# UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARIELLE CRISTINA GONÇALVES FERREIRA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE QUALIDADE DE VIDA POR IDOSOS: CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

#### MARIELLE CRISTINA GONÇALVES FERREIRA

# REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE QUALIDADE DE VIDA POR IDOSOS: CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia de Assunção Ferreira

Rio de Janeiro

#### FICHA CATALOGRÁFRICA

#### CIP - Catalogação na Publicação

#### G368r Gonçalves Ferreira, Marielle Cristina

Representações sociais de qualidade de vida por idosos: contribuição para o cuidado de enfermagem / Marielle Cristina Gonçalves Ferreira. -- Rio de Janeiro, 2017. 127 f.

Orientadora: Márcia de Assunção Ferreira. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. representações sociais. 2. qualidade de vida. 3. saúde do idoso. I. de Assunção Ferreira, Márcia, orient. II. Título.

### **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Emanoel e Cristina, que por meio de todo esforço e sacrifício viabilizaram a realização deste sonho. Gratidão pela compreensão da ausência e abdicação que se fizeram necessárias para que este dia chegasse. Com amor, sua filha.

#### **AGRADECIMENTOS**

Gratidão a Deus por ter me mantido firme e amparada nossos momentos em que mais precisei. Aos meus pais, Emanoel e Cristina, por todo apoio, carinho, amor, compreensão e educação, nada disso seria possível sem vocês. Gratidão a minha querida avó por toda ajuda e todo carinho. Aomeu único e amado irmão agradeço por ser meu exemplo e meu maior incentivador. A minha cunhada querida por toda ajuda e todo carinho. Ao meu sobrinho amado, obrigada por trazer mais luz a essa reta final. Ao meu namorado Márcio, muito obrigada por todo companheirismo, compreensão, apoio, carinho, paciência, amor, ajuda e incentivo. Aos meus sogros, Márcio e Da Paz, muito obrigada por significarem proteção, fonte de amor e carinho na ausência de meus pais. Gratidão por toda ajuda e carinho da Clínica da Família Maria Sebastiana na figura da Gerente Fernanda e principalmente aos queridos amigos Fernanda Azambuja, Diva, Nena, Rachel, Matilde, Mário, Ivone e Manoel aos quais tenho tanto carinho e saudades.

A minha querida orientadora, professora Márcia Assunção, agradeço pela oportunidade de iniciar minha vida acadêmica como sua bolsista de Iniciação Científica desde o terceiro período de graduação. Agradeço por toda atenção, dedicação, paciência e por todo conhecimