimento dos trabalhadores aposentados que a velhice consegue obter políticas públicas e maior espaço de participação . (op. cit. p. (246).

A visibilidade alcançada pelo movimento dos aposentados abriu caminho para a constituição de diferentes formas de associações nas três esferas de governo. A partir dos anos 80, cresceu o número de espaços de idosos de várias naturezas, tal como Universidades Abertas, Centros e Grupos de Convivência para Idosos. As formas de agrupamentos dos idosos, em geral, ocorreram de dois modos ou seguimentos: o movimento de aposentados, onde estes eram os próprios protagonistas e o movimento de idosos tendo como porta-vozes as associações e instituições técnico-científicas, tais como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), o Serviço Social do Comércio (SESC) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA). (Debert, 1999; Paz, 2000).

⁴¹ Cf. Novaes, R. L. (2003).

⁴² O capítulo 3 aborda a evolução do processo de instituição dessas políticas.

O pioneirismo dessas atividades direcionadas inicialmente para os aposentados ocorreu nos espaços do SESC, primeiramente, nas unidades de São Paulo, posteriormente, nas demais áreas do país. O livro comemorativo dos 40 anos de trabalho social do SESC com idosos conta a história deste processo que surgiu a partir de 1963.

Caracterizava-se fundamentalmente pelas atividades sociais, esportivas e recreativas, com uma programação que oferecia aos idosos uma série de oportunidades descontraídas para a socialização: jogos de salão, gincanas, bailes passeio. (SESC/SP 2003 p. 46)

Estas foram as primeiras atividades, pois os idosos ao chegarem tinham uma atitude tímida e deprimida. Interiorizavam o conceito de que “*aos velhos só restava velhar*” (op.cit, p. 46) ou seja, ficar o dia todo sem fazer nada. Posteriormente foram incluídas atividades culturais e sociais, a partir do pressuposto de que, somente indivíduos bem informados e conhecedores do meio em que vivem participam de transformações socioculturais. Foram, assim, oferecidos acesso às bibliotecas das unidades do SESC bem como aos cursos e seminários com temas de interesse dos idosos. Foram estimuladas ações de participação na comunidade através de campanhas educativas ou beneficentes. Ao final dos anos 60 com a expansão das atividades para outras unidades, inicialmente em São Paulo e, posteriormente, em todo o Brasil cresceu a visibilidade desse tipo de atenção voltada para o idoso, através de ações sócio educativas que propiciavam a convivência em grupo e o envolvimento comunitário dos idosos.

Com o aumento do número de aposentados e, conseqüente, aumento na demanda, o modelo inicial de pequenos grupos cedeu lugar aos Centros de Convivência. Manteve-se o lazer sócio recreativo como principal modalidade para convivência e o restabelecimento de papéis sociais. Esse aumento na demanda

estimulou a outras instituições e instâncias políticas, como prefeituras, a formarem e organizarem, também, os seus próprios grupos. Conseqüentemente, ocorrem as primeiras capacitações como seminários e fórum com temáticas específicas sobre envelhecimento social (Ibid. p. 56). A teorização e o debate sobre o trabalho social com idosos no SESC e a busca de novos caminhos nas ações possibilitam, também, criar novas formas de atuação surgindo no Brasil as Escolas Abertas da Terceira Idade a partir de 1977 (Ibid. p. 59).

Internacionalmente, esse movimento ocorre com as universidades abertas da terceira idade (UAT) que surgiram a partir dos anos 70 com a expansão do envelhecimento populacional em escala mundial. Foram criadas, inicialmente, as *universidades de tempo livre* com atividades ocupacionais e lúdicas para a população mais idosa. A primeira UAT foi fundada na Universidade de Toulouse pelo professor Pierre Vellas e tinha como objetivos:

- tirar os idosos do isolamento e favorecer o interesse pela vida,
- proporcionar saúde e vitalidade,
- melhorar a imagem dos idosos na sociedade,
- promover a integração entre as gerações, desenvolvendo a solidariedade.

As dificuldades geradas pela idade podem ser compensadas através de novas possibilidades em um programa de vida social, atividades físicas, culturais e da medicina preventiva. (Palma, 2000 p. 53)

Em síntese, segundo Palma (2000) as universidades abertas foram criadas para:

- que as pessoas idosas possam assumir a tomada de decisões de seus problemas pessoais e coletivos e oferecer-lhes alternativas para melhoria da qualidade de vida;

- colocar a infra-estrutura e ambientes universitários a serviços dos idosos para diminuir a marginalização (permitindo a inclusão social), sem discriminar seus muitos anos;
- aprofundar as pesquisas gerontológicas de cunho interdisciplinar tendo os idosos como investigadores e/ou investigados.

Diante do rápido êxito dessa experiência surgiram novos espaços na Europa. Em 1975 foi fundada a Associação Internacional das Universidades Abertas, que em 1981 já contava com 170 instituições associadas. Atualmente já são mais de mil universidades abertas espalhadas por todos os continentes, adotando diversas correntes educacionais e modelos de programas. Destacam-se, nessas iniciativas, o aspecto pedagógico que seguia o modelo educativo francês ou o modelo inglês. No primeiro, a característica principal é a base do sistema acadêmico. No segundo, destacam-se o incentivo às ações comunitárias, de participação social e auto ajuda.

A primeira Universidade Aberta da Terceira Idade na América Latina foi a UNI3 do Instituto de Estudos Superiores de Montevideu no Uruguai. Esta questionava a expressão terceira idade e adotou os princípios da educação permanente, baseada no modelo francês com sustentação teórica em Paulo Freire e Carl Rogers. Uma característica dessa iniciativa é ser aberta a todas as pessoas, sem limitação de idade através da educação não formal de adultos, optando pelo padrão belga das UNI3 (Palma,2000).

No Brasil, as iniciativas direcionadas para a promoção do envelhecimento saudável surgiram no SESC, como descrito no início desta seção. As escolas abertas que surgiram são resultantes do aprofundamento das reflexões e das práticas em Gerontologia e do desenvolvimento de ações que estimulavam a participação dos idosos e suas potencialidades. Foram as escolas abertas que

propiciaram, no início dos anos 80, a criação das primeiras iniciativas universitárias de estudo e pesquisas direcionadas às questões do envelhecimento. Surgiu, assim, o Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) da Universidade de Santa Catarina em 1982. Esse núcleo, além de atendimento ao idoso, oferecia formação de técnicos e voluntários, consultoria a empresas e contribuiu com prefeituras em projetos de programas gerontológicos. Palma (2000) considerou a iniciativa, de Santa Catarina como a pioneira no Brasil e que é a partir desta que outros Núcleos ou UnATIs, são criados, centrados inicialmente nas regiões Sul e Sudeste, adotando programas próprios⁴³.

5.2 Os programas direcionados para os idosos no Rio de Janeiro

Embora seja o estado com a maior densidade demográfica e proporção mais elevada de idosos no país, a primeira universidade aberta a terceira idade no estado do Rio de Janeiro, a UnATI/UERJ, só foi implementada em 1992. essa instituição é uma importante referência teórica e prática na atuação gerontológica. Foi idealizada pelo professor Piquet Carneiro, no final dos anos 80 como

um grande Centro de Convivência voltado para o estudo da população idosa que, além de compreender uma unidade de saúde de referência, pudesse ser um “lócus” de formação qualificada de profissionais de saúde e áreas correlatas e de produção e disseminação de conhecimento por meio do desenvolvimento de pesquisas. Um Centro que prestasse assistência e serviços de diversas naturezas a idosos de diferentes faixas etárias, gêneros, etnias, extratos sociais e níveis educacionais e culturais, sempre guiado pela excelência das alternativas oferecidas. Enfim, um Centro de Convivência e excelência no interior da universidade pública⁴⁴.

Inicialmente foi criado, em 1989, o Núcleo de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), com uma ação multiprofissional e interdisciplinar. Este centrava suas preocupações na criação de um modelo de

⁴³ Cf. Cachioni (2002) , Neri et al (1999)

⁴⁴ Portal UnATI – www.unati.uerj.br/ Sobre a UnATI/ Histórico, busca em 12 agosto de 2005

atendimento específico às necessidades de saúde do idoso. Esse núcleo organizou um Centro de Promoção da Saúde de Idosos no HUPE, cujo serviço era voltado para o atendimento das variadas necessidades da população idosa, físicas, psíquicas e sociais. Em 1993, foi constituída a UnATI/UERJ como uma nova concepção de Centro de Saúde do Idoso. Além de serviços especializados no tratamento de doenças, este centro desenvolve, também, atividades voltadas para a promoção da saúde, com atividades lúdicas e de estímulo à convivência. Além disso, presta informações sobre direitos civis e da pessoa idosa e estimula discussões sobre esses direitos. Posteriormente, os serviços do ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) e do ambulatório Cuidado Integral à Pessoa Idosa (CIPI) também foram incorporados.

Atualmente, o modelo da UnATI/UERJ apresenta quatro elementos básicos. O primeiro é voltado para idosos; o segundo é direcionado para estudantes de graduação, profissionais e público não idoso; o terceiro prioriza a produção de conhecimento e volta-se para pesquisadores e estudantes de cursos de pós-graduação e o quarto eixo prioriza a sensibilização da opinião pública e preocupa-se com a visibilidade do programa.

No final dos anos 90, ampliou-se o leque de instâncias governamentais, universidades e outras instituições que passaram a executar ações e programas direcionados aos idosos. Os formatos e objetivos dos programas assemelham-se aos universidades abertas e/ou dos centros de convivência. No âmbito estadual, os projetos e ações dirigidas à população idosa são implementados por duas Secretarias de Estado, Assistência Social e Saúde. Os projetos de Assistência Social anteriores a 1999, direcionados para essa população, eram implementados de forma fragmentada e assistemática. A partir do segundo semestre de 1999,

programas com uma nova abordagem iniciaram-se na antiga Secretaria de Ação Social Esporte e Lazer (SASEL). Para isso, contou-se com uma nova equipe de técnicos, sensíveis e atentos às necessidades de implementar políticas públicas para idosos.

O primeiro projeto instituído foi o “Ligue Idoso Ouvidoria”, que iniciou suas atividades em julho de 1999. Seu principal objetivo é prestar um serviço de utilidade pública, orientando e esclarecendo à população sobre os seus direitos, previstos em lei e políticas oficiais. Conta com uma equipe técnica exclusiva composta por assistentes sociais, um advogado e pessoal de apoio. O contato é feito através de ligação telefônica e, mais recentemente, também, por meio eletrônico. Além disso, recebe denúncias e reclamações sobre a violação desses direitos, bem como, de atos de violência e maus tratos. Essas são encaminhadas aos órgãos competentes visando obter alguma solução. Ao longo dos seis anos de existência, o “Ligue Idoso Ouvidoria” já recebeu aproximadamente, 10 mil ligações, nas diversas modalidades previstas e resolveu 53% dessas.⁴⁵

Um dos resultados da implementação do “Ligue Idoso Ouvidoria” foi o crescimento da procura por assistência social, com solicitações dos próprios idosos e/ou familiares de todo o estado. Para atender a essa demanda a SASEL traçou um Plano de Ação a ser implementado a partir de 2000, que configurou o Programa de Atendimento ao Idoso (P.A.I). Neste período, a SASEL foi desmembrada e foi criada a Secretaria de Assistência Social (SAS), que ficou responsável pela implementação do P.A.I. Nesse momento, um “boom” de projetos foi aprovado e implementado. Cita-se entre eles, a reativação do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, cuja Presidente foi eleita pelo colegiado. Outro projeto instituído nessa

⁴⁵ Segundo dados publicados no “folder” de divulgação do “Ligue Idosos Ouvidoria” da SAS – Governo do Estado do Rio de Janeiro.

ocasião foi o Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF). Este é direcionado à todos os membros da família, inclusive o idoso. Propõe-se a oferecer assistência e atividades que favoreçam melhores condições de vida através de capacitação em atividades de geração de renda. Outros projetos aprovados foram o Programa Vida Saudável, Centro Dia e Centro de Convivência que serão considerados no segundo seguimento desta sessão.

As ações dirigidas à população idosa que são desenvolvidas na Secretaria de Estado de Saúde ficam sob a coordenação da Assessoria de Saúde do Idoso (ASI). Esta é responsável pelas atividades do Programa de Assistência Integral de Saúde do Idoso (PAISI). Essas atividades tiveram início a partir de 2002, quando foram formadas equipes multiprofissionais compostas por médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, enfermeiros entre outros. As equipes foram constituídas para atuarem em três hospitais da rede estadual situados na cidade do Rio de Janeiro, quando da implantação dos Núcleos Hospitalares de Geriatria (NUHG). Estes atuam na assistência multiprofissional à população maior de 60 anos internada, bem como em ambulatório. Contam com, aproximadamente, 800 idosos inscritos, estando, atualmente, em atendimento cerca de 500 pacientes⁴⁶. Não são desenvolvidos, no âmbito da SES/RJ, projetos que se caracterizam como atividades em grupos de convivência ou de promoção da saúde. Os mesmos, conforme descritos acima, estão sob a responsabilidade da Secretaria de Assistência Social – SAS/RJ.

Outros projetos e atividades, cujo público alvo são pessoas com 60 anos ou mais, também são desenvolvidos na esfera municipal no Rio de Janeiro. As ações e programas específicos para idosos eram realizadas por diversas secretarias

⁴⁶ SES/RJ – NUHG (2004)

municipais de forma fragmentada. Em 2005 foi publicado o Decreto municipal nº 25008⁴⁷ que determinou que todas as ações e projetos elaborados e desenvolvidos para os idosos deveriam ser realizados através da Secretaria Especial da Terceira Idade (SETI). Além dos projetos específicos de assistências social que anteriormente eram realizados pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, ficaram coligadas na SETI todos os programas realizados pelas Secretarias Municipais de Assistência (cinco programas), Esportes e Lazer (um programa) e Cultura (três programas).

A SETI encontra-se em fase de reestruturação para atender ao decreto supracitado e mantém as atividades já estabelecidas anteriormente. Essa secretaria é, também, responsável pelos projetos de assistência social, tais como, projeto Rio Dignidade à Terceira Idade. Este concede, desde 1995, um benefício financeiro a 957 idosos, com 70 anos ou mais em situação de vulnerabilidade social. Atualmente, não recebe novas inscrições. Nas Casas de Convivência, são oferecidas atividades que proporcionem integração e sociabilização para 80 idosos em situação de risco social⁴⁸.

As atividades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) não foram incluídas nesse decreto, pois consistem de práticas direcionadas à prevenção de doenças, promoção e assistência à saúde. As ações desenvolvidas para a população idosa estão inseridas na rotina da SMS/RJ através dos diversos programas de saúde. Os idosos em situação de vulnerabilidade contam com um atendimento multiprofissional no hospital geriátrico municipal, que conta com 115 leitos. Em um hospital geral⁴⁹

⁴⁷ Decreto municipal nº 25008⁴⁷ de 6 de janeiro de 2005, publicado no DO municipal nº199 de 7 de janeiro de 2005.

⁴⁸ Informação verbal obtida em entrevista com a equipe técnica da SETI realizada em 24 de maio de 2005.

⁴⁹ Hospital Municipal Paulino Werneck, situado na Ilha do Governador – AP-3.1 – R.J.

municipal uma equipe, em caráter voluntário, instituiu um Programa de Atendimento Domiciliar (PAD).

Serão apresentados a seguir, alguns programas direcionados aos idosos, que são realizados em *Centros de Convivência* no Rio de Janeiro, os quais foram considerados pelas características e metodologia de ação semelhantes às do grupo analisado neste estudo.

5.3 Histórico dos Centros e Grupos de Convivência organizados para a população idosa no estado do Rio de Janeiro.

Procurou-se selecionar neste histórico os projetos e ações voltadas para idosos realizados nos centros de convivências que estão vinculados a instituições públicas ou privadas sejam de caráter acadêmico, assistencial etc. Não foram consideradas as atividades que têm objetivo exclusivo de lazer (bingo, bailes, etc) ou que não tenham, como fator principal de agregação os indivíduos com 60 anos ou mais.

As universidades situadas no estado do Rio de Janeiro implementam diversos projetos com o objetivo de estimular a convivência entre os idosos. Esses se constituem, em geral, de iniciativas desenvolvidas por equipes multiprofissionais, as quais articulam ensino, pesquisa e ações de assistência. Além disso, são espaços de informação e reflexão sobre aspectos relativos à saúde no envelhecimento. Através de metodologia diversificada, por exemplo, ações de educação em saúde, oficinas, grupos temáticos, etc, esses projetos atendem não só ao público acadêmico prestam, principalmente, um serviço de valorização da pessoa idosa.

Cita-se, como alguma dessas experiências, o trabalho desenvolvido pela equipe de profissionais do Hospital Escola São Francisco de Assis HESFA/UFRJ e da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ), através do Projeto de

Assistência Integral à Pessoa Idosa (PAIPI), instituído em julho de 1988. Este conta com um Centro de Convivência e a Unidade da Terceira Idade. O PAIPI oferece a aproximadamente 190 idosos inscritos, diversas atividades tais como, oficina de alfabetização, grupo informativo e reflexivo, grupo de educação para saúde, oficina de memória e criatividade, cursos de artesanato, grupo de movimento harmônico, de dança e de yoga e grupo sócio-cultural. (Domingos, 2005).

Práticas de promoção e educação para a saúde são realizadas entre outros, no Projeto de Valorização do Envelhecer - PROVE – Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC/UFRJ), no Grupo Encontros com a Saúde – GES – (UNATI/UERJ) e no Programa de Valorização do Conhecimento do Idoso, ambos da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ).

O PROVE iniciou suas atividades em 1996. O grupo de encontro conta com 200 inscritos com presença de 20 a 40 participantes por atividade. Tem como objetivo oferecer aos idosos um espaço para se trabalhar temas ligados ao processo de envelhecimento, através da utilização de palestras de Orientação para a Saúde. Tem como referencial teórico o empoderamento⁵⁰, enquanto estratégia para promoção da saúde. (Teixeira, 2002)

Os GES (Grupos de Encontros com a Saúde) são espaços de informação e reflexão sobre aspectos relativos à saúde no envelhecimento, constituídos desde 1996. São realizados 14 encontros semanais, em grupos de aproximadamente 10 participantes onde são abordados temas como: possibilidades e limites no envelhecimento, alimentação, atividade física, estresse, sexualidade, memória, saúde oral, direitos dos idosos e noções de doenças comuns na idade, como hipertensão arterial, diabetes, alterações ósteo-articulares e depressão (Assis,

⁵⁰ Este tema já foi abordado na seção 4.1

2004). Outro projeto desenvolvido nessa universidade é o Programa de Valorização do Conhecimento do Idoso. Este oferece cursos livres, sobre aspectos do processo de envelhecimento, atividades artísticas e culturais, línguas estrangeiras e atividades de grupos que problematizem vivências como idosos, contando com aproximadamente 2600 inscritos (Nunes, 2001).

O Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia (PIGG) da Universidade Federal Fluminense (UFF) desenvolve uma modalidade de atendimento diferenciada para idosos que apresentam algum tipo de deficiência. Teve início em 1996, com atendimento ambulatorial multidisciplinar, para pacientes com demências, seus familiares e/ou cuidadores, visitas domiciliares, grupos de convivência e sala de espera, onde são desenvolvidas diversas atividades. Atualmente, a cobertura mensal de atendimentos é de aproximadamente 450 idosos com demência e de 600 idosos independentes. Segundo a coordenação, os objetivos desse Programa, dentre outros, são a reinserção do idoso em seu contexto social, estimular o auto-cuidado, a autonomia e a formação de recursos humanos. Através da organização dos participantes, foi criada a *Associação dos Idosos da Sala de Espera*, cuja presidência tem assento no Fórum Municipal de Políticas do Idoso e no Conselho Municipal de Defesa dos Direitos do Idoso de Niterói. Criaram, também, um Sarau Literário com produção de poesias, contos, livros, etc ⁵¹.

Também voltado para idosos que apresentam déficit cognitivo em estágio de inicial a moderado, o Centro para Pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice (CDA/UFRJ) atende a aproximadamente 400 idosos por mês. Ao longo de sua existência, desde 1997, conta com aproximadamente 1300 matriculados (Laks, Marinho, 1997). Fazem parte do Centro, o Hospital-dia, o

⁵¹ Câmara, V. Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia PIGG/UFF, por correio eletrônico.

Centro de Atenção Psicossocial e as oficinas terapêuticas. Oferecem, também, atividades acadêmicas e desenvolvem pesquisa multidisciplinar. O hospital-dia permite a convivência familiar, ao mesmo tempo que alivia, a carga do cuidador. Oferece um variado número de terapias para pessoas com 60 ou mais, com qualquer tipo de sofrimento psíquico. Oferece, além do atendimento ambulatorial multidisciplinar, atividades de estimulação direcionadas e não direcionadas, tais como “*atividades de um lar, ler jornal, ouvir música, cultivar plantas, e em outros momentos, repouso e privacidade*” (Amendoeira, 2000, p.47). Também são desenvolvidas, oficina da memória, musicoterapia, pintura, terapia de grupo e familiar etc. Além de reduzir a pressão sobre a família, tem por objetivo o bem-estar e estimulação do idoso pela convivência com outras pessoas visando evitar a deterioração mental e o isolamento social (Leibling, Laks, 1998).

Universidades de outros municípios do estado também atuam na área da promoção da saúde de idosos. Cita-se, por exemplo, o Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) em Volta Redonda. Em 1998, foi implantada a UNATI-UniFOA, com o objetivo de atender a crescente população idosa da região. Iniciou as atividades com uma turma de 20 alunos, oferecendo cursos de cultura musical e ginástica. De acordo com o coordenador do Programa de Extensão, no qual se insere a UNATI do UniFOA⁵², as atividades beneficiam pessoas a partir dos 45 anos. Isso se deve às questões trabalhistas locais em função da companhia siderúrgica, onde se verifica um expressivo número de aposentadorias especiais precoces. Conta com 420 participantes em atividades esportivas, culturais, de capacitação e lazer. Oferece ações e pesquisas nos cursos, tais como medicina, nutrição,

⁵² Mithidieri, O. B. Breve histórico da UNATI UniFOA, por correio eletrônico.

fisioterapia, serviço social, etc. Participam como instituições colaboradoras, o SESC local e a Associação dos Aposentados de Volta Redonda (AAP-VR).

Neste município, desde o início dos anos 90, em parceria com diversos órgãos e secretarias da administração municipal e da sociedade civil são desenvolvidas diversas ações para a população idosa⁵³. Essas são de assistência à saúde e de serviço social em um centro-dia. O município conta, também, com 35 grupos de convivência, com atendimento multiprofissional para 2500 idosos. Outras iniciativas realizadas são a Cesta Básica e o Banco da Cidadania, para idosos provedores e o “Pesque e não pague”, como complementação semanal de alimentação protéica⁵⁴.

O Sesc é uma instituição não governamental que promove ações e atividades para idosos desde 1977, no estado do Rio. O Programa SESC - Rio para Terceira Idade⁵⁵ - é a modalidade atual de funcionamento. Tem como objetivos centrais das ações desenvolvidas, intergeracionalidade, multiplicidade e transculturalidade, participação social, saúde e bem estar. A cobertura é de, aproximadamente, 3800 atendimentos por mês, com programação oferecida a idosos em geral, independente de sua vinculação às atividades de comércio. São atividades de cultura, artes, educação, saúde e lazer distribuídos de forma diversificada, entre as 18 unidades no estado do Rio de Janeiro⁵⁶.

Como descrito na sessão anterior, o incremento dos projetos direcionados para a população idosa na esfera estadual⁵⁷: ocorreu após 2000, com a implementação do Programa de Atendimento ao Idoso (PAI), pela SAS/RJ. Em

⁵³ – Cardoso, G. - Coordenação do Programa do Idoso, SMS/VR, por correio eletrônico

⁵⁴ As iniciativas direcionadas aos idosos em Volta Redonda valeram a premiação de uma instituição privada denominada “Talentos da Maturidade”, em 2004.

⁵⁵ Folder institucional sobre o programa

⁵⁶ Revista: Programação SESC RIO, set 2005.

⁵⁷ Informações verbais fornecidas por Monteiro I., Superintendente da Superintendência de Família e Comunidade, da Secretaria de Ação Social - SAS/RJ, em entrevista realizada em 23 set.2005

modalidade condizente com ações em centro de convivência, neste período diversos programas foram implementados, tais como os projetos:

Vida Saudável - o objetivo é a instalação de pólos de atividades para a população maior de 60 anos, visando o envelhecimento ativo e saudável, a convivência intergeracional e o exercício da cidadania. A sua implementação iniciou-se em 2003, através de um convênio com a Federação de Clubes da cidade do Rio de Janeiro, propondo ativar espaços ociosos. Foram desenvolvidas atividades para idosos, em 15 clubes. Em 2004, esse programa estendeu-se para mais dois municípios, São Gonçalo e Duque de Caxias. A escolha dos municípios atendeu a critério técnico, ou seja, considerou a densidade demográfica de idosos. Atende, atualmente, aproximadamente 2.563 idosos.

Centro-Dia – Tem como população alvo os idosos dependentes ou semi-dependentes (aqueles que, embora com domínio cognitivo, possui alguma deficiência física), que convivem com seus familiares, sem contudo dispor de atendimento integral no domicílio. Possibilita a convivência familiar diária, fortalece e mantém os vínculos familiares e afetivos. Tem como prioridade inicial, os idosos cadastrados e atendidos pelo Projeto de Atendimento Integral à Família (PAIF). O primeiro Centro-Dia foi instalado em 2001 no município de Três Rios. Atualmente, existem mais três no estado, situados nos municípios de Araruama, Campos dos Goytacazes e Volta Redonda. Possuem capacidade diária para 20 idosos permanentes e 40 flutuantes em cada um deles.

Centro de Convivência – Tem como finalidade o desenvolvimento de atividades associativas, produtivas, promocionais e educativas. Contribui para o envelhecimento ativo e saudável, mantendo a autonomia e prevenindo o isolamento e a exclusão social. Promove, também, a integração familiar e a convivência

intergeracional. Atende idosos independentes e semi-dependentes. Em 2001, foi implantado o primeiro centro de convivência no município de Miguel Pereira. Este se constituiu no primeiro espaço intergeracional. No mesmo espaço físico, funcionam, também, uma creche para pré-escolares, uma quadra de esportes para crianças, jovens e comunidade em geral. Atualmente, estão em funcionamento centros de convivência em mais seis municípios; Duas Barras, Miracema, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, Saquarema e Rio Claro, com capacidade de 100 atendimentos/dia em cada um deles.

As atividades e programas específicos voltados para os idosos desenvolvidas pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ), conforme exposto anteriormente, eram realizadas pelas diversas secretarias municipais⁵⁸. Em 1994, a Secretaria de Esportes e Lazer inaugurou, com um Baile, o Projeto Feliz Idade. Este contemplava atividades físicas, culturais e de lazer. Outros 10 pólos, ao longo de três anos, foram implementados em diversos bairros da cidade, atraindo aproximadamente 5000 idosos. As atividades de assistência social que, ora estão sob a responsabilidade da SETI⁵⁹ são:

Centro Dia - Em 2000, foram iniciadas as atividades de Centro-Dia em um abrigo municipal. Nessa unidade são atendidos 20 idosos que possuem alguma dependência para realizar suas atividades de vida diária.

Projeto Rio Experiente – o público alvo é a população idosa e autônoma. As atividades iniciaram-se a partir de 1994. O projeto visa oferecer ao idoso do município, atendimento e alternativas de serviços que o mantenha e/ou reintegre à comunidade e à família, reforçando suas potencialidades, mantendo sua autonomia e independência. Nesse projeto são desenvolvidas duas modalidades de ação:

⁵⁸ Vide página 62

⁵⁹ Informações verbais fornecidas em entrevista com a equipe técnica da SETI, em 10/05/2005

Grupos de convivência - atividades que proporcionam autonomia, integração e sociabilização. Contribui para o resgate da cidadania e da auto-estima. Atualmente, existem 70 grupos, sendo que seis são com população de rua. Aproximadamente 2660 idosos são atendidos nos grupos.

Centro de convivência – desenvolvem atividades sistemáticas que visam contribuir para o envelhecimento ativo e saudável. Há cinco centros, sendo dois próprios e três conveniados. Atendem 180 idosos.

As atividades dirigidas à população idosa, desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ampliaram-se a partir de 1994 após a realização, pela Gerência de Programas do Idoso (GPI), do Seminário Municipal de Atenção ao Idoso. Em 1996, foi realizado, também, através dessa gerência, um treinamento específico para o programa de Atenção Integral à Saúde o Idoso. A partir desses eventos, diversas iniciativas foram criadas.

Segundo consta dos Anais do III Seminário da Gerência de Programas de Saúde do Idoso de 1998 foram instituídos grupos de Idosos, com características de grupos de convivência, em 11 unidades básicas entre centros e postos de saúde. Elas desenvolviam atividades diversificadas de sociabilização tais como oficinas da memória, artesanato, passeios, sócio-culturais e comemorações. Nessas unidades, todos os idosos eram assistidos pelos programas da SMS e aproximadamente 1000 participavam dos grupos de convivência, inclusive o grupo de idosos analisado nesta dissertação. Em 2001, um hospital municipal, também, implantou um grupo de convivência. Este grupo contava com uma equipe multiprofissional, com encontros semanais e atividades se assemelham às acima descritas.

Em ambas as esferas, estadual e municipal, o que se observa é que os recursos materiais e financeiros para realização dos projetos voltados para os idosos

estão previstos nas ações de assistência social da SAS/RJ e da SETI/RIO. No âmbito das Secretarias de Saúde não há previsão de recursos financeiros e materiais para o desenvolvimento dos projetos cujas características se enquadram nas ações de grupo de convivência, sendo necessário criatividade e desejo dos técnicos para implementação das atividades existentes.

6 ESTUDO SOBRE O GRUPO FELIZ IDADE

6.1 GRUPO FELIZ IDADE – Contexto Espacial e Histórico

O grupo Feliz Idade é o grupo de idosos do Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues (CMS-PCR), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Este grupo foi implementado em 1998, conta, atualmente, com 131 registros inscritos e 50 participantes regulares.

6.1.1 Situação espacial do GRUPO FELIZ IDADE

A Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - SMS-RJ é dividida em Áreas Programáticas (AP) e estas em Regiões Administrativas (RA), num total de 10 AP e 33 RA⁶⁰. A AP-2.1 é a área onde se situa o CMS que se constitui como território desta pesquisa. Essa área programática é dividida em quatro RAs com um total de 18 bairros. NA IV R.A. estão os bairros de Botafogo, Flamengo, Catete, Urca, Humaitá, Laranjeiras, Cosme Velho, Glória cuja população total é de 238.895 habitantes sendo 20,71% de maiores de 60 anos⁶¹. Na V R.A., os bairros de Copacabana e Leme com 27,18% de idosos numa população de 161.178 habitantes. A IV R.A é formada pelos bairros de Ipanema, Leblon, Jardim Botânico, Gávea, São Conrado e Vidigal. Possui 19,29% maiores de 60 anos entre seus 174.062 habitantes. E a XXVII R.A. corresponde ao bairro da Rocinha que tem 56.338 habitantes com 4,42 % pessoas com mais de 60 anos.

Alguns autores (Peláez, Palloni e Ferrer, 2000, *apud* Cunha, 2004) consideram como área com população envelhecida aquela cuja proporção de idosos situar-se acima 12% da população total. É possível concluir a partir desta afirmativa

⁶⁰ Fonte: [www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/regiões administrativas/quadro 379](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/regiões_administrativas/quadro_379), acesso em 11/08/2005.

⁶¹ Na Introdução deste trabalho estão descritos alguns dados demográficos referente à população com 60 anos ou mais residente na AP 2.1.

que a AP-2.1, excetuando-se a Rocinha, é uma região com população envelhecida. Essa é também uma área de grandes contrastes. Contém os bairros com os maiores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH)⁶² do município. Cita-se os bairros de Copacabana e Gávea, Lagoa e Leblon. No entanto, são adstritas a esta área diversas comunidades carentes, como o Vidigal, Pavão, Cantagalo, entre outras. As condições de vida nestas comunidades são inadequadas e seus habitantes não contam com saneamento básico apropriado, pavimentação, condições satisfatórias de moradia e transporte entre outras necessidades básicas. Vivem, além da pobreza e precariedade, em área e condição de extremo risco e violência devido às ações do tráfico de entorpecentes.

O centro municipal de saúde, onde se situa o Grupo Feliz Idade é uma unidade básica de saúde da SMS-RJ, localizada na VI RA, no bairro da Gávea. Embora seja acessível a qualquer cidadão do município, a população alvo da unidade são os moradores dos bairros da VI e da XXVII RA (Rocinha). O centro é uma unidade básica de saúde, onde são prestados cuidados primários em saúde com os seguintes serviços: imunização, pré-consulta de enfermagem, consulta de pediatria, ginecologia, obstetrícia e clínica médica. Além disso, há atendimento de odontologia, nutrição, pneumologia e dermatologia sanitária, psicologia, serviço social e de vigilância epidemiológica. De acordo com o planejamento da SMS-RJ, de acordo com as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o usuário é inscrito em um dos seguintes programas de atenção básica: Programa de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA), Hipertensão Arterial (HA) Diabetes (PD), Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e Programa de Controle da Hanseníase (PCH).

⁶² Vide nota à página 14

Visando melhor atendimento à clientela e possibilitando maior cobertura de usuários do CMS-PCR, além das atividades descritas acima, a unidade adotou a partir de 1990 a estratégia de atendimentos de grupos. Vários deles foram formados e hoje o CMS oferece atividades nos grupos de controle de desnutrição (Grupo de Risco Nutricional), controle da obesidade (Grupo Apertando o Cinto), controle da hipertensão e diabetes (Grupo de Doenças Crônicas) e o grupo dos idosos que é o Grupo Feliz Idade.

6.1.2 O GRUPO FELIZ IDADE

O Grupo Feliz Idade foi formado no segundo semestre de 1998. Algumas tentativas de agrupamento foram realizadas anteriormente, mas de forma assistemática. Os primeiros participantes eram os idosos que freqüentavam o Grupo de Doenças Crônicas. O acesso do paciente ao grupo se dá a partir da consulta de clínica médica. Há algumas exceções de participantes que chegaram no grupo de outra forma, porém, estes também são encaminhados à consulta de clínica médica tornando-se, assim, pacientes do CMS.

A formação do Grupo não obedeceu ao planejamento formal de um projeto institucional. A coordenação inicial ficou sobre a responsabilidade de uma enfermeira que propôs, aos idosos do Grupo de Doenças Crônicas, o desenvolvimento de atividades específicas e de interesse para este grupo etário, como por exemplo, de estimulação cognitiva e física, atividades lúdicas e de sociabilização.

Segundo a primeira anotação do Livro de Registro do GRUPO FELIZ IDADE, o início ocorreu em 2 de setembro de 1998. Contou com cinco participantes e três profissionais do CMS, uma enfermeira, uma psicóloga e uma médica. Nestes registros, em sua maioria feitos pela psicóloga, constam "*poucos participantes, mas*

muito interesse. Solidariedade entre os participantes. Houve Feed back". Vale destacar que há seis participantes, cujos nomes constam do registro dos quatro primeiros encontros, que ainda estão no grupo, ou seja, freqüentam as reuniões há mais de seis anos. De início o grupo era denominado "*Grupo Experiências*". As reuniões eram mensais, em dois dias e turnos diferentes, uma no turno da manhã às 4ª feiras e a outra no turno da tarde de segunda-feira.

Segundo o Livro de Registro, durante diversos encontros as discussões giravam em torno dos problemas de saúde dos idosos. A participação no grupo só ocorria quando da vinda ao CMS para consulta médica, isto é, quando agendados pelo médico. Isto acarretava em grande rotatividade de participantes. "*O CMS era visto como um lugar de doença*". Esta percepção durou até o final de 1998, isto é, nos primeiros meses de implantação do Grupo.

Ao retomarem as atividades no início de 1999, a coordenação optou por uma nova estratégia, atuando com dinâmicas de grupo e utilizando músicas, jogos e outras técnicas. Esta forma de abordagem permitiu uma relação mais "*alegre e descontraída*" e, certamente, estimulou atividades mais participativas "*maior integração e cooperação*" entre os membros do grupo. A partir desta maior participação, foram surgindo novas idéias e propostas. Sugeriu-se levarem uma fruta para a caminhada no Jardim Botânico e um passeio, à Pista Cláudio Coutinho, na Urca. Para esta atividade houve grande adesão dos participantes. Alguns levaram acompanhantes de fora do Grupo o que gerou certos transtornos, pois segundo os relatos, estes "*desconheciam os objetivos do grupo*", acreditando ser um simples passeio. De acordo com a coordenação, os objetivos, embora não formalmente estabelecidos, perpassam todas as ações desenvolvidas para os idosos participantes do grupo. Assim, nas dinâmicas com música e outras atividades

trabalha-se memorização, desejos, família, trabalho, limitações, educação para saúde, adesão ao tratamento, atividade física, alimentação adequada, hábitos alimentares, prevenção de doenças e acidentes, direitos e cidadania, entre outros temas relacionados ao envelhecimento.

Inicialmente, a frequência ao grupo era de duas sessões semanais e passou a ocorrer uma única vez na semana às 4ª feiras pela manhã, dia escolhido pelo Grupo. Isto favoreceu bastante o aumento da frequência, reduzindo a rotatividade e permitindo estabelecer melhor os vínculos, as rotinas e programação das atividades do Grupo. Ressalta-se que embora a equipe técnica apresentasse algumas propostas, as decisões eram democraticamente tomadas pelos participantes.

Em junho 1999, foi realizada a primeira festa junina, *“muito animada, todos participaram, trazendo doces e salgados típicos e colaborando na decoração da festa que aconteceu no pátio do C.M.S., havendo também a participação de funcionários”*. Após este evento, a integração do grupo foi se consolidando progressivamente, até que *“propuseram, através de eleição, a mudança do nome do grupo para GRUPO FELIZ IDADE, propuseram também uma camiseta identificando o grupo”*. Este é um marco de legitimação do grupo pois o mesmo adquire identidade própria.

Outras atividades foram desenvolvidas, como a comemoração ao Dia do Idoso com um passeio ao Pão de Açúcar, *“lugar onde muitos deles nunca haviam estado”*. Visitaram, também, o Teatro Municipal do R.J e a Biblioteca Nacional. Além disso, iniciou-se a oficina de jardinagem. Assim, o grupo se consolidou e atividades sistemáticas foram sendo realizadas. Destacam-se dentre estas, a criação do Jornal, que se constituiu num veículo de divulgação das atividades do Grupo, bem como,

fonte de informação e comunicação entre os participantes⁶³. Além dessas atividades citam-se as oficinas de artes-artisanato, biodanza, bazares etc. Também, por sugestão e iniciativa dos participantes foi criada uma “*caixinha*” como fundo de renda para aquisição de material para os trabalhos desenvolvidos. A contribuição era dos próprios participantes, não havendo um valor estipulado.

Algumas características e peculiaridades se evidenciaram no Grupo estudado:

- a psicóloga tinha uma liderança expressiva. Os participantes nutriam plena confiança e um profundo afeto e gratidão por ela. A programação e condução das atividades era coletiva e elaborada pela equipe multidisciplinar: psicóloga (coordenadora), nutricionista, dois médicos, massoterapeuta, enfermeira e a sanitarista do CMS.

- não havia recurso financeiro especificamente alocado para o grupo, nem da própria SMS ou de patrocínio. Todas as atividades foram desenvolvidas com recursos próprios, da “*caixinha*” e da venda nos bazares de Dia das Mães e de Natal de material produzido nas oficinas de artesanato⁶⁴.

- os facilitadores das oficinas eram voluntários, não recebendo qualquer *pró-labore* por sua participação no Grupo. A facilitadora de biodanza estava há mais de três anos e a de artes contribuía com o Grupo há mais de dois anos.

- outra participação valiosa era a de um cabeleireiro que uma vez por ano, fazia voluntariamente um trabalho social, através do embelezamento dos idosos do grupo melhorando ainda mais a auto-estima dos participantes.

⁶³ Nos anexos 1a e 1b o primeiro exemplar e o mais recente, respectivamente, constituindo-se em documentos históricos do Grupo.

⁶⁴ De forma inédita, a nova Direção do CMS, que assumiu em maio de 2005, liberou recursos para aquisição de papelaria para as atividades.

- o acesso ao Grupo, era através do próprio CMS, ou seja, como pacientes da clínica médica. Quem iniciava no Grupo de outra forma, era encaminhado a um agendamento de consulta para que pudesse torna-se paciente do CMS, isto é, como os demais participantes.

- pela proximidade da PUC/RJ, diversos alunos já realizaram pesquisas, principalmente, para Trabalhos de Conclusão de Curso - TCC do curso de psicologia e serviço social, abordando o envelhecimento, através de estudos com o Grupo Feliz Idade.

6.2 Metodologia da pesquisa

A pesquisa que se descreve, a seguir, caracteriza-se por um estudo do tipo exploratório, com vistas a analisar a existência de benefícios à saúde dos idosos que participam de um grupo de convivência.

Segundo Hartz (1997) a pesquisa sistêmica, não é um atributo que se pode medir. Ela se faz presente em uma investigação que ultrapassa os limites da prescrição cartesiana, para arriscar compreender os fenômenos num grau de complexidade maior. É um processo de aprendizagem contínua sobre o sujeito/objeto, pois tem na sua complexidade objetos de investigação e de reflexão. A pesquisa-ação torna-se a linguagem ou expressão privilegiada da investigação. Pesquisa-ação significa uma concepção ou interpretação da realidade, uma ação que a transforma.

Minayo e Sanches (1993) debatem sobre as possibilidades e limitações das abordagens qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa, afirma-se no campo da subjetividade e do simbolismo. Faz uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza. É em um nível mais profundo de significados, motivos, atitudes e valores que se expressa pela linguagem comum e no cotidiano, o objeto da abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa considera que todo fenômeno humano só pode ser compreendido pela determinação de seu sentido. (Mecller et al, 1996.

A abordagem quantitativa utiliza-se de conceitos matemáticos e funções estatísticas para medir o fenômeno estudado ou para testar a adequação de um modelo teórico proposto.

As metodologias qualitativas não procuram uma tradução de real, mas se preocupam com versões desse real (Amendoeira, 2000, p. 52-53). Já os estudos

quantitativos fornecem os âmbitos onde se dão os significados. São, portanto, abordagens complementares.

A pesquisa compreendida por esta dissertação combina as duas abordagens acima descritas. Foi estruturado em três etapas, a saber, a preparação do trabalho de campo, o trabalho de campo que consistiu na realização de entrevistas e a análise dos dados coletados. As ações executadas nessas etapas estão descritas abaixo:

6.2.1 Etapa prévia a pesquisa de campo

- Elaboração de Projeto de pesquisa “*Avaliação de grupo de saúde do idoso de uma unidade de atenção básica da SMS-RJ enquanto ação de promoção do envelhecimento saudável*”⁶⁵;
- Encaminhamento do projeto para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS- RJ (CEP SMS-RJ)
- Autorização do CEP SMS-RJ para execução da pesquisa.

6.2.2 Pesquisa de campo

- Organização dos dados extraídos do registro das atividades desenvolvidas no Grupo Feliz Idade;
- Tabulação dos dados de registro de todos os participantes inscritos;
- Definição de critérios da situação de frequência dos inscritos no Grupo Feliz Idade;
- Seleção dos participantes que efetivamente freqüentavam o Grupo,
- Entrevista com os participantes.

⁶⁵ Vide anexo: 2a e 2 b.

6.2.3 Análise dos dados coletados

- Categorização, tabulação e análise das informações coletadas.
- Discussão dos resultados encontrados mediante os objetivos propostos.

Descrevem-se, a seguir, cada uma das etapas da pesquisa, bem como o agrupamento em categorias realizadas a partir das respostas das entrevistas:

1- Organização dos dados de registro das atividades desenvolvidas no Grupo Feliz Idade - para a organização das informações sobre o Grupo Feliz Idade foram consultadas todas as fontes de registro do grupo. Estas fontes se constituem do Livro de Registro contendo as atas das reuniões, as listas de presença das mesmas, as fichas de inscrição dos participantes e a Ficha Central de cada um dos pacientes⁶⁶. As informações dos primeiros inscritos no grupo foram extraídas do livro de Atas das reuniões. A medida em que se caracterizou a frequência sistemática, foram elaboradas as fichas de inscrição no Grupo e a lista de frequência. Estas foram, então, as fontes pesquisadas, dado que era aí que se registravam.

2- Organização eletrônica de um banco de dados, utilizando-se o pacote estatístico Epi-Info versão 6.04⁶⁷ - No banco de dados foram inseridas as informações de todos os nomes registrados ao longo da existência do grupo. Foram registradas 15 variáveis: nome, sexo, ficha, idade (ao entrar e atual), nascimento, programa de origem, início da participação no Grupo, tempo no Grupo, número de atividades que participava, situação de frequência, motivo do afastamento, anos de estudo, local de residência, ocupação e situação conjugal.

3- Definição de critérios situacional dos inscritos - nas fontes de dados utilizadas foram registrados 131 pessoas. Nem todas permaneceram frequentando o

⁶⁶ Ficha Central é o documento padrão utilizado nas Unidades Básicas de Saúde da SMS/RJ, que equivale ao prontuário ambulatorial do paciente. Conforme exposto, anteriormente, no histórico do Grupo.Feliz Idade, todos os pacientes atendidos no C.M.S. são inscritos para atendimento, sendo a Ficha Central o documento utilizado.

⁶⁷ Programa de domínio público do Control Disease Center/ USA. Disponível em www.cdc.gov

grupo por diversos motivos. Estes motivos são variados e foram agrupados nas seguintes categorias: falecido (FA), afastado (AF) fora (FO)⁶⁸. Pela própria história da formação do Grupo, já descrita anteriormente, havia uma pequena parcela de participantes que estava fora de faixa etária, ou seja, ainda não atingiram 60 anos. Estas eram mulheres que freqüentavam o “Grupo de Mulheres”, destinado à preparação ao climatério e que foi extinto. Como elas já estavam integradas ao grupo dos idosos foram convidadas a permanecer. Formaram uma quarta categoria, fora de faixa (FF).

4- Seleção dos participantes – A seleção dos participantes partiu da exclusão de pessoas classificadas nas categorias: falecido (FA), afastado (AF), fora (FO) e fora de faixa (FF). Dentro dessa categoria havia freqüentadores assíduos, mas não foram incluídos no universo do estudo, pois ainda não haviam completado 60 anos e, portanto, não foram considerados idosos segundo a Política Nacional do Idoso.

Na categoria **participante**, portanto, estão efetivamente os frequentadores do Grupo Feliz Idade e constituíram o universo da pesquisa.

5- Entrevista com os participantes – Para complementar os dados e aprofundar as informações coletadas, foram realizadas entrevistas semidirigidas, utilizando-se um questionário previamente elaborado contendo questões abertas e fechadas⁶⁹. O questionário foi elaborado pela responsável pela pesquisa, com a

⁶⁸ - Afastado (AF)– Foram relacionados nesta categoria os participantes, que apresentam dados consistentes para a análise, tiveram participação ativa por longo tempo, criaram vínculo com o Grupo e por algum motivo deixaram de freqüentar por algum período. Os motivos relacionados, em sua maioria são: mudança de residência, doença (pessoal ou de familiar, e trabalho. Durante a elaboração deste estudo, três participantes que foram tabulados como afastados voltaram a freqüentar o grupo. Duas foram incluídas na entrevista, uma delas não, pois o retorno ocorreu após o encerramento do período de entrevista. Esta observação é importante, que reafirma o **vínculo** criado entre os participantes e o grupo, o que configura a categoria **afastado**

Fora (FO)– nesta categoria foram consideradas as pessoas registradas e que tiveram presença pouco significativa, não havendo dados suficientes, por algum motivo relacionado à ausência da Ficha Central, erro na admissão etc, configurando ausência de vínculo com o Grupo.

⁶⁹ Vide Anexo 4

colaboração da equipe técnica do Grupo Feliz Idade. Esse contempla três áreas: dados pessoais e sociais, autoavaliação de saúde e participação no Grupo.

A análise da auto-avaliação de saúde, é importante, para especialistas em envelhecimento, tais como Ramos (2003), Lima_Costa (2003) e Dachs (1998). Estes apontaram que a avaliação negativa da saúde é um forte preditor de morbidade deste grupo etário.

A percepção da própria saúde é um indicador robusto do estado de saúde dos idosos porque prediz de forma consistente a sobrevivência dessa população. (Helmer et al., 1999; Korten et al., 1999; Onawola & La Veist, 1998) – Como a percepção da saúde refere-se a um julgamento subjetivo, ela não pode ser determinada por outra pessoa. (Lima-Costa 2003 p.740)

Os membros do Grupo, classificados na categoria *participante* foram, convidados a participar da entrevista, e para tanto, preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁷⁰, de acordo com o protocolo da Portaria/MS nº 196/96 sobre pesquisas com seres humanos.

A participação foi voluntária e todos foram convidados a participar da entrevista, tendo sido, anteriormente, expostos os objetivos do trabalho. Não houve a seleção de uma amostra, pois o universo do estudo totalizou 47 pessoas, pois houve, duas recusas. A grande maioria das entrevistas foi realizada no próprio C.M.S., em geral, às 4ª feiras, dia de reunião do Grupo. Algumas foram realizadas em dia de atividades, ou seja, no Jardim Botânico após a caminhada, a Biodanza e após as aulas de arte. A aplicação do questionário contou com a participação dos demais profissionais da equipe técnica, a saber, a psicóloga e a nutricionista.

6- Agrupamento das respostas obtidas nas entrevistas: Dado o questionário ter sido semi-estruturado, algumas respostas apresentaram-se muito diversificadas.

⁷⁰ Anexo 2-d,

Buscando uniformidade nas mesmas, estas foram agrupadas em categorias afins⁷¹. Essas categorias foram redigidas utilizando-se o artigo masculino considerando, no entanto, a existência de participantes e familiares de ambos os sexos.

7- Análise e discussão dos resultados: foi subdivida em duas etapas. A preliminar, anterior às entrevistas que se constituiu na análise dos dados gerais disponíveis. A segunda fase foi a análise das informações obtidas nas entrevistas. Todas as análises foram feitas através de distribuição de frequência por sexo, de cada variável estudada. Centrou-se a análise quanto a condição de envelhecimento, ao longo do tempo de frequência no grupo, ou seja, como o grupo existe desde 1998, havia *participantes* que estavam desde o início e outros que se inseriram ao longo deste período, sendo associada à essa variável os demais componentes.

⁷¹ Vide Apêndice 3

6.3 Discussão dos resultados

6.3.1 Análise dos dados gerais disponíveis

Nesta seção serão apresentados os resultados da análise dos dados com o objetivo de traçar o perfil do grupo a partir de sua formação em 1998. Foi considerado o total de inscritos constantes do Livro de Registros do Grupo Feliz Idade, desagregados pelas seguintes variáveis: sexo, faixa etária, tempo e situação de frequência. Dos 131 registros do livro, considerou-se como informação válida 110. Oito nomes foram excluídos por serem pessoas, até o início do levantamento tinham menos de 60 anos, ou seja, não foram considerados idosos. Outros 13 registros foram excluídos, pois, não havia nenhuma outra informação além do nome, ou seja, a participação limitou-se em apenas uma vez.

As tabelas 9 e 10 apresentam a distribuição de mulheres e homens ingressantes, por faixa etária, segundo o ano de entrada no Grupo. O número de ingressantes cresceu até o ano 2000, sendo de 16,4%, 26,4% e 42,7% em 1998, 1999 e 2000 respectivamente. Entre 2001 e 2002 houve uma acentuada redução no número de ingressantes, podendo-se inferir este fato, à grave epidemia de dengue que se abateu sobre o município o que ocasionou sérias dificuldades à rotina do C.M.S, refletindo nas ações do Grupo. Em 2003, entre as mulheres, o número de voltou a crescer, com 8.2 % do total ⁷².

⁷² Até maio de 2005 ainda havia registros de novos ingressantes que não foram computados, pois o período de estudo encerrou-se em setembro de 2004.

Tabela 9 - Distribuição das mulheres segundo ano de entrada no Grupo Feliz
Idade e faixa etária

MULHERES							
Faixas Etárias (Anos)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<60		1	4				
60 a 64	2	8	12	1		4	
65 a 69	8	8	14	1	1	1	
70 a 74	3	8	8	1		3	1
75 e mais	4		1		1	1	
Sub-total por sexo	17	25	39	3	2	9	1

Fonte – Livro de Registro do Grupo Feliz Idade

Tabela 10- Distribuição dos homens, segundo ano de entrada no Grupo Feliz
Idade e faixa etária

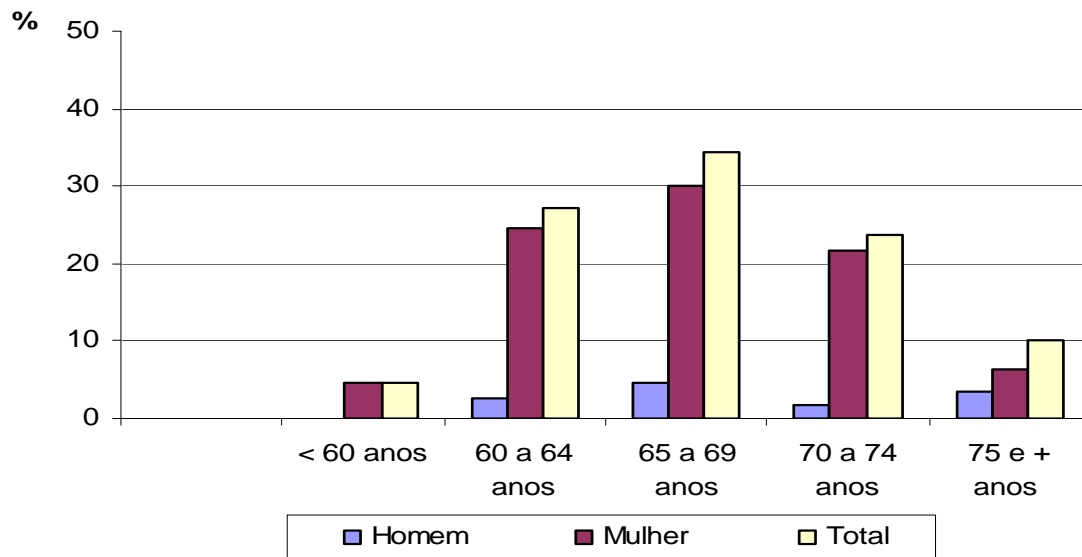
HOMENS				
Faixas Etárias (anos)	1998	1999	2000	2004
60 a 64	1		2	
65 a 69		3	2	
70 a 74			2	
75 e mais		1	2	1
Sub-total por sexo	1	4	8	1

Fonte – Livro de Registros do Grupo Feliz Idade

A distribuição proporcional, dos freqüentadores quanto à idade ao ingressar no grupo e sexo mostra, de acordo com o gráfico 1, que dos 110 registros considerados como válidos, 87,2%, eram de mulheres e 12,6% de homens. A maior

parte das pessoas entrou no grupo com idade entre 65 e 69 anos. Isto se verificou em ambos os sexos.

Gráfico 1- Distribuição proporcional por sexo, segundo a idade ao ingressar no Grupo Feliz Idade



Fonte – Livro de Registros do Grupo Feliz Idade

Quanto a distribuição proporcional da situação de frequência no grupo em 2004, segundo o sexo, a tabela 11, mostra que 50 % dos homens que ingressaram permaneceram freqüentando. Dos que deixaram de freqüentar, 28,6% saíram sem motivo. Os demais 21,4% são distribuídos entre aqueles homens que faleceram e os que se afastaram por motivos diversos, tais como, mudanças de endereço, doenças pessoais ou na família, trabalho etc. Quanto à situação de freqüência no Grupo, entre as mulheres, 44% das que ingressaram permanecem freqüentando, sendo que esse número corresponde a 85,7% do total de freqüentadores. Das mulheres que deixaram de freqüentar, 37,5% saíram sem motivo, 6,3% faleceram e 12,5% estão afastadas por motivos diversos, tal como ocorrido entre os homens. Proporcionalmente, a situação de freqüência dos homens é semelhante.

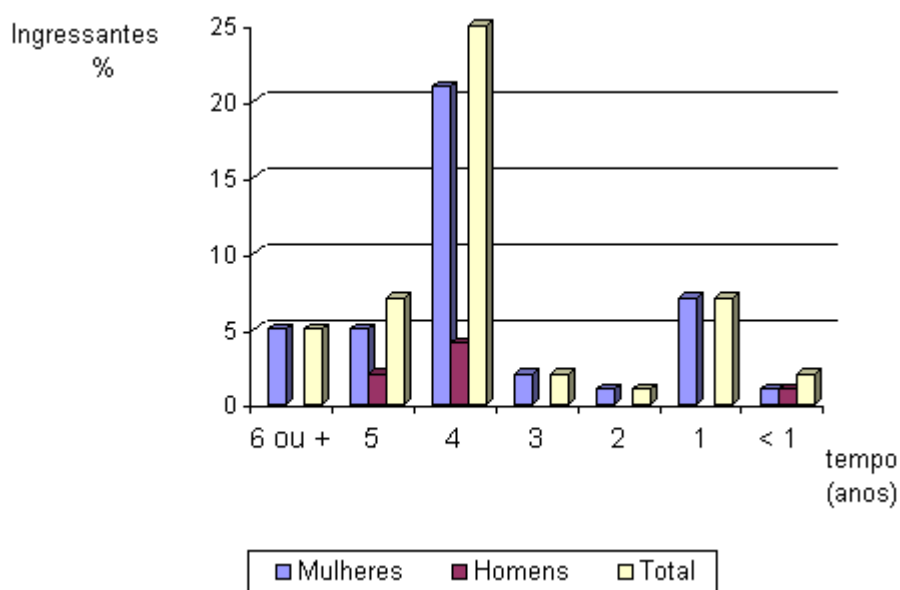
Tabela 11 - Distribuição proporcional dos idosos por sexo, segundo a situação de frequência em 2004

Sexo	Fora	Afastados	Falecidos	Freqüentam
Homens	26,7	13,3	13,3	46,7
Mulheres	37,9	12,6	5,3	44,2

Fonte – Lista de Frequência do Grupo Feliz Idade – agosto/2004

O tempo de frequência no Grupo é um fator importante neste estudo, considerando-se que se tratou de pessoas idosas, com particularidades em suas histórias de vida. De acordo com o gráfico 2, dos idosos que ingressaram e permaneceram no grupo, somente 24,5% tinham menos de quatro anos de frequência no grupo. A grande maioria, ou seja, 75%, participava do Grupo há mais de quatro anos, sendo que dentre estes 10% frequentavam há mais de seis anos.

Gráfico 2 - Distribuição proporcional dos ingressantes por sexo e tempo de frequência no Grupo Feliz Idade



Fonte – Lista de Frequência do Grupo Feliz Idade – agosto/2004

A tabela 12 apresenta a distribuição por sexo e faixa etária dos idosos que permaneceram freqüentando o grupo em 2004, num total de 49 pessoas, sendo 85,7% , ou seja, 42 do sexo feminino e 14,3% (7), do sexo masculino.

Com relação à idade dos participantes, a maior freqüência, 42.8% concentra-se na faixa entre 70 e 74 anos em ambos os sexos. Destaca-se que não há homens com menos de 65 anos.

Tabela 12- Distribuição dos participantes por sexo e faixa etária em 2004

Faixa Etária (anos)	Mulher	Homem
60 a 64	7	0
65 a 69	10	1
70 a 74	17	4
75 e +	8	2
Total por sexo	42	7
TOTAL	49	

Fonte – Lista de Presença do Grupo Feliz Idade – agosto/2004

Dos 110 registros do Grupo Feliz Idade, considerados como válidos, 44,5%, ou seja, 49 pessoas permaneceram freqüentando o grupo até o momento do início do estudo. Estes formaram a categoria **participante** e foram os eleitos para serem entrevistados.

6.3.2 Análise dos resultados das entrevistas

Nesta seção serão apresentados os resultados encontrados nas entrevistas aplicadas aos 47 participantes do Grupo Feliz Idade que concordaram em fazer parte do estudo. Apesar do total de casos trabalhados ser baixo, ele se refere a 96% da população do universo da pesquisa propriamente dita.

A análise, a seguir, considerou a distribuição por sexo dos idosos que freqüentavam o Grupo Feliz Idade, sobre os seguintes aspectos:

- socioeconômicos
- relativos às condições de saúde no período da entrevista
- relativos à participação no Grupo Feliz Idade;

6.3.2.1 Aspectos socioeconômicos dos participantes do Grupo Feliz Idade

Com relação ao local de residência dos participantes, o gráfico 3 mostra que 77,5% das mulheres eram moradoras de bairros da área adstrita ao CMS, situada na VI Região Administrativa⁷³, 15% moravam em bairros de outras RAs e 7,5% residiam em outros municípios. Quanto ao local de moradia dos homens, 57% destes moravam na área estudada, 28,6% outras RAs e 12,3% residiam em outros municípios, tais como Itaboraí, Engenheiro Pedreira e Belford Roxo.

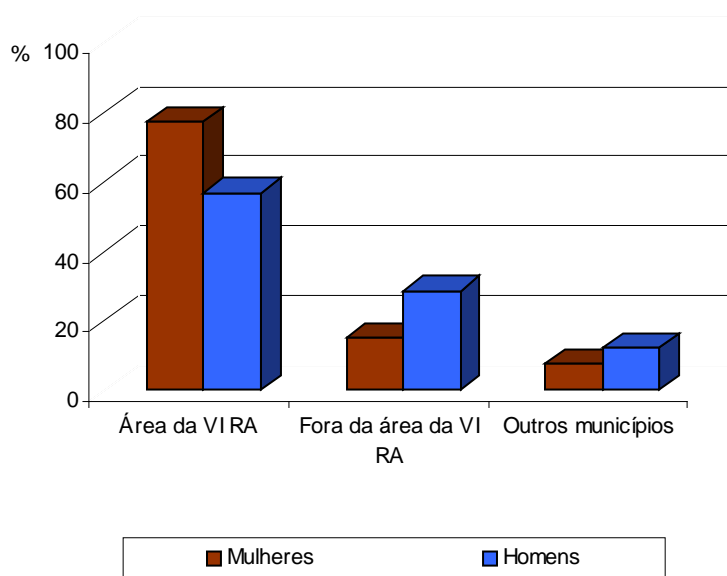
Os participantes que residiam em áreas distantes da região metropolitana ou outros municípios correspondeu a 25,53% do total. Embora, em termos absolutos, este seja um valor baixo, ele constitui um quarto do universo de 47 entrevistados. Este dado é importante, pois se tratando de pessoas idosas, que embora não tivessem despesas de deslocamento, levavam no percurso, em condução coletiva

⁷³ Existem no município em 33 Regiões Administrativas (RA). A VI RA compreende os bairros de Ipanema, Leblon, Gávea, Jardim Botânico, São Conrado, Lagoa e Vidigal. A população residente nestes bairros é atendida no Centro Municipal de Saúde (C.M.S.) desta RA. Embora o bairro da Rocinha compreenda a XXVII RA, onde há um posto de saúde, no sistema municipal de saúde a população ali residente também é atendida no C.M.S VI RA.

dependendo das condições do trânsito, até cinco horas entre a ida e a volta. Assume-se que isso demandava bastante esforço e disposição desses participantes, que criaram vínculo com a região, inclusive com a unidade de saúde, devido ao local de trabalho, quando estavam em período laborativo.

Dentre os que residiam na VI RA, 69 % moravam na Rocinha, 114% na Cruzada São Sebastião e 6 % no Vidigal e na comunidade do Parque da Cidade. Essas são as áreas mais carentes da região.

Gráfico 3 - Distribuição proporcional de *participantes* por sexo e área de residência



Fonte – Questionário do Estudo Sobre o Grupo Feliz Idade

Quanto à situação conjugal apresentada na tabela 13, a maior proporção encontrada entre as mulheres, foi de viúvas com 62,5%. Nessa situação encontravam-se apenas 12,4% dos homens. Destes 57,5% eram casados. As mulheres casadas constituíram 7,5% do conjunto de mulheres pesquisadas. Não havia no Grupo nenhum homem solteiro, mas 7,5% de mulheres que informaram serem solteiras.

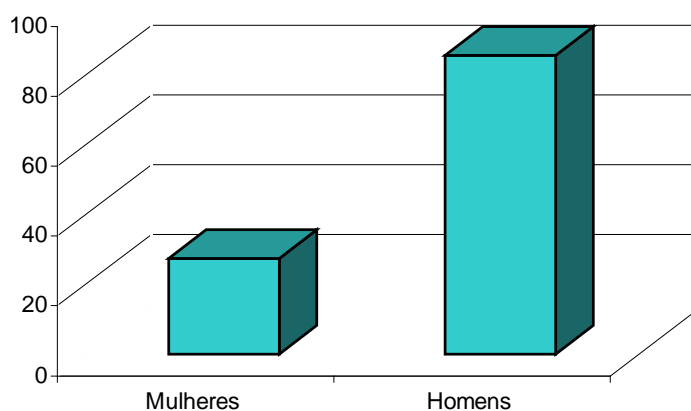
Tabela 13 - Distribuição proporcional dos *participantes* por sexo e a situação conjugal declarada na entrevista.

Situação Conjugal	Mulheres	Homens
Casado	7,5	57,1
Separado	12,5	14,3
Solteiro	17,5	0,0
Viúvo	62,5	28,6
N	40	7

Fonte – Questionário do Estudo Sobre o Grupo Feliz Idade

Dentre os *participantes* 36,2% declararam ter e/ou viver com um parceiro. De acordo com o gráfico 4, dentre os homens predominou esta situação com 85,7% destes. Entre as mulheres, somente, 27,5% informaram que tinham um parceiro.

Gráfico 4 - Proporção de idosos *participantes* por sexo, segundo a existência de parceiro



Fonte – Questionário do Estudo Sobre o Grupo Feliz Idade

Também foi questionado aos participantes se tiveram filhos⁷⁴, sendo afirmativo para 87,2% do total, conforme representado na tabela 14. Entre as mulheres, o número absoluto de filhos tidos variou entre um até 14 filhos. Dentre os homens, o maior número informado foi de seis filhos. Em termos relativos, a maior proporção, 37,5%, era entre as mulheres com um ou dois filhos e entre os homens, 42,9% com três a cinco filhos.

Aqueles que relataram que não tinham filhos equivale a 12,8% do total, sendo de 75% a proporção entre as mulheres. Esta informação é importante quando se deseja conhecer a rede social do entrevistado e se seus familiares estão inseridos na mesma.

Tabela 14- Distribuição proporcional dos idosos *participantes* por sexo e número de filhos vivos informados

Número de Filhos	Mulheres	Homens
1 a 2	37,5	14,3
3 a 5	27,5	42,9
6 ou +	20,0	14,3
Nenhum	15,0	28,6
N	40	7

Fonte: Questionário do Estudo Sobre o Grupo Feliz Idade

Com relação ao número de anos de estudos, de acordo com a tabela 15, a maior frequência entre as mulheres, 35%, foi daquelas que estudaram entre dois e três anos, seguido das que declaram não terem instrução ou apenas um ano de estudo, 25%. Dentre as mulheres 10% completaram o 1º grau. (incluído o supletivo 1º grau) e 7,5% informaram que tinham mais de oito anos de estudo. A maior proporção entre as mulheres, portanto, foi daquelas com nível educacional muito

⁷⁴ Foram contabilizados os filhos vivo e aqueles não naturais, isto é, adotados e/ou filho de criação.

baixo, com mais de 50% sem instrução ou com apenas um ano de estudo, alfabetização de adultos ou mobral.

Dentre os homens, a maior proporção, 71,4%, foi dos que tinham entre quatro e cinco anos de estudo. Aqueles que declararam não terem instrução alguma ou foram apenas alfabetizados totalizou 28,6%.

Tabela 15 - Distribuição proporcional dos *participantes* por sexo e número de anos de estudos concluídos

Anos de estudo	Mulheres	Homens
Sem instrução ou ≤1	25,0	14,3
2 a 3	35,0	0,0
4 a 7	22,5	71,4
8 ou mais	7,5	0,0
Supletivo 1º grau	2,5	0,0
Alfabetização de Adultos/Mobral	7,5	14,3
N	40	7

Fonte: Questionário do Estudo do Grupo Feliz Idade

Pelo que se expõe, o nível educacional dos participantes do Grupo Feliz Idade era muito baixo, ou seja, 61,7%.do total de participantes entrevistados estudaram menos de quatro anos.

Este percentual aponta para aspectos significativos, entre inúmeros outros decorrentes da condição de baixa escolaridade. Cita-se a dificuldade de compreensão de informações importantes, inclusive relacionadas às suas situações de saúde ou doença (tratamento, receita médica, dietas) que pode ser prejudicada e acarretar adoção de hábitos alimentares errôneos ou inadequados, bem como confusão ou transtornos na administração e consumo de medicamentos. Este fato pode ser considerado ou avaliado, pela equipe assistente, como não adesão ao tratamento. Os outros aspectos dizem respeito a transtorno na habilidade com dados

bancários, financeiros, legais etc, além da limitação ao desenvolvimento de atividades de estímulo cognitivo tão importante e necessária para este grupo etário. Nessas situações, a freqüente atenção, disponibilidade e adaptação da equipe multiprofissional que acompanha/assiste o idoso é essencial.

Quando questionados sobre sua ocupação principal, foram relatadas inúmeras modalidades, sendo as mesmas agrupadas de acordo com a semelhança da atividade⁷⁵. A tabela 16 apresenta o resultado deste agrupamento e indica que 37% das mulheres relataram que foram domésticas. Foi observada a mesma proporção, de 14,3%, para as mulheres que declararam terem trabalhado como Auxiliar de Serviços Gerais (A.S.G) e cozinheira ou similar. Entre os homens predominou com 42,9% aqueles que informaram atuarem como A.S.G. nas diversas modalidades.

Tabela 16 – Distribuição proporcional dos *participantes* por sexo e a atividade laborativa declarada

Ocupação	Mulheres	Homens
ASG (*)	12,7	42,9
Doméstica	33,0	
Diarista	7,6	
Cozinheira	12,7	14,3
Governanta	5,1	
Costureira	10,1	
Porteiro	2,6	14,3
Outros	5,1	28,6
Do lar	11,1	
N	40	7

Fonte: Questionário do Estudo Sobre o Grupo Feliz Idade

⁷⁵ Ocupação: foram agrupadas pela frequência apresentada considerando atividade remunerada, isto é:
A..S.G.–todos as repostas contendo serviços gerais por firma própria ou terceirizada: limpeza, manutenção, jardinagem.
Doméstica – serviço doméstico com remuneração mensal / Diarista: inclui faxineira, e passadeira
Cozinheira: inclui cozinheira / cozinheiro, doceira, merendeira / Governanta: inclui copeira e governanta
Porteiro: porteiro ou agente de portaria
Outros: taxicista, técnico em eletrônica, pescador, auxiliar de enfermagem (com apenas 1 registro de cada)

O que se destaca sobre esse aspecto é o nível de qualificação, ou seja, as ocupações exercidas ao longo da vida desses idosos eram atividades de serviços, que não exigia alto grau de escolaridade e que conseqüentemente eram de baixa remuneração, resultando em um baixo valor do benefício da aposentadoria como será apresentado a seguir.

A tabela 17 apresenta a proporção por sexo em relação à situação de aposentadoria e aponta 72,5% das mulheres e 100% dos homens como aposentados. Entre as mulheres havia uma (2,5%) que ainda estava na ativa. As que não eram aposentadas e, portanto, não tinham renda própria correspondeu a 25% do total de mulheres.

Tabela 17 - Distribuição proporcional, dos freqüentadores por sexo e situação de aposentadoria

Aposentado	Mulheres	Homens
Sim	72,5	100,0
Não	25,0	
Ativo	2,5	
N	40	7

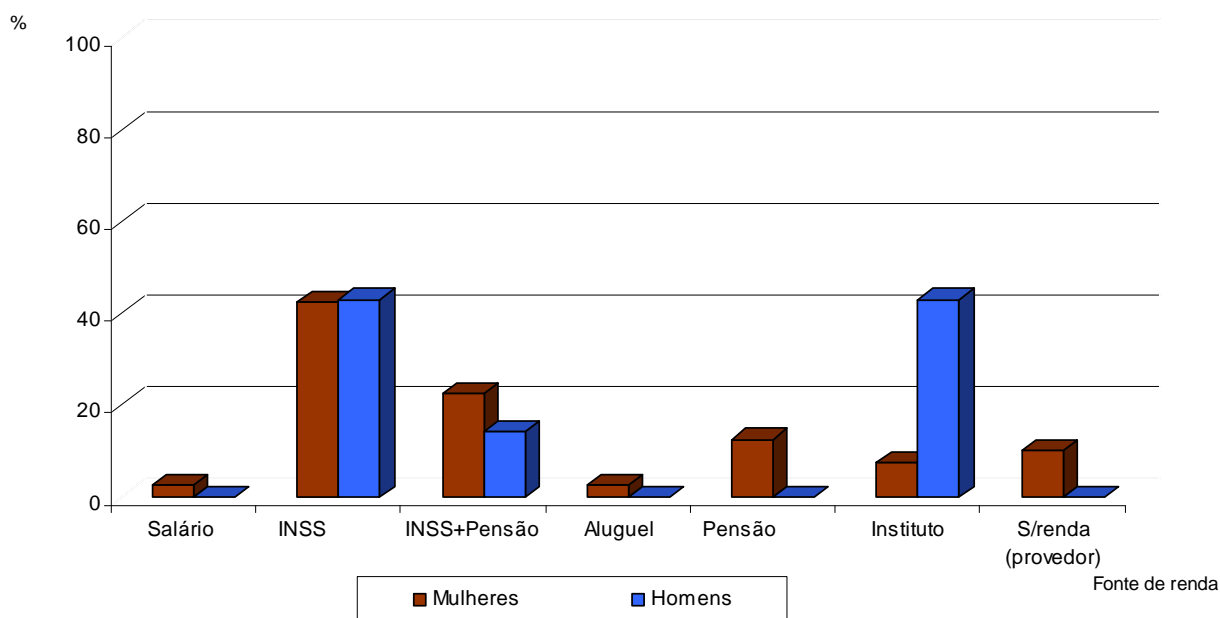
Fonte: Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade.

Com relação à disponibilidade de recursos financeiros, de acordo com o gráfico 5, 50% do total de participantes recebiam recursos de aposentadoria. Destes, 52% recebiam proventos do INSS e 23% de outros institutos. Dentre as mulheres 42% recebiam aposentadoria pelo INSS e 22,5% além da aposentadoria recebiam pensão por viuvez.

Encontrou-se 10% de mulheres sem renda própria, as quais eram são mantidas por um provedor (marido ou filhos) ⁷⁶.

O valor dos rendimentos é extremamente baixo. A proporção de idosos cujos rendimentos estão entre um e dois salários mínimos, isto é, entre R\$260,00⁷⁷ e R\$520,00 é de 76,6%.

Gráfico 5 - Distribuição proporcional dos entrevistados por sexo segundo a fonte da renda



Fonte: Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade

Para se conhecer algumas das condições de vida dos participantes do Grupo foi questionado, com quem o entrevistado residia, ocorrendo uma grande diversidade de respostas. Isso indicou haver diversas formas de arranjos familiares, os quais foram agrupados em seis categorias de acordo com a tabela 18.

⁷⁶ Não foram avaliados aspectos referentes a participação da renda deste idosos na família, nem a renda per capita pois estes aspectos não estavam relacionados ao objeto central do estudo ou seja, saber se a participação no grupo Feliz Idade possibilitava a promoção da saúde desses idosos, favorecendo o envelhecimento saudável, independentemente de suas condições de vida e saúde.

⁷⁷ Valor do salário mínimo vigente no período da entrevista, ou seja, entre agosto e setembro de 2004.

Tabela 18 – Distribuição proporcional dos idosos participantes por sexo segundo a composição dos arranjos familiares

Mora com	Mulheres	Homens
Esposo + filho	15,0	43,0
Esposo	5,0	14,3
Filho	20,0	0,0
Filho+neto	20,0	28,6
Sozinho	32,5	0,0
Outros	7,5	14,3
N	40	7

Fonte – Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade

Entre os homens, 85,9% viviam com suas esposas, filhos e/ou netos⁷⁸. Apenas 14,3% não viviam com familiares. Entre as mulheres se observa uma maior proporção de pessoas vivendo sozinha, 32,7%.

6.3.2.2 Aspectos relativos às atuais condições de saúde

Esta etapa da pesquisa procurou conhecer alguns aspectos relativos à situação de saúde dos idosos, tais como, o programa de saúde em que estavam inseridos no CMS, a auto avaliação de saúde e a ocorrência de problemas de saúde recentes, com necessidade de internação nos 30 dias anteriores à entrevista. Elegeu-se a auto-avaliação de saúde como indicador relacionado à situação de saúde do idoso, pois estudos (Lima_Costa 2003, Ramos, 1998) a consideram como um forte preditor da morbidade quando avaliada negativamente, além de que, sendo um julgamento subjetivo, as respostas devem ser dadas pela própria pessoa.

⁷⁸ A tabela 14 mostrou a distribuição dos participantes com filhos.

Em uma unidade básica de saúde, são prestados cuidados primários, isto é, de baixa complexidade. Com relação aos atendimentos, os mais frequentes na população de idosos, são entre os portadores de hipertensão e diabetes mellitus, isto também, devido à existência de programas de controle destas patologias estabelecidos pelo MS e adotados nos serviços públicos estaduais e municipais, como preconizado pelo SUS. Buscou-se na *ficha central* dos pacientes o registro da avaliação clínica e de patologias, porém não foi possível devido a difícil legibilidade de algumas fichas pois, muitas destas eram antigas e, portanto, estavam muito manuseadas⁷⁹.

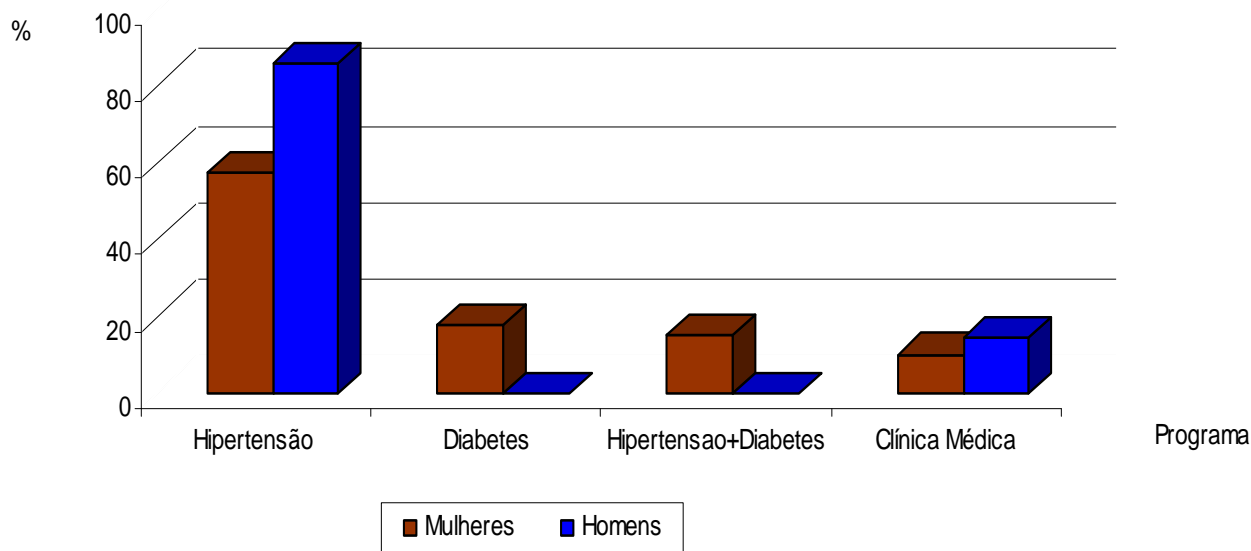
Após os primeiros contatos com o Grupo Feliz Idade, os idosos que não eram pacientes da unidade e que passaram a frequentar habitualmente o Grupo, tornaram-se pacientes do CMS. Para tanto, foram encaminhados para uma consulta de clínica médica (equivalente ao clínico geral). Após os exames regulares, caso houvesse alterações, seriam, então, encaminhados para um dos programas de doenças crônicas, onde teriam acesso a consulta regular e aos medicamentos dispensados na rede pública municipal.

O gráfico 6 apresenta a distribuição dos idosos que participavam desses programas, isto é, de hipertensão (HA) e/ou diabetes (PD) desenvolvidos na unidade, bem como daqueles que eram acompanhados pela clínica médica (CM).

⁷⁹ No capítulo referente ao histórico do grupo foram abordadas também, algumas questões relativas à saúde dos participantes do Grupo.

Este não é um estudo clínico, não foi financiado por nenhum órgão de pesquisa ou fomento. Por estar sendo desenvolvido exclusivamente pela mestranda, autora da dissertação, não foram feitos testes clínicos, bioquímicos ou antropométricos que possibilitassem análises comparativas. Foi registrado apenas o programa de saúde em que o idoso está inserido, de acordo com a Ficha Central dos pacientes.

Gráfico 6 - Distribuição proporcional dos idosos do Grupo por sexo, segundo inserção nos programas de saúde do C.M.S -VI RA



Fonte: Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade
CMS = Centro Municipal de Saúde

Do total de idosos entrevistados, apenas 10% eram atendidos, exclusivamente, pela clínica médica. Os demais 90% apresentavam problemas de hipertensão arterial (HA) e ou diabetes mellitus (PD). Entre os homens, observou-se que 85% são hipertensos e nenhum, neste grupo, com diabetes. O perfil de morbilidade das mulheres é bastante diferente dos homens. Observou-se que 57,5% são hipertensas, 17,5 % diabéticas e 15% apresentavam ambas as patologias.

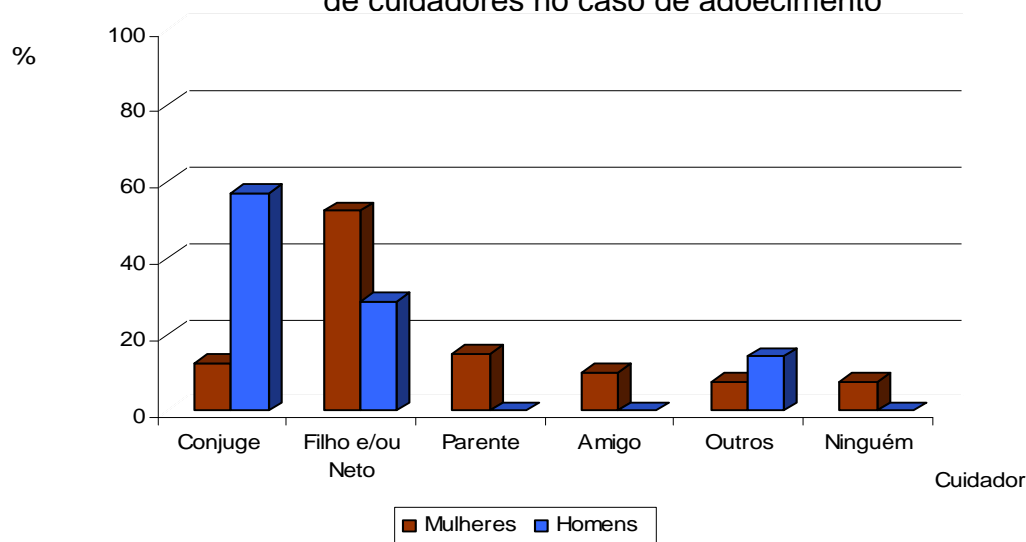
Verificou-se, também, qual a disponibilidade de apoio social⁸⁰ em caso de necessidade, mais especificamente de adoecimento, que contariam os pesquisados⁸¹. Esta informação pode ser relacionada a outro aspecto já discutido nesta seção, ou seja, com quem o entrevistado residia. os idosos reportaram a

⁸⁰ Apoio Social foi abordado na seção 4.2

⁸¹ Foi enfatizado nesta questão a necessidade de apoio em caso de doença, não subjulgando outras dificuldades como jurídica , bancária, etc.

diversas possibilidades de suporte, em caso de adoecimento, as quais, foram agrupadas em sete categorias, tal como apresentada no gráfico 7

Gráfico 7 – Distribuição proporcional de idosos por sexo segundo a disponibilidade de cuidadores no caso de adoecimento



Fonte: Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade

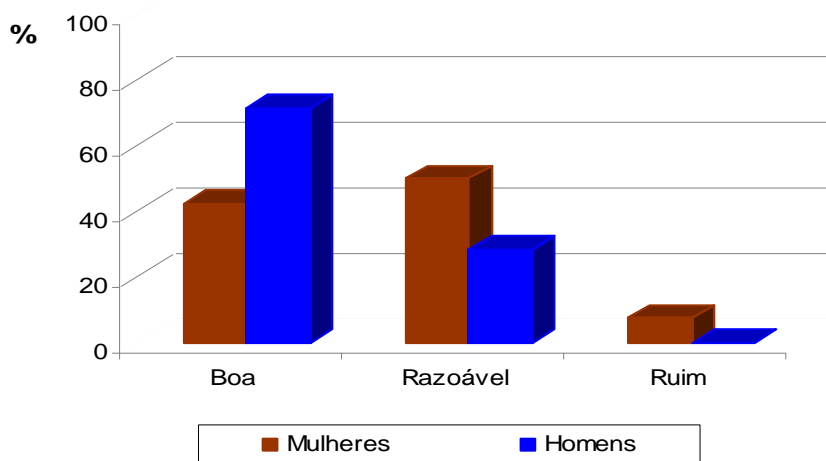
Os valores acima apontam para uma maior proporção, 81%, de idosos informando que contariam com a ajuda dos filhos e/ou netos em caso de adoecimento. Ao se comparar esses dados com quem o idoso residia, aqueles que residiam com filhos e/ou netos totalizaram 42,55%, ou seja, mesmo informando que não residiam juntos, muitos dos entrevistados contariam com ajuda de filhos e/ou netos em caso de doença. Contudo, na análise desagregada por sexo observa-se uma diferença significativa entre homens e mulheres, com relação a quem lhes prestaria cuidados. Entre os homens, 57% informou que seria a esposa. Entre as mulheres são seus filhos ou netos os principais cuidadores, 52,5%. O cônjuge, quando vivo, foi apontado com o cuidador preferencial.

Aproximadamente 8% das entrevistadas responderam não contar com ninguém para auxílio em caso de doenças correspondeu a 7,5%. Sobre estas, cabe

destacar, em relação às suas condições de vida que: uma, embora tenha declarado que tivesse marido e três filhos adotivos informou que não contaria com ninguém. A outra era viúva, com 74 anos e cuidadora de um filho sequelado de A.V.C. A terceira era solteira, vivia sozinha e manifestou desejo, durante a entrevista, de adotar uma menina para que futuramente tivesse um cuidador. As duas últimas faziam parte dos 10,6% dos participantes do Grupo que residiam em outros municípios: Engenheiro Pedreira e Belford Roxo.

Foram também verificados dois aspectos relacionados à avaliação de saúde, ou seja, a auto-declaração de suas condições de saúde e a ocorrência de problema de saúde com internação nos últimos 30 dias que antecederam à entrevista. Quando se analisa a auto-avaliação de saúde, as respostas são classificadas em cinco categorias: muito bom, bom, razoável, ruim e muito ruim. De acordo com o gráfico 8, dentre os homens 71,7% declarou ter boa saúde e 28,3% que estava com a saúde razoável. Entre as mulheres, a proporção se distribuiu de forma diferente, ou seja, 50% informaram que estavam com a saúde razoável e 42,5% disseram que tinham boa saúde. Declararam estar com sua saúde ruim 7,5% das mulheres.

Gráfico 8 -- Distribuição proporcional dos idosos por sexo segundo a auto-avaliação de saúde



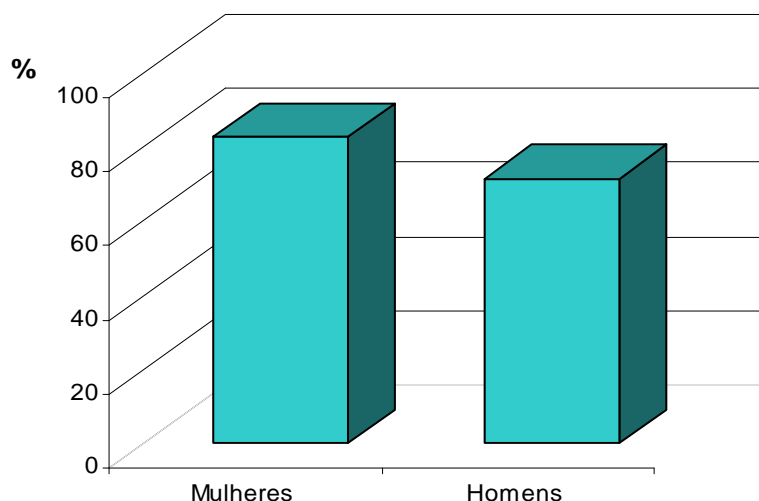
Fonte – Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade

Nenhum dos entrevistados declarou ter a saúde muito boa ou muito ruim.

Dentre os componentes do grupo em estudo, sob o aspecto clínico, não havia nenhum idoso em situação de vulnerabilidade, ou seja, aqueles que apresentam limitações em sua autonomia, necessitando de cuidados de terceiros para executar suas A.V.D⁸², além da dependência social.

Com relação à ocorrência de problemas de saúde que resultaram em necessidade, atendimento e/ou internação hospitalar, conforme representado no gráfico 9, a grande maioria, 80,5%, declarou que não teve qualquer tipo de problema de saúde no período, A proporção entre os homens, 71,4 é menor que entre as mulheres 82,5%

Gráfico 9 – Proporção de idosos por sexo que reportaram que não tiveram problema de saúde nos 30 dias anteriores a entrevista



Fonte – Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade

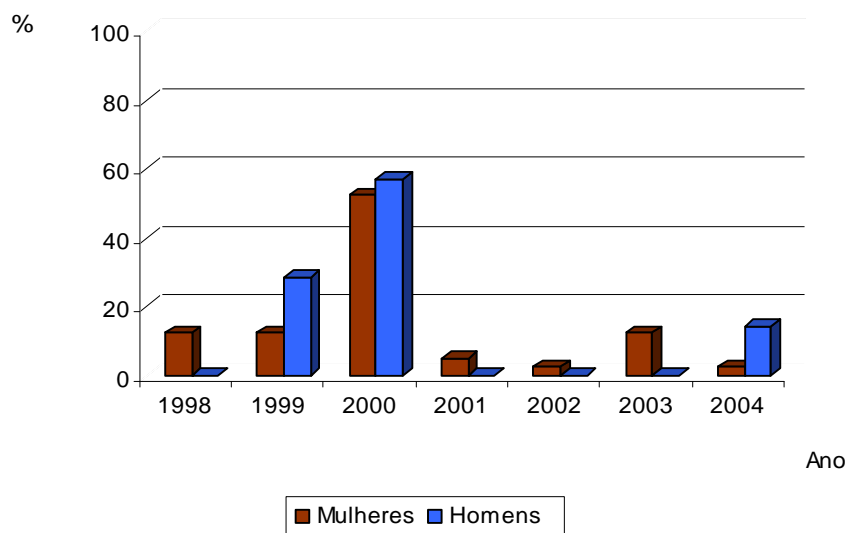
⁸²A.V.D. (atividades de vida diária) são ações simples do dia a dia, tais como, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, caminhar etc.

6.3.2.3 Aspectos relativos à participação no Grupo Feliz Idade

Os entrevistados, também, foram questionados sobre o tempo em que estavam freqüentando e como conheceram o Grupo Feliz Idade, quantas e quais atividades freqüentavam. O gráfico 10 apresenta a distribuição proporcional dos idosos pelo tempo de freqüência no Grupo. Observa-se que 12,5% das mulheres foram as pioneiras, ou seja, declaram que participavam desde o início há pelo menos seis anos⁸³. Segundo os registros disponíveis, cinco mulheres participavam desde a primeira reunião.

A maior proporção de ingressos foi registrada no ano 2000, com 52,5% das mulheres e 52,1% dos homens, o que indicou que a maioria dos entrevistados estava freqüentando o grupo há mais de quatro anos. Apenas 4,3% declararam frequentar o grupo há menos de um ano⁸⁴.

Gráfico 10 – Distribuição proporcional de idosos participantes por sexo segundo o ano de ingresso no Grupo Feliz Idade



Fonte – Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade

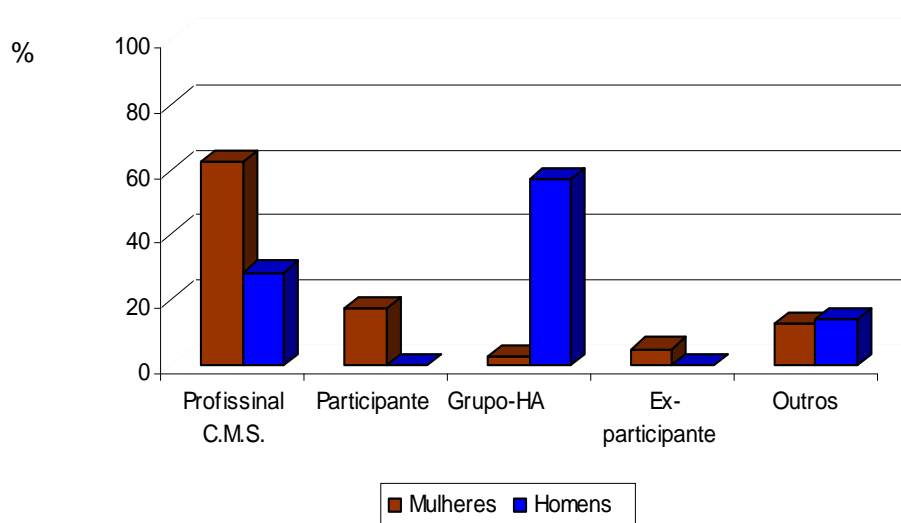
⁸³ Iniciaram os encontros ainda sob a organização da enfermeira que era a antiga coordenadora, como terapia complementar ao tratamento da hipertensão, tendo iniciado com as caminhadas no Jardim Botânico. Contudo não foi possível dispor de registros sobre esta fase

⁸⁴ Como descrito na metodologia, há uma freqüência diversificada. Alguns idosos se afastam temporariamente, contudo não perdem totalmente o vínculo e retornam posteriormente. Após encerramento das entrevistas três participantes retornaram e há quatro que embora tenham sido entrevistados estão afastados por motivos diversos. Houve também, após o período de entrevistas, ou seja, setembro de 2004, cinco novos ingressos.

Com relação à forma de acesso, foi questionado aos entrevistados como conheceram ou souberam da existência do Grupo. De acordo com o gráfico 11 57,4% informaram terem conhecido através de algum profissional do C.M.S, principalmente, aqueles ligados ao atendimento de pessoas idosas. Foram citados entre estes profissionais; médicos, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e dentista. Esse foi o modo de acesso ao grupo mais freqüentemente declarado, dentre as mulheres. Já entre os homens, 57,1% informou que inicialmente participavam do Grupo de hipertensão arterial (HA) ⁸⁵ e através deste conheceu o grupo Feliz Idade.

Uma proporção não desprezível, 17,3% do total de participantes, distribuídos entre 17,5% de mulheres e 14,3% de homens, soube da existência do Grupo por algum dos participantes. Portanto, as principais formas de divulgação da existência do Grupo foram os profissionais do CMS e os próprios participantes. Acredita-se que houve empenho de ambos os seguimentos em estimular o acesso de novos idosos ao grupo.

Gráfico 11 -Distribuição proporcional dos idosos por sexo segundo a forma de conhecimento do Grupo Feliz Idade



Fonte – Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade

Nota – HA = Hipertensão arterial; C.M.S. = Centro Municipal de Saúde

⁸⁵ O Grupo de HA está extinto e foi substituído pelo Grupo de Doenças Crônicas.

Como descrito na seção referente ao histórico do Grupo Feliz Idade, diversas atividades eram oferecidas aos freqüentadores. Além das reuniões semanais no C.M.S. eram realizadas; caminhadas, artes, biodança, produção do jornal⁸⁶, teatro⁸⁷ e outras eventuais como visitas culturais, festas, bazar e passeios. Não havia nenhuma obrigatoriedade de participação em qualquer uma das atividades de livre escolha.

A inserção nas atividades se diferenciava, na frequência, entre homens e mulheres. Dentre os homens, aproximadamente 43% freqüentavam regularmente três das atividades e entre as mulheres a maior proporção, 30%, freqüentava duas atividades. Aproximadamente 21,3%, incluindo homens e mulheres, relataram participar apenas das reuniões do Grupo. Já, 23,4% participavam de quatro ou mais atividades, de acordo com a tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição proporcional dos idosos por sexo e número de atividades freqüentadas regularmente no Grupo Feliz Idade

Número de atividades	Mulheres	Homens
1	20	14,3
2	30	14,3
3	27,5	42,9
4	7,5	14,3
5 e +	15	14,3
N	40	7

Fonte: Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade

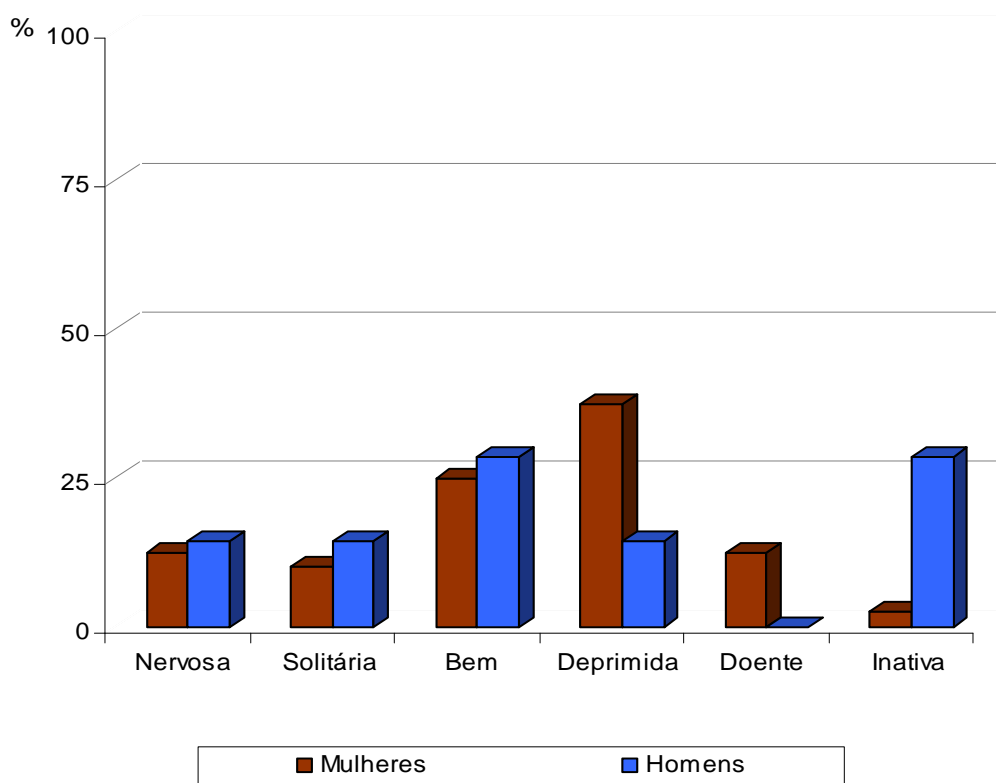
Com objetivo de inferir sobre mudanças na situação dos idosos devido à sua participação no Grupo feliz Idade, foi questionado como se sentia antes de começar

⁸⁶ O jornal, que era bimensal. Até o encerramento de 2004 era elaborado por aproximadamente oito participantes e a coordenação. A partir de 2005, a elaboração passou a ocorrer durante as reuniões de quarta feira possibilitando que todos participassem.

⁸⁷ O teatro estava desde o final de 2004 suspenso devido a incompatibilidade de horário do profissional do C.M.S. que, voluntariamente, se dispôs a desenvolver esta atividade.

a freqüentar o Grupo, se houve alguma mudança e de que tipo. Indagou-se, também, se o idoso mantinha algum contato externo com pessoas do Grupo, se freqüentava outro Grupo e em quais atividades participava em caso afirmativo. Ao serem questionados quanto à condição em que se encontravam, isto é, como se sentiam antes de começar a frequentar o Grupo, obteve-se uma gama de respostas diferentes, carregadas de emoção. No entanto, para possibilitar a análise da questão, as respostas foram agrupadas em seis categorias⁸⁸, que estão representadas no gráfico 12.

Gráfico 12-Distribuição proporcional por sexo e condição em que os idosos se encontravam ao ingressarem no Grupo



Fonte – Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade

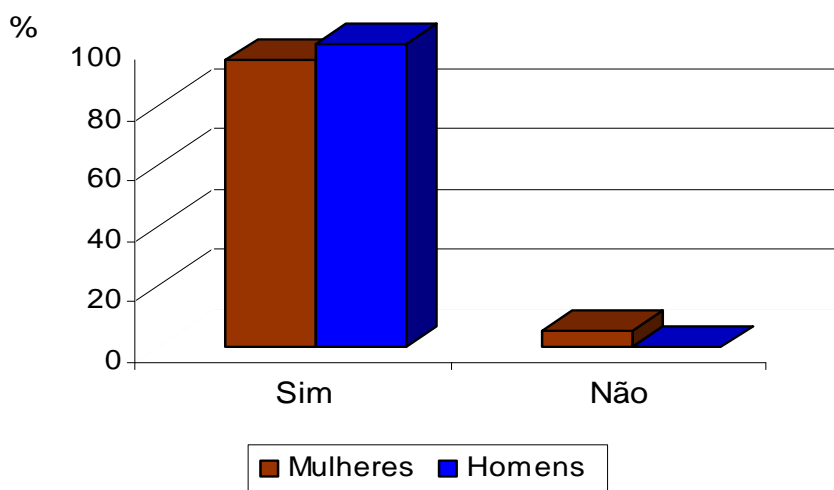
⁸⁸ Na categoria **Deprimida** ficaram todas as respostas que expressaram este estado de humor. Na categoria **Doente** ficaram as respostas relativas a algum tipo de agravo clínico, diferentemente de uma abordagem no sentido emocional ou de humor. Como **Inativos** estavam aqueles que declararam somente ficar em casa vendo televisão.

Predominou entre os participantes, 34%, aqueles que informaram estarem deprimidos, antes de ingressarem no grupo. A proporção observada entre as mulheres foi de 37,5% e entre os homens, 14,3%. Aqueles que disseram que estavam se sentindo bem totalizou 25,5%. Esta proporção é ligeiramente maior entre mulheres do que entre os homens, ou seja, 28,6% e 25% respectivamente. A proporção dos homens que informou se sentir inativos também foi de 28,6%,

Ao serem questionados se houve mudanças após ingressarem no Grupo, as respostas poderiam apontar para a existência ou não de benefícios para os idosos que participavam do grupo de convivência, o gráfico 13 mostra que a grande maioria 87,2 % declarou ter sentido mudanças, estando estas relacionadas a sua saúde, seu humor, sua relação com a vida. Entre os homens houve unanimidade, 100% deles disseram sim, que houve mudança.

Entre as mulheres, as respostas foram mais variadas, ou seja, 15% informou que não houve mudança. Porém, a grande maioria, 60% delas, informou que houve alguma mudança e 25% que a mudança foi muito grande.

Gráfico 13 - Distribuição proporcional dos idosos por sexo segundo declaração de mudanças após ingressarem no Grupo Feliz Idade



Fonte – Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade

Os depoimentos, a seguir, ilustram as mudanças apontadas pelos idosos entrevistados, estando estas mudanças relacionadas principalmente à motivação para exercer novas atividades (compromisso), ampliação dos círculos sociais (amizades) e das habilidades pessoais (aprendizado).

“...aprendi a conhecer mais gente, fiquei mais alegre. Estou menos sozinha”

“...sinto como responsabilidade. É um compromisso. Tudo é bom!”

“Era muito parada. Converso e me divirto”

“...fico mais alegre. Tenho porquê sair de casa!”

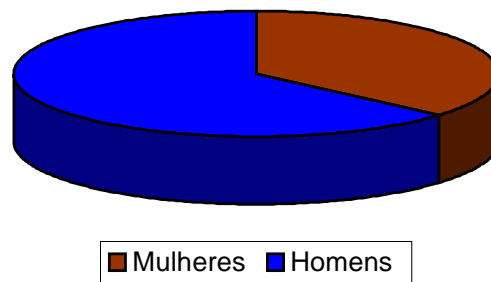
“Sim, tenho um compromisso!”

“Ficou muito melhor. Tenho amigas!”

“Sim. Aprendi muito e vendo as coisas que faço.”

Com relação aos contatos pessoais extra grupo, a ocorrência foi muito rara, ou seja, são poucos os participantes que mantinha contato com outros membros, fora das atividades rotineiras do Grupo. O que costumava acontecer, eram encontros eventuais. Apenas 32% do total de participantes, mantinham algum contato regular entre si, sendo que a proporção de homens informando positivamente foi maior do que de mulheres, de acordo com gráfico 14. Este é um aspecto importante quando se analisa a rede social, principalmente, para aqueles participantes que declararam que não tinham com quem contar em caso de adoecimento, aqueles que informaram que moravam sozinhos e para os que se sentiam solitários.

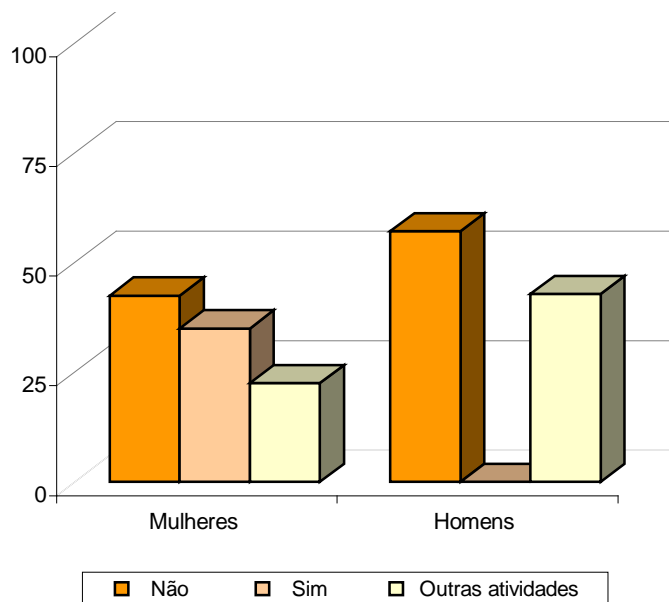
Gráfico 14 – Distribuição proporcional por sexo dos participantes que declararam manter contatos pessoais fora das atividades do Grupo



Fonte: Questionário do Estudo sobre o Grupo Feliz Idade

Com relação a outros relacionamentos pessoais ou atividades que exerciam indagou-se aos entrevistados se participavam de outro grupo de convivência para idosos. As respostas foram agrupadas em três categorias, de acordo com o gráfico 15. Aqueles que informaram que não participavam de nenhum outro grupo totalizou 44,7%, sendo 42,5% entre as mulheres e 57,1% entre os homens. A proporção dos que informaram que participavam de outro grupo foi de 30%. Nenhum dos homens informou que estava participando de outro grupo de convivência para idosos. Contudo, 42,9% deles informaram que faziam outras atividades além de freqüentar o grupo, como caminhada, ginástica, dança. Entre as mulheres 22,5% declararam que tinham outras atividades tais como, trabalho (diaristas), estudo, realização de animação em festa infantil, caminhada na praia, cuidado de netos e excursão.

Gráfico 15-Distribuição proporcional por sexo de participantes que freqüentam outro grupo ou atividade para idosos



Fonte – Questionário do Estudo sobre o Grupo feliz Idade

Foi questionado, aos que informaram participarem de outro (os) grupo (os) de convivência, quais as atividades realizadas. Pelo relato, essas não variavam muito das atividades exercidas no Grupo Feliz Idade, exceto a modalidade esportiva. Alguns informaram que participavam de outro grupo para fazerem hidroginástica ⁸⁹.

⁸⁹ Muito dos relatos sobre a participação em outros programas são relativos aos programas “da Rosinha” isto é, de ação social do governo do Estado do Rio, com recursos institucionais, tal como descrito na Seção 5.3.2. A grande diferença é que o Grupo Feliz Idade não conta com recursos institucionais, apenas com a participação dos técnicos do serviço e apoio de valiosos voluntários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecer para algumas pessoas pode ser um momento penoso e dramático, um momento de perdas. Perdas sentidas da beleza, da vitalidade, do emprego. Perdas perdidas, pela viuvez, dos amigos, pela saída dos filhos de casa. Para outras pessoas, é um momento de ganhos; de tempo, de liberdade. De cultivar novos prazeres, e saberes. Na verdade, é um momento onde todas essas coisas acontecem, depende para que lado se olha.

Olhando para o lado positivo da velhice, onde apesar da proximidade do fim, se quer viver e ser feliz, foi construído este estudo. Refletiu-se sobre o que é envelhecer e como, em geral são vistos os idosos, pelas pessoas de outras idades. Considerando o conceito de promoção da saúde, analisou-se, também, o que é envelhecimento saudável, apesar da convivência com problemas de saúde, uns mais comuns outros mais complexos, que necessitam de maiores cuidados e atenção.

Através da participação ativa e direta nas atividades do Grupo Feliz Idade, bem como, ao proceder uma pesquisa qualitativa, procurou-se conhecer a existência de ganhos na participação dos idosos neste grupo. Os dados foram analisados considerando-se as proporções entre os aspectos observados. Ressalta-se que este não é um estudo epidemiológico nem se configurou como um estudo ecológico⁹⁰ e, portanto, não foi adotado modelo estatístico, sendo o universo pequeno para tal. Objetivou conhecer o idoso que freqüenta, uniformizar as informações sobre os mesmos e, através do contato direto e da participação ativa, conhecer a percepção

⁹⁰Modalidade de estudo epidemiológico que considera informações de um grupo populacional como um todo. (Lima –Costa e Barreto, 2003)

dos sujeitos sobre a participação no Grupo e verificar a existência de possíveis distorções.

Primeiramente, considerou-se relevante a área geográfica a onde se insere a unidade de saúde na qual são desenvolvidas as atividades do Grupo Feliz Idade. Ou seja, na AP 2.1 situam-se, tanto os bairros com maior IDH da cidade, quanto um daqueles cujo índice está entre os mais baixos. Somente por este aspecto, é possível observar que é uma área de enormes contrastes sociais, sendo alguns deles demonstrados na introdução desta dissertação.

Com relação às análises feitas sobre o Grupo Feliz Idade, pode-se observar que ao longo de sua existência, ou seja, desde 1998, há 110 registros válidos. Destes, 44,5% foram considerados participantes habituais e constituíram o universo desta pesquisa, totalizando 49 casos. Houve duas recusas, portanto consistem do estudo 47 indivíduos idosos sendo 40 senhoras e 7 senhores. Dentre os indivíduos que foram entrevistados há seis senhoras que são freqüentadoras assíduas desde as duas primeiras reuniões. Sobre este aspecto, observou-se que 78,7% dos idosos participam do grupo há mais de quatro anos. Aproximadamente 21 % de idosos residem em bairros distantes ou até mesmo em outros municípios e vir à zona sul para participarem do grupo, requer bastante esforço em virtude do longo tempo de percurso. Entretanto, mesmo assim sentem-se estimulados a freqüentar o grupo habitualmente.

A pesquisa também verificou se a participação dos idosos em um grupo de convivência traz algum benefício ou efeitos à saúde, enfocando o envelhecimento saudável na perspectiva da promoção da saúde, sendo estes aspectos relativizados, em virtude do “locus” no qual esta foi desenvolvida.

Considerando-se, assim, as variáveis analisadas sob o aspecto da promoção da saúde pode-se observar que;

A participação desse contingente há mais de quatro anos pode indicar que um vínculo foi criado entre os sujeitos e a ação, conformada em um Grupo. Outro aspecto inserido na participação no Grupo é o sentimento de *pertencimento*, pelo *vínculo do reconhecimento*. Os idosos se sentem e se reconhecem como parte desse Grupo.

A grande maioria do entrevistados informou participar de pelo menos uma atividade, além das reuniões semanais do grupo. Ao se comparar com as respostas relativas à condição de como se sentiam antes de ingressar no grupo, a participação nas atividades pode indicar que se encontram experimentando o envelhecimento ativo. Considera-se também que há o desenvolvimento de habilidades pessoais, especificamente, no que diz respeito às aulas de artes onde, além das atividades estimuladoras, descobrem-se talentos, o que estimula, entre outros aspectos, a auto-estima. É possível, também, obter conhecimento para produção artesanal e com isso melhorar a condição financeira. Além disso, considerou-se, importante reconhecer que mesmo aqueles que responderam que participam apenas das reuniões do grupo, demonstram que através destas é possível ampliar seus relacionamentos sociais, encontrar com amigos, trocar de idéias e incrementar a rede social.

Um aspecto que se destaca na participação dos idosos em um grupo de convivência é a relação entre a condição de como se sentiam antes de iniciarem a participação no grupo e a afirmação de que houve mudanças. Apenas 25 % dos idosos responderam que se sentiam bem ao ingressar no grupo analisado. A grande maioria informou se sentir deprimida, solitária ou inativa. Com relação a ocorrência de mudanças, 87% afirmou que sentiu mudanças em sua vida, seu

humor ou sua saúde ao ingressar no grupo. Ao mesmo tempo, ao associar a participação no grupo, comparando-se como se sentiam antes de ingressar e como declaram estar a saúde atualmente, percebe-se, também, que há mudanças significativas, ou seja, apenas 6 % informaram que estão com a saúde ruim, enquanto 42,5% disseram estar, no momento, com a saúde boa e 50% regular. O que é bem diferente da situação de início, quando 75% disseram que não estavam bem, ou seja, sentiam-se deprimidas, solitários ou inativos.

A análise do número daqueles que informaram estar, atualmente, com a saúde ruim, que é bastante baixo, 6%, é outro dado que indica haver benefícios para os idosos que participam de um grupo de convivência. Este valor foi, também, associado à questão relativa ao programa de saúde do qual se tratam no CMS, com 90% desses fazendo tratamento para diabetes ou hipertensão arterial, além de outras queixas não registradas durante as entrevistas⁹¹. A afirmativa de que estão bem para 42,5% destes idosos, vem corroborar o conceito de que *envelhecimento saudável* está relacionado a autonomia e a capacidade de gerir sua própria vida e seus desejos e não à existência de patologias associadas à idade.

Com vistas a analisar as questões apresentadas durante a entrevista, confrontando com aspectos conceituais relacionados à promoção da saúde, verificou-se que não há contato extra grupo entre os participantes, sendo os encontros eventuais. Este aspecto merece atenção, pois, insere questões importantes, ou seja, embora declarado que o Grupo possibilita estreitar as relações pessoais e os vínculos de amizade, estas relações não ultrapassam os espaços do grupo. Não há, portanto, entre os participantes, ações relacionadas à adoção de mecanismos de ajuda mútua ou suporte mútuo, sendo este fornecido principalmente

⁹¹ Foram inúmeras afirmativas de problemas ósteoarticulares, deficiências visuais, dificuldade de mastigação entre outros, o que merece uma investigação mais detalhada, visando adequação dos serviços de saúde para atender a demandas mais especializadas.

pelos familiares. Por outro lado, não se observa, também, iniciativas relacionadas à ação comunitária ou à participação popular, o que merece um outro estudo, específico sobre esta situação, haja vista, tratar-se de moradores em sua maioria de comunidades carentes, onde diversos fatores relacionados à promoção da saúde estão comprometidos, citando-se entre eles, o ambiente desfavorável, principalmente quanto aos riscos à saúde e à vida por questões de violência local.

Durante as entrevistas foi questionado se os participantes frequentavam outro grupo de idosos. Esta questão se relacionava a novos hábitos, interesses e a possibilidade de ampliar a rede social, o que está diretamente associada ao envelhecimento ativo. Verificou-se que, além do Grupo Feliz Idade, 55% dos membros, participam de outro grupo ou mantêm outra atividade. Esta afirmativa tem, também, relação com outros aspectos já abordados anteriormente, no sentido de que, a participação em outras atividades remete a mudanças no estado de humor e na relação com a vida e conseqüentemente à sua saúde.

Uma observação importante é quanto a algumas ausências e afastamentos ocorridos após o período de entrevistas. Grande parte da situação de afastamento, atualmente, está relacionada às recentes e intensas crises envolvendo as disputas pelas lideranças dos movimentos de tráfico de drogas⁹² nas comunidades onde residem muitos dos membros do grupo, o que gera medo, insegurança, sofrimento, perdas e seqüelas nos cidadãos moradores dessas comunidades, tendo como conseqüência mudanças de endereços para outros bairros ou cidades.

O Grupo Feliz Idade é dinâmico e, conseqüentemente, algumas mudanças ocorreram após o período em que foi desenvolvido o estudo. Isto dificulta uma conclusão definitiva sobre o mesmo. Contudo, das questões que se destacaram no

⁹² Estas questões foram tema do Edital do Jornal do Grupo, na edição de Jul/set 2005.

estudo, considerou-se que a participação no Grupo trouxe benefícios para os idosos, corroborando para a estratégia do envelhecimento ativo, o qual visa evitar, entre outros aspectos, o isolamento social e suas conseqüências.

Por outro lado, considera-se importante multiplicar este estudo, com o universo da pesquisa ampliado, inclusive com idosos dependentes e em outros cenários, para possibilitar a elaboração de um modelo estatístico, que confirme a hipótese dos benefícios para os sujeitos.

No âmbito das Secretarias Municipal de Saúde e da Terceira Idade, encontra-se o desafio de estruturar um sistema de informações sobre programas e projetos de promoção da saúde do idoso, através da construção de um banco de dados local, que contenha um perfil dos centros e grupos de convivências existentes. Este poderá tornar acessíveis dados sobre o formato, objetivos, cobertura, referencial teórico, métodos, recursos, parceiros, avaliações de serviços e demandas que efetivamente possam ser atendidas etc. Além disso, possibilitará contribuir para o desenvolvimento de outras pesquisas sobre o envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRHIHENUWA, C.O. Health Promotion and the Discourse on Culture: Implications for Empowerment. In: **Health Education Quarterly** (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part II). v.21, n.3, p.345-354, 1994.

ALMEIDA, M.I.; SILVA, M.J.; ARAÚJO, M.F.M. Grupo Vida: adaptação bem sucedida e envelhecimento feliz. **Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**. Teresina, v.1, n.2, p.155-162, 1998.

AMENDOREIRA, M.C.R. **Avaliação da satisfação com serviços psicogerítricos: um estudo sobre idosos com deficiência cognitiva em serviço aberto e fechado**. 178 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Instituto de Psiquiatria/UFRJ. Rio de Janeiro, 2000.

ANDERSON, M.I.P. et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos sobre envelhecimento**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.23-43, 1998. <<http://www.unati.uerj.br/tse/index.php>> Acesso em 23/08/2005

ARAÚJO, L.F. Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupos de convivência. **Textos sobre envelhecimento**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p.57-68, 2004 <<http://www.unati.uerj.br/tse/index.php>> Acesso em 26/08/2005.

ASSIS, M. (org.). **Promoção da Saúde e envelhecimento. Orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos**. Rio de Janeiro: CRDE/UNATI/UERJ,2002.Disponível em <[http://www.unati.uerj.br/publicações/textos eletronicos/promocao.zip](http://www.unati.uerj.br/publicações/textos_eletronicos/promocao.zip)> Acesso em 15/07/2004.

_____. **Promoção da Saúde e Envelhecimento: Avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UNATI/UERJ**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/FUICRUZ. Rio de Janeiro, 2004.

ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro: v.9, n.3, p.557-581, set. 2004.

ASSIS, M. PACHECO, L.; MENEZEZ, I. Repercussões de uma Experiência de Promoção da Saúde no Envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. **Textos sobre Envelhecimento**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p.53-73, 2002. Disponível em < <http://www.unati.uerj.br/tse/index.php>> Acesso em 15/07/2004

BARDIM, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 225p.

BELTRÃO, K.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Texto para discussão 1034. IPEA, Rio de Janeiro. 2004

BRAGHIROLI, E. M.; PEREIRA, S. & RIZZON, L. A.; 1999. **Temas de Psicologia Social**. 3 ed. Petrópolis. Ed. Vozes, 1999.

BRASIL. **Portaria nº 687, de 31 de março de 2006**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-687.htm>> Acesso em 24 jun. 2006.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 23 de fevereiro de 2006**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em 24 jun. 2006.

BRASIL. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao.nsf>>. Acesso em 13 out. 2004.

BRASIL. **Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao.nsf>>. Acesso em 13/10/ 2004.

BRASIL. **Decreto nº 4.287, de 27 de junho de 2002. cria o Conselho Nacional do Idoso – CNI**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao.nsf>>. Acesso em 13/10/2004

BRASIL. **Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004. cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/legislacao.nsf>>. Acesso em 13/10/2004.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao.nsf>>. Acesso em 13/10/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS – Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília, p. 9, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003.** 1.ed., 6.reed., Brasília, 2005, 70p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. **Portaria MS/GM n.º 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso.** Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao/nf/>>. Acesso em 13/10/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde/Indicadores de saúde/Cadernos de informações de saúde/SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE.** Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em 24/02/2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/conf/tratados>>. Acesso em 29/07/2004.

BERELSON B. **Content Analysis in Communication research.** Glencoe III. The Peel Press. 1952

BRICE, G.C.; GOREY, K.M.; ANGELINO, R.M.H.S. The STAYWELL Program – maximizing elders' capacity for independent living through health promotion and disease prevention activities. A quasi-experimental evaluation of its efficacy. **Research on Aging.** Durham: v. 18, n. 2, p. 202-215, 1996.

BUENO, I. **Novo dicionário escolar.** 3.ed. Rio de Janeiro: FENAME, 1971.

BUSS, P.M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Edit. FIOCRUZ, p.15:38, 2003.

CABRAL, A. **Dicionário de Psicologia e psicanálise** Rio de Janeiro, Ed. Expressão e Cultura, 1971.

CACHIONI, M. Currículo básico e capacitação de profissionais para as UNATI's. In: **Quem educa os Idosos? Um estudo sobre professores das Universidades da Terceira Idade.** Campinas, Ed.Alínea e Átomo 2003.

CAETANO, M.M. **Dicas de Nutrição para pacientes com Alzheimer.** São Paulo: Laboratório Wyeth, 2003 (Série Convivendo Alzheimer).

CAMARA, V. **Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia PIGG/UFF.** Disponível em: <posgeriatria@vm.uff.br>. Por correio eletrônico em 20/11/2005.

CAMARANO A.A. (org.). Muito além dos 60. **Os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

_____. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. **Texto para Discussão**. Rio de Janeiro: IPEA, n.830, out. 2001.

_____. CAMARANO A.A. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO A.A. et al. **Idosos Brasileiros. Indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos/Presidência da República, 2005.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. Envelhecimento: condições de vida e política previdenciária. Como ficam as mulheres? In: XIII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 2002, Ouro Preto. **Anais...** Ouro Preto, 2002, v.1. Disponível em < <http://abep.org.br//usuario/gerencianavegacao.php>> Acesso em 17/04/2005

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE – CEDAPS. **Texto de referência**. Disponível em: <[http://www.cedaps.org.br/acervo/textos de referencia.php](http://www.cedaps.org.br/acervo/textos_de_referencia.php)> Acesso em 19/04/2004

CUNHA, M.L.P. **Dificuldades da População Idosa nas atividades da Vida Diária: uma análise comparativa**. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas ENCE/IBGE, 2004.

DACHS N.W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PAND/1998. In: **Ciência e Saúde Coletiva**., v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.

DENVER, A .G.E. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: PROAHSA. 1988

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Ed.USP, 1999.

ELIAS N. **La sociedad de los moribundos**. 2ª ed. México. Fondo de cultura Económica, 1989.

DOMINGOS, A.; MENEZEZ, I. **Sobre o apoio social em um Centro de convivência. A percepção dos idosos.** Disponível em: <www.gerontologia.org>. Acesso em 6/10/2005.

FEATHERMAN, D.L.; SMITH; PETERSON. Successful aging in a post-retires society. In: BATES, P.B. **Successful aging: Perspective from the behavioral sciences.** Cambridge: Cambridge University Press. 1991

FILLENBAUM, G.G. **The Well-Being of the elderly: Approaches to multidimensional assessment.** Geneve. WHO, 1984, 99p.

FLEK M.P.A, CHACHAMOVICH E., TRENTINI, C. Projeto WHOQOL – OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil . **Revista de Saúde Pública.** São Paulo: v.37,n.6, p.793-799, 2003

FLEK M.P.A, O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas, (artigo) **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: v.5 n.1, p. 33-38, 2000

FOX, P.J.; BREUER, W.; WRIGHT, J.A. Effects of a health promotion program on sustaining health behavior in olders adults. **Am J Prev Med.** v. 13, n. 4, p. 257-264, 1997.

FNUAP. (Fundo das Nações Unidas para População). **A situação da população mundial: As novas gerações,** Nova Impressora Gráfica Ltda, setembro 1998.

HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ p 19-28, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.** Rio de Janeiro, 1998.

_____. **Amostra do Censo Demográfico – 2000.** Rio de Janeiro. 2001.

_____. **Censo Demográfico - 2000.** Rio de Janeiro. 2002.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS – IPP. Secretaria Municipal de Urbanismo – SMU. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro – PCRJ. **Banco de dados: Armazém de**

dados.Disponível em <<http://armazemdedados.rio.rj.gov.br/index.htm>>. Acesso em 09/08/2005.

KANE, R.A.; KANE, R.L. **Assessing the elderly. A practical guide to measurement.** Toronto: The Rand Corporation. Lexington Books, D.C. Health and Company Lexington, 1981, 67p.

KILSZTAJN S et al. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. In: XIII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 2002, Ouro Preto. **Anais...**, Ouro Preto: ABEP, v. 1, <http://abep.org.br//usuario/gerencianavegacao.php>>. Acesso em 18/01/2005

LAKS J. & MARINHO W., “O ambulatório de psiquiatria geriátrica no Instituto de Psiquiatria da UFRJ : objetivos, casuística e características do atendimento” **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.46, n.10, p.543-546, 1997

LALONDE, M. **El concepto de “Campo de la Salud”: Una perspectiva canadiense.** In: Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Promoción de la Salud: una antología. Washington: OPAS, 1996.. Disponível em <<http://www.ingentaconnect.com/content/paho/pah557s/1996/00000557/00000001/art00002>>. Acesso em 27/48/2004

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community.** New York: McGraw-Hill, Inc. 1965.

LEIBING A e LAKS J. “Os novos velhos: atendimento, pesquisa e hospital-dia em psicogeriatría no IPUB/UFRJ” , in:IPUB. **Cadernos do IPUB 60 anos 1938-1998.** Rio de Janeiro, 1998

LIMA-COSTA, M.F. **A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional.** Rio de Janeiro, Belo Horizonte: NESPE/FIOCRUZ/UFMG, 2004.

LIMA-COSTA M.F. et al. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. **Revista de Saúde Pública.**São Paulo. v. 34, n. 2, p.126-135, 2000.

LIMA-COSTA, M.F. et al. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um

estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.735-743, 2003.

LIMA-COSTA, M.F., BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, v. 19, n. 3, p.700-701, 2003.

LLOYD-SHERLOCK, P. **Ageing, development and social protection: a research agenda**. UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, 2002.

MECLER, K., CARDOSO L.S. E ALMEIDA, R.S.P.C. – Estudos qualitativos em saúde mental: uma introdução. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, n. 5, p. 285-290, 1996.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.239-262, 1993.

MINKLER, M. Social Support and Health of the Elderly. In: **Social Support and Health**. (S. Cohen & S. L. Syme, org.) London: Academic Press. 1985

MYERS, J. Personal Empowerment. In: The possibilities of empowerment (D.THURZS, org.). **Journal of the International Federation on Ageing**. v. 20, n. 1, p.3-8. 1993

MITHIDIARI, O.B. **Breve histórico da UNATI UniFOA**. Disponível em: <extensao@foa.org.br>. Por correio eletrônico em 23/11/2005.

NERI, A.L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. São Paulo: Papyrus, 1993.

_____. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2001.

NÉRI, A.L.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação. In: NÉRI, A.L.; DEBERT, G.G. (orgs.). **Velhice e Sociedade**. São Paulo: Papyrus, p.113-140, 1999.

NICOLA, I.P. Formação de recursos humanos para uma ação educativa gerontológica. **Gerontologia**. v. 7, n. 4, p. 178-191, 1999.

NOVAES, R.L.N. **Os asilos de idosos no estado do Rio de Janeiro. Repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos.** Dissertação (Mestrado).Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 2003. 134p.

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

PALOSI M. S. Velho e Velhice: realidade virtual? In: **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia.** Rio de Janeiro, CBSSIS/ANG-RIO cap. 7, 2000

PALMA, L.T.S. Universidades da terceira idade, do pioneirismo de Vellas às experiências internacionais e brasileiras. In: **Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem-sucedida.** Passo Fundo. Ed.UFP, 2000.

PARAHYBA, M.I.; MELZER, D. Profile of Disability in Older People in Brazil: results of the PNAD survey. In: XIII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP. 2002, Ouro Preto. **Anais...**, Ouro Preto, 2002, v. 1. Disponível em <<http://abep.org.Br/usuario/gerencianavegacao.php>> Acesso em 19/09/05.

PAZ, S.F. Espelho, espelho meu! Ou as imagens que povoam o imaginário social da velhice o idoso. in: PAZ, S.F. **Envelhecer com Cidadania: quem sabe um dia** CBSSIS/ANG-RIO. cap. 2 2000 RJ

PAZ, S.F. Movimentos Sociais: participação dos idosos. in Py L.: **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**, Rio de Janeiro. Ed. Nau 2004

PELÁEZ, M.; PALLONI, A.; FERRER, M. Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe. In: **Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad**, 1. Trabajos apresentados CELADE, p. 171-194, 2000.

PNUD/ BR – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em <<http://www.pnud.org.br>> Acesso em 14/11/2005.

PORTELA, M. R. Cuidar para um envelhecer saudável. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 52, n. 3, p. 355-364, 1999.

PY, L. **Finitude: uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia.** Rio de Janeiro: Nau, 1999

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, jun. 2003.

ROOTMAN, I. et. al. The settings approach to health promotion. In: ROOTMAN, I. (Eds.) **Settings for health promotion - linking theory and practice**. London: Sage, 2000.

ROSA, T.E. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

ROUQUAYROL, M.Z., GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, M.Z., FILHO, N.A. **Epidemiologia e saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Ed. MEDSI. 1999, 600p.

ROWE; KAHN. **Successful Ageing**. New York: Pantheon Books, 1998.

RUFFING-RAHAL, M.A. An ecological of group well-being: implications for health promotion with older women. **Health Care for Women International**. n. 14, p. 447-456, 1993.

SCHWEITZER, S., ATCHISON, K., LUBBEN, J. Health promotion and disease prevention for older adults: opportunity for change or preaching to the converted? **Am. J. Prev. Med**, v. 10, n. 4, p. 223-229, 1994.

SESC/SP. **O século da terceira idade**. São Paulo: Serviço Social do Comércio, 2003.

SEMINÉRIO, F.,. Existência e Finitude. In: L. PY, (org.) **Finitude: uma proposta para a reflexão e prática em gerontologia**. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 1999.

SHERMAN E. Social reconstruction variables and the morale of the aged. **Int. J. Aging Hum. Dev**, v. 20, n.2, p.133-44, 1984.

SIGERIST, H. The Social Sciences in the Medical School. In: **The university at the crossroad. (H. Sigerist)**. New York: Henry Schumann Publisher. 1946

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. Tradução: Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997

SOUZA L.; GALANTE H.; FIGUEIREDO D. Qualidade de vida e bem estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v. 37, n. 3, p. 364-371, 2003.

SUTHERLAND W.; FULTON, M.J. **Health promotion in Health Care in Canada**. Ottawa: CPHA, 1992.

TEIXEIRA, M.B. **Empoderamento de idosos em grupo voltado à promoção da saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz. 2002

TEIXEIRA, M., LEÃO, S. Empoderamento como estratégia de Promoção da Saúde no campo do Envelhecimento. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, artigos**, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/artigos>>. Acesso em 16/04/2004.

TERRIS, M. **Conceptos sobre Promoción de la Salud - dualidades en la Teoría de la Salud Pública**. In: Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Promoción de la Salud: una antología. Washington: OPAS, 1996. Disponível em <<http://www.ingentaconnect.com/content/paho/pah557s/1996/00000557/00000001/art00006>>. Acesso em 27/48/2004

Washington: OPAS/OMS, 1992.

THURZS, D. The case of empowerment. In: D. Thurs (org) The possibilities of empowerment. **Journal of the International Federation on Ageing**. v. 20, n.1, p. 1-2, 1993.

UCHOA E.; ROZEMBERG B.; PORTO, M.F. Entre a fragmentação e a Integração: Saúde e Qualidade de Vida de Grupos Populacionais Específicos. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v. 11, n. 3, p.115-128, 2002.

UNITED NATIONS. **Vienna International plan of action on ageing**, 1982. Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ageipaa.htm> . Acesso em: Acesso em 15/07/2/2004.

_____ **Report of an Expert Consultative Meeting held in Vienna International Centre**. 1-3 February 1999. Disponível em www.un.org/esa/socdev/ageing. Acesso em 15/07/2/2004.

_____ **International Strategy for Action on Ageing** - Commission for Social Development acting as the preparatory committee for the Second World Assembly on Ageing Resumed first session New York, 10-14 December 2001. Disponível em www.un.org/esa/socdev/ageing. Acesso em 15/07/2004.

_____ **Madrid International plan of action on ageing**. 2002. Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/a-conf-197-9b.htm>. Acesso em 15/07/2004.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, suplemento 2, p.7, 1999.

_____. Educação Popular e Saúde diante das formas alternativas de se lidar com a saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Revista do Nates/UFJF, Juiz de Fora, v. 3, n. 5, p. 46-53, 2000.

VASCONCELOS A. M. N. . Causas Múltiplas de Morte: uma análise de padrões de mortalidade entre idosos In: XIII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP. 2002, Ouro Preto. **Anais...**, Ouro Preto, 2002, v. 1. Disponível em <<http://abep.org.Br/usuario/gerencianavegacao.php>> Acesso em 19/09/05.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.705-715, jun. 2003.

WALLERSTEIN, N. & BERNSTEIN, E., "Introduction to Community Empowerment, Participation, Education, and Health". In: **Health Education Quarterly: Special Issue Community Empowerment, Participatory Education, and Health** - Part I. v. 21, n.2, p. 141-170, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active ageing: a policy framework**. Disponível em:<<http://www.who.int/hpr/aging>>. Acesso em 15/07/2004.

WINSLOW, C.E.A. The untilled fields of public health. **Science**, n.51, p.23, 1920

ZIMERMAN, D; OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas. 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Definição de terminologias utilizados em abordagens gerontológicas

Política Nacional de Saúde do Idoso na seção 6: Terminologias

Atividades de vida diária (AVDs): termo utilizado para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, que compreende aspectos pessoais como : banho, vestimenta, higiene e alimentação, e aspectos instrumentais como: realização de compras e cuidados com finanças.

Autonomia: é o exercício da autodeterminação; indivíduo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida.

Capacidade funcional: capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; a avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Centro-dia: ambiente destinado ao idoso, que tem como característica básica o incentivo à socialização e o desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde .

Deficiência: expressão de um processo patológico, na forma de uma alteração de função de sistemas, órgãos e membros do corpo, que podem ou não gerar uma incapacidade.

Demência: conceitua-se demência como uma síndrome progressiva e irreversível, composta de múltiplas perdas cognitivas adquiridas, que ocorrem na ausência de um estado de confusão mental aguda (ou seja, de uma desorganização súbita do pensamento). As funções cognitivas que podem ser afetadas pela demência incluem a memória, a orientação, a linguagem, a práxis, a agnosia, as construções, a prosódia e o controle executivo.

Dependência: é a condição que requer o auxílio de pessoas para a realização de atividades do dia a dia

Envelhecimento saudável: é o processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida.

Gerontologia: área do conhecimento científico voltado para o estudo do envelhecimento em sua perspectiva mais ampla, em que são levados em conta não somente os aspectos clínicos e biológicos, mas também as condições psicológicas, sociais, econômicas e históricas.

Habilidade física: refere-se à aptidão ou capacidade para realizar algo que exija uma resposta motora, tal como caminhar, fazer um trabalho manual, entre outros.

Incapacidade: quantificação da deficiência; refere-se à falta de capacidade para realizar determinada função na extensão, amplitude e intensidade consideradas normais; em gerontologia, diz respeito à incapacidade funcional, isto é, à perda da capacidade de realizar pelo menos um ou mais de um ato de vida diária.

APÊNDICE 2

Princípios e Diretrizes da Lei 8.842 - parte

Art. 3º: § a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida;

§ “o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação de todos”,

Art.4º: § I - *Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações,*

§ VI - *Implementação de sistema de informações que permita a divulgação de informações de caráter educativo*

§ VII - *estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;*

§ IX- *apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento;*

Art. 10º: § II – b) *prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;*

§ II – g) *realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação;*

§ II – h) *criar serviços alternativos de saúde para o idoso.*

APÊNDICE 3

Categorias das variáveis analisadas na pesquisa

1-Bairros: da área da VI RA, fora dessa área e outros municípios.

2- Anos de estudos: adaptado da estratificação do IBGE para o censo 2000.

3- Ocupação: as atividades remuneradas⁹³ foram agrupadas pela semelhança na ocupação. As categorias são:

- A.S.G. – todos as repostas contendo serviços gerais por firma própria ou terceirizada, ou seja: limpeza, manutenção, jardinagem.

- Doméstica - serviço doméstico com remuneração mensal

- Diarista: inclui faxineira e passadeira

- Cozinheira: inclui cozinheira / cozinheiro, doceira, merendeira.

- Governanta: inclui copeira e governanta

- Porteiro: porteiro ou agente de portaria

- Outros: taxista, técnico em eletrônica, pescador, auxiliar de enfermagem (com apenas um registro de cada).

4- Aposentado: são aqueles que tendo declarado ter uma ocupação/profissão se estão atualmente aposentados.

5- Renda: verificou-se a fonte de renda daqueles que declararam possuir alguma renda:

- INSS – aqueles que recebem benefício de aposentadoria apenas deste Instituto previdenciário.

- Instituto: aqueles que declararam receber benefício de outros institutos: preferiu (previdência do município do RJ), serviço público federal, IASERJ (previdência estadual).

- Pensão: renda dos viúvos

- Salário: ainda há participante que não se aposentou.

- Outros: aluguel etc.

- Provedor: aqueles participantes que declararam não ter renda própria, recebendo auxílio de um provedor (em geral marido ou filho).

6- Recursos financeiros: a faixa de valor deste recurso considerando o valor o salário mínimo em novembro de 2004, ou seja, R\$ 260, 00, quando foram feitas as análises. Foram agrupados com base nos extratos do IBGE no Censo 2000.

7- Situação Conjugal:

- Casado: (casado ou casada oficial ou consensualmente)

- Separada: (legal ou consensualmente)

⁹³ Houve 5 registros de ocupação **do lar** não entrando neste conjunto de categorias pois foram considerados sem remuneração.

- Viúvo: (viúva)
- Solteiro: (solteira)

8- Parceiro: (aqueles que tem ou não parceiro ou parceira)
esposo/esposa, companheiro/companheira, namorado/namorada.

9- Mora com: informou com quem o entrevistado (a) reside.

- Sozinho
- Marido/companheiro: (esposa/companheira)
- Marido/companheiro + filho (a)
- Viúvo (a), separado (a), solteira morando com filho (a) e neto (a).

10- Auto-avaliação de saúde: muito boa, boa, razoável, ruim e muito ruim.

11- Suporte: Esta variável trata do *Suporte social*, ou seja, a rede de auxílio que o participante possui em caso de necessidade. Considerou-se as seguintes categorias:

- Família: (esposo (a) e/ou filho (a) e/ou neto)
- Parente: (irmão (a), sobrinho (a) ou primo (a)).
- Outros: (namorado (a), cuidador (a)).
- Amigo (a)
- Ninguém

12- Conheceu: verificou-se a forma de acesso ao grupo do participante. Foi assim agrupado:

- Amigo (a) do Grupo
- Amigo (a) ex-membro (foi participante, mas por algum motivo não participa mais):
 - Profissional do C.M.S: (psicóloga, médico (a), nutricionista, enfermeira), (auxiliar de enfermagem)
 - Grupo HA: (grupo do programa de hipertensão arterial)
 - Outros: (consulta coletiva, paciente do CMS, voluntária no CMS), funcionário do CMS, viu o grupo na rua.

13- Como sentia: as respostas foram transcritas e compõe o Anexo 7 deste trabalho, porém para possibilitar a análise foram assim categorizadas:

- Bem: (aqueles que se declararam estar bem, sem nenhum problema)-.
- Deprimida: (angustiada depressiva, nervosa, sozinha).
- Inativa: (desocupado, sem atividade, desanimado).
- Doente: (aquele que correlacionou a questões às condição de saúde)
- Bem: (mas sozinha)

ANEXO 1

JORNAL DA FELIZ IDADE

C.M.S. VIRA - GÁVEA

ANO I N. 1 AGOSTO/SETEMBRO 2000

Nós do grupo Feliz Idade estamos de parabéns com o lançamento do primeiro número do nosso jornal. Esta é uma conquista do nosso grupo, que vem se desenvolvendo com muita alegria, muita animação, muitas trocas de idéias, experiências e afetividade. O nosso grupo existe desde 1997. Desde então vem crescendo, tanto em número de participantes (atualmente cerca de 40), quanto em atividades desenvolvidas (discussão de temas de interesse geral, passeios, visitas culturais, comemoração de datas festivas, artesanato, atividade física, etc). Estamos muito felizes e orgulhosos em pertencer ao grupo Feliz Idade.

INFORMES GERAIS:

Lamentamos a saída das nossas queridas nutricionistas Sheila e Suzete. Desejamos a elas muita sorte no novo trabalho. Aproveitamos para dar as boas vindas a nutricionista Ana Paula.

Datas Comemorativas

13/08: Dia dos Pais
27/08: Dia do Psicólogo
29/08: Dia Nacional de Combate ao Fumo
31/08: Dia do Nutricionista
07/09: Dia da Independência do Brasil
21/09: Dia da Árvore
27/09: Dia de S. Cosme e S. Damião
30/09: Dia da Secretária

Aniversariantes

Agosto	Setembro
Flory (5)	Geralda (9)
Alcina (18)	Wanda (17)
Alice (18)	Layre (21)
Albertina (24)	Artemísia(25)
Fany(29)	Celina(27)

Dicas

Melhor Saúde

Geriatras e especialistas em medicina esportiva são categóricos em afirmar que atividades físicas só têm a contribuir à qualidade de vida dos idosos. Mas alertam: antes de encarar um novo estilo de vida, os sedentários devem se submeter a avaliações clínica e cardiológica.

"Exercícios regulares melhoram a capacidade funcional do idoso. Até uma simples caminhada mostra resultados na prevenção da artrose, por exemplo. Mas o acompanhamento médico para quem começa

se exercitar tarde é indispensável", explica a geriatra Vilma Câmara, que costuma recomendar caminhada aos iniciantes. "Há atividades para todos os gostos. Dependendo da capacidade física do paciente, indicamos natação e musculação moderada."

O nosso grupo está firme nas caminhadas; no último dia 31/08/2000 caminhamos na Lagoa. Foi uma experiência muito agradável e divertida e a Artemísia com seu carinho e bom humor orientou os exercícios.

Anote

A queda de cabelo pode ser causada por vários motivos. Confira alguns:

- Baixa imunológica, quando as defesas do organismo diminuem. Isso pode ser provocado por infecções ou estresse.
- Alimentação pobre em vitaminas e minerais essenciais (como o zinco).
- Excesso de oleosidade.

OPÁLIA

CULINÁRIA

Para reduzir o colesterol do sangue devemos:

- ♦ Largar o sedentarismo, ou seja, mexer o corpo com atividades físicas como, caminhadas diárias.
- ♦ Incluir no cardápio:- cereais, frutas, peixes, legumes e vegetais, deixando a carne de boi como complemento.

- leite e derivados na forma de desnatado.

azeite de oliva, abacate, castanhas, amêndoas, nozes, azeitona, óleo de canola, mas cuidado com o peso.

- ♦ Evitar: - frutos do mar

- gema de ovo, pois é rica em colesterol.

- Gorduras saturadas: as de origem animal, o azeite de dendê, a gordura de coco e o óleo de palma.

- Queijos amarelos.

- Produtos moídos e congelados. Em geral eles tem grande quantidade de gordura e pele.

Lembre-se:

Se comer carne vermelha, escolha a mais magra, e nunca a capa de gordura da picanha, o cupim, a pele de frango ou carne de pato. E não pague o pato: essa é a ave mais gordurosa que existe. Vá de peixe.

Receitas

O frio está por aí e que tã! aproveitar a boa safra de verduras e legumes e preparar aquela sopinha esperta para esquentar as noites frias.

Creme de Abóbora. Ingredientes: 3 pedaços de abóbora (120 g), 2 xícaras de cafezinho de leite desnatado, 1 colher de café de maizena, sal e pimenta a gosto. Modo de fazer: cozinhar com pouca água a abóbora, passar no liquidificador, levar ao fogo com o leite, sal e pimenta, aí engrossar com a maizena diluída com pouca água. Antes de servir juntar coentro, salsinha ou cheiro verde.

Caldo Verde. Ingredientes: 1 batata inglesa média, 1 colher de chá de óleo vegetal, 1 colher de sopa de cebola picada, 3 folhas de couve, 1/3 de salsicha de frango. Modo de Fazer: cozinhar a batata com água, óleo, sal e cebola. Passar no liquidificador, levar ao fogo junto com a salsicha, ferver só para dar gosto. Juntar a couve cortada fininho e deixar ficar macia. Se preciso, coloque mais água. Só colocar a couve para cozinhar pouco antes de servir.

ANA PAULA, KÁTIA, NEVES E FLÁVIA

ARTESANATO

Foi um sucesso a atividade de pintura em pano de prato no último dia 23/08. O grupo produziu lindas peças

Aí vai a lista do material com o preço médio:

- Tinta para tecido Acrilex (RS0,90)
- Stencil (molde) Acrilex (RS3,50)
- Pincéis Tigre série 835, números:00;0 e 2(RS2,00)

O material é encontrado em papelarias e lojas de artesanato

MARIA CASSIANO E MARIA RIBEIRO

CLASSIFICADOS

- ❖ Passo roupa muito bem. Tratar com Neves pelo fone 274-6495.
- ❖ *Doméstica para todo Serviço - Babysitter. Tratar com Celina I pelo fone 512-4603.*
- ❖ Diarista para todo Serviço. Tratar com Flávia pelo fone 274-6495 à tarde.
- ❖ *Salgadinhos para Festas. Tratar com Celina III. fone 9702-0834.*
- ❖ Vendo Máquina de Escrever Olivetti Elétrica Nova. Preço R\$ 100,00. Tratar com Odália pelo fone 422-1755.
- ❖ *Vendo Caixas de Som Sony Grandes. Tratar com Celina I. tel. 512-4603.*
- ❖ Acompanhante para Pessoa Idosa. Tratar com Celina I, fone 512-4603.

→ Anúncios para esta coluna favor contatar Wanda, tel. 259-6686.

WANDA

PRÓXIMAS ATIVIDADES

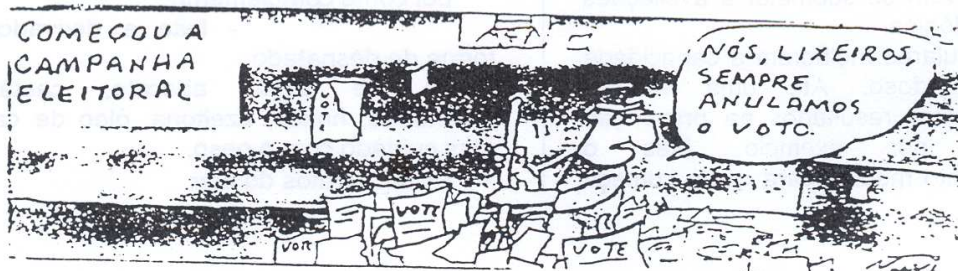
20/09 - 9:00h → Reunião do grupo no CMS. Celina II nos ensinará a confeccionar o cartão do balãozinho.

25/09 - 8:00h → Jardim Botânico

FANY

HUMOR

Você já escolheu seu candidato?



JORNAL DA FELIZ IDADE

CMS VI RA – GAVEA

ANO VI – NI – JAN/FEV/MAR 2005

EDITORIAL :

O nosso grupo vem se beneficiando muito com os passeios que realizamos, é muito bom, nos divertimos, trazem alegria, conhecimentos, é uma higiene mental, proporcionando união ao grupo. Muitas vezes também traz recordações de nossas origens quando visitamos lugares que nos lembram a nossa infância.

As nossas lembranças mais fortes são Fazenda Ponte Alta, Fonte de água mineral de São Lourenço, Passeio de Barco pela Baía de Guanabara, Ilha de Paquetá, churrasco na casa da Bene, Fortaleza de Santa Cruz, Teresópolis com lanche na casa da Fany, Teatro Municipal, evento noturno na Ilha das Cobras, Museu de Pedras Preciosas Amsterdam-Sauer, Quinta da Boa Vista com o museu, Pão de Açúcar, Baile no Canecão e Corcovado entre outros.

INFORMES GERAIS :

- O passeio a exposição do acervo Geral de Roberto Marinho, no Paco Imperial deixou o grupo dividido, uns gostaram, outros não.
- O conjunto habitacional da Cruzada São Sebastião, idealizado por D Helder Câmara, está completando 50 anos. Parabéns a todos os moradores.
- A nossa companheira Eliza ja esta entre nos 'novinha em folha' depois da cirurgia cardíaca a qual foi submetida.
- Lamentamos informar que a nossa querida companheira Marina fraturou o tornozelo, esperamos

que se recupere logo para voltar ao nosso convívio.

- Nossos sentimentos a Maria santos, e a Zina pelo falecimento de seus irmãos e irmã.
- Layre está toda prosa com a formatura de sua filha Lidia em Pedagogia. Parabéns e sucesso na carreira.
- Maria do Carmo mudou-se e está muito feliz! Seu novo endereço é: Estrada do Gabinal n 1130, Gabina 2, Bloco 1. Telefone 3342-2334.
- Parabéns a nossa querida Maria Ribeiro pelo casamento de seu neto Anderson em São Paulo.
- Dr Alfredo informa : avaliação bucal nos dias 19/04/05 e 26/04/05. Inscrevam-se com as coordenadoras.

ANIVERSARIANTES :

JANEIRO	FEVEREI RO	MARÇO
10 – Nicanor	2 – Joaquim	1 – Maria Valetim
18 – Marlene	16 – Maria Olinda	10 – Maria de Lourdes II
24 – Anna Margarida	19 – Natalina	12 – Maria de Lourdes
25 – Paulo	25 - Rita	21 – Marilene
28 - Flavia		29 - Marina

DATAS COMEMORATIVAS :

JANEIRO

- 1 – Confraternização universal
- 6 – Reis
- 20 – São Sebastião

FEVEREIRO

- 8 – Carnaval
- 9 – Cinzas

MARÇO

- 25 – Paixão
- 27 – Páscoa

Classificados

- Analista de sistemas – Marcos Antônio – tel 2445-5767
- Vende-se bolsas de tecido – Ieda - tel 2422-5002
- Diarista para todo o serviço – Kátia – tel 3322-4294 (recado com Eda)

HUMOR:

Filosofia do irmão da estrada

- Marido de mulher feia não gosta de feriado.
- 1º de abril. Dia nacional do político brasileiro.
- O dinheiro não é tudo na vida. E, geralmente, nem o suficiente.
- Casamento é uma soma de afetos, uma subtração de liberdades, uma multiplicação de problemas e uma divisão de bens.
- Reduzido na mão, turbinado no pé e louco por muié.
- Antes eu sonhava, hoje não durmo mais.
- Mulher é coisa medonha, faz o rico ficar pobre e o pobre sem vergonha.
- Mulher é como música, só faz sucesso quando é nova.
- Champanhe de pobre é sorrisal.
- Em baile de cobra, sapo não dança.

- Se você tem olho gordo, use colírio Diet.
- A vida de solteiro é vazia. A de casado enche.
- O pior cego é o que não quer aprender o método braile.
- Em Cubatão toda a quarta-feira é de cinzas.
- Não julgue o livro pela capa e a mulher pelo sorriso.
- Motorista irritado, perigo dobrado.
- Rico Saka, Pobre Sakeia, Político Sakaneia!!!
- Se andar fosse bom, o carteiro seria imortal.
- Estrada reta é igual a mulher sem cintura: só dá sono.
- Se não gosta do jeito que dirijo, saia da calçada.

A idéia de escrever nos pára-choques frases “filosóficas” vem de há muito tempo. Em sua maior parte são realmente muito espirituosas e, como era de se esperar, bem “machistas”. As acima extraímos do livro “Piadas & Pára-choques”, editado pela RDE – Revista das Estradas, Rio de Janeiro, 1998, pág.03.

LI E GOSTEI:

Um grande preço que se pode pagar pela idade:

- Não é a aparência menos jovem ou menos bela, mas sim o peso da inconformação com isso.
- Não é o olhar para trás e ver que muito se perdeu por lá, mas deixar de notar o quanto se pode ganhar no “já”.
- Não é ter alguns movimentos limitados por ela, mas sim não perceber que a vida continua em movimento contínuo e equilibrado para cada fase de si mesma.

- Não é ser rejeitado pelos mais jovens, mas sim esquecer das vantagens que a experiência e a vivência sempre trazem.
 - Não é ser esquecido em convites para festinhas de “embalo”, mas sim ignorar que é sempre tempo para se fazer da vida uma festa.
 - Não é a tão freqüente ausência de romantismo, mas sim a descrença no amor, que não escolhe tempo.
 - Não é a frustração de ver-se excluído da chamada “moda jovem”, mas a não percepção de que bom gosto nunca sai de moda.
 - Não são os finais de semana diante da televisão, mas sim a recusa em reconhecer que há outras alternativas menos enfadonhas e repetitivas.
 - Não é a crença de que o raciocínio torna-se mais lento, mas sim dar-se como incapaz para novos aprendizados e parar de exercitar a inteligência.
 - Não é o dizer-se “realista”, mas sim dar adeus aos sonhos ainda não realizados e desistir de sonhar.
- Mas o grande e MAIOR preço que pode se pagar pela idade é desistir de si mesmo, crer que a Vida se acabou quando ela mal começou.

Silvia Schmidz

CULINÁRIA :

BOLO SALGADO DE VERDURAS

Massa

- 2 xíc. de chá de leite
- 3 ovos
- 1 xíc. de chá de óleo
- 1 xíc. e ½ de farinha de trigo
- 3 c. de chá de pó Royal
- 1 c. de sobremesa de sal

Recheio

- Folhas de espinafre ou de brócolis
- Couve-flor cozida
- Cenoura cozida
- Tomate, cebola, alho a vontade

Modo de Fazer

Bater todos os ingredientes da massa no liquidificador. Refogue em óleo as folhas com o tomate, alho, cebola e sal. Unte uma forma, despeje metade da massa, coloque o refogado de folhas e legumes e por fim a outra metade da massa. Leve para assar até dourar.

PEIXE A NAPOLITANA

- 1 kg filé de peixe (limpos) (pescada, viola, merluza)
- 3 tomates médios limpos cortados em rodela finas
- 1 pimentão pequeno
- 1 cebola média
- 2 limões
- orégano - quanto necessário
- 3 colheres de sopa de azeite
- sal a gosto

Untar um pirex médio com 1 pitada do azeite, acomodar o peixe lado a lado. Colocar os tomates, pimentão e cebola em camadas. Salpicar com orégano. Regar com o suco de meio limão e mais um fio de azeite. Repetir as camadas até o final. Cobrir com papel laminado e levar ao forno para asar de 10 a 15 minutos.

Rende 6 a 8 porções de 45 calorias.

Terceira idade livre de fratura.

A osteoporose é um perigo real para quem entra na terceira idade, por isso é importante cuidar de duas frentes para evitar problemas – fortalecer os ossos e prevenir tombos em casa.

Prevenção – Mulheres devem fazer a primeira densitometria óssea no período da pre-menopausa e manter controle anual a partir daí. Homens podem começar a fazer este exame aos 60 anos. A alimentação de ambos deve conter de 1000 a 1500 mg de cálcio por dia, de preferência de fontes vegetais (couve, brócolis, ervilhas). Tomar sol pela manhã e fazer exercícios físicos regularmente completam a prevenção.

Acidentes – A maior parte dos tombos que provocam fraturas acontece em casa, devido a tapetes soltos, falta de

iluminação noturna nos corredores e de barras de apoio em banheiros e escadas. Corrija esses erros o quanto antes.

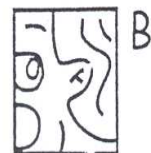
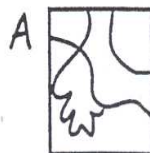
O Globo – Revista – Nov/2004

Nota – Nos dias 28 e 29 de abril de 2005 teremos no nosso CMS o Aparelho de Densitometria Óssea. As inscrições para o exame deverão se feitas com as coordenadoras do Grupo.

PASSATEMPO

Coloque as iniciais das figuras nos quadrinhos e forme o nome de um bicho perigoso.

QUAL DOS QUADROS COMPLETA A CENA



Resp: f

ANEXO 2

17/04



SAÚDE

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CEP SMS-RJ Nº 09

Rio de Janeiro, 22 de outubro de 2004.

Do: Coordenador do CEP

A(o): Pesquisador(a) Responsável

Sr.(a) Maria Martha Jogaib Vieira Caetano.

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa Nº: 17	
Título: Avaliação de grupo de saúde do idoso de uma unidade de atenção básica da SMS-RJ, enquanto ação de promoção do envelhecimento saudável.	
Pesquisador Responsável: Maria Martha Jogaib Vieira Caetano.	
Unidade onde se realizará a pesquisa: Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues.	
Data da Apreciação: 22/10/04	
Parecer:	<input checked="" type="checkbox"/> Aprovado
	<input type="checkbox"/> Com pendência
	<input type="checkbox"/> Prescrito prazo
	<input type="checkbox"/> Não aprovado
	<input type="checkbox"/> Encaminhado para apreciação da CONEP

Comunicamos ainda, que V.Sa. deverá apresentar, a este Comitê, o **Relatório Anual**, caso a pesquisa exceda 12 meses, e/ou o **Relatório Final**. (item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96)

Atenciosamente,

Dr. Carlos Scherr
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP SMS-RJ

RIO



SAÚDE

Coordenadoria de Recursos Humanos
Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Departamento de Intercâmbio Cultural e Desenvolvimento Científico

Memorando S/CRH/DRH/DIC N° 90

Rio, 08/11/04

DE: S/CRH/DRH/DIC

PARA: Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues.

REF.: AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA REDE

Considerando o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e o consentimento da Unidade, liberamos a pesquisa:

TÍTULO: " Avaliação de grupo de saúde do idoso de uma unidade de atenção básica da SMS-RJ, enquanto ação de promoção do envelhecimento saudável."

SOLICITANTE: Maria Martha Jogaib Vieira Caetano ..

INSTITUIÇÃO: ENCE - IBGE.

Solicitamos o repasse dos resultados à S/CRH/DRH.


SALESIA FELIPE DE OLIVEIRA

Diretora

Departamento de Intercâmbio Cultural e Desenvolvimento Científico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

T. C. L. E.

Autorizo o pesquisador a ter acesso aos dados da minha Ficha Central e também das outras fontes de registro do Grupo Feliz Idade do CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues, tal como atas de reuniões e cadastros das atividades complementares. Concordo em participar voluntariamente da pesquisa sobre Promoção da Saúde como também da entrevista para dar as informações que estiverem faltando sobre minha participação no Grupo. Fui informado de que não haverá nenhum desconforto ou risco e que somente serão divulgados os resultados do estudo. Sei também que estes resultados poderão ser divulgados entre os demais profissionais da unidade e outras instâncias da SMS/RJ favorecendo o atendimento mais adequado aos pacientes idosos e, principalmente, fortalecer a promoção do Envelhecimento Saudável.

Rio de Janeiro, de 2004

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

T. C. L. E.

Autorizo o pesquisador a ter acesso aos dados da minha Ficha Central e também das outras fontes de registro do Grupo Feliz Idade do CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues, tal como atas de reuniões e cadastros das atividades complementares. Concordo em participar voluntariamente da pesquisa sobre Promoção da Saúde como também da entrevista para dar as informações que estiverem faltando sobre minha participação no Grupo. Fui informado de que não haverá nenhum desconforto ou risco e que somente serão divulgados os resultados do estudo. Sei também que estes resultados poderão ser divulgados entre os demais profissionais da unidade e outras instâncias da SMS/RJ favorecendo o atendimento mais adequado aos pacientes idosos e, principalmente, fortalecer a promoção do Envelhecimento Saudável.

Rio de Janeiro, de 2004

ANEXO 3

ESTUDO SOBRE O GRUPO FELIZ IDADE

Este questionário é parte dos instrumentos de estudo do GRUPO FELIZ IDADE enquanto processo de Promoção do Envelhecimento Saudável, o qual fornecerá informações e dados para produção científica de unidades da SMS-RJ e outros estudos futuros. Contamos com sua participação.

- 1- Nome: _____
- 2- Bairro em que mora: _____
- 3- Estudou até que série: 1 2 3 4 5 6 7 8
 Primário Ginásio Mobral
 Científico/ Colegial/ Normal Supletivo Outro
- 4- Trabalho / Ocupação: _____
 ➤ Se aposentado, de quê? _____
- 5- Possui alguma Renda? _____ Equivalente a _____ S.M.
 ➤ Qual a fonte? _____
- 6- Situação Conjugal: Solteira(o) Casada(o) Viúva(o) Separada(o)
 ➤ Tem algum parceiro fixo? Sim Não
- 7- Organização Familiar: Tem filhos Sim Quantos? Não
 ➤ Em casa mora com: Sozinho Ou com:
 Marido/Companheiro Filhos Netos Outros
- 8- Como você avalia sua saúde atual? Muito Boa Boa Razoável Ruim
- 9- Nos últimos 30 dias teve algum tipo de problema de saúde que impedisse suas atividades normais? Sim Não
- 10- Quando fica doente ou precisa de algum tipo de cuidado/auxílio, com quem você pode contar para ajudar?
 Família Amigo(a) Vizinho Grupo Outros: _____
- 11- Há quanto tempo está no Grupo Feliz Idade? _____
- 12- Como conheceu o Grupo Feliz Idade? _____
- 13- Atividades que freqüenta: Grupo 4ª feira Biodanza Artes
 Caminhadas Jd. Botânico Jornal Teatro
- 14- Como você se sentia antes de começar a freqüentar o grupo? _____
- 15- Houve alguma mudança? _____
- 16- O que mudou? _____
- 17- Alguma sugestão? _____
- 18- Tem algum contato externo com pessoas do Grupo? Sim Não
- 19- Freqüenta outro Grupo? _____
- 20- Que atividades freqüenta? _____



GRUPO FELIZ IDADE – Exposição Carmem Miranda – MAM – Dezembro de 2005

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)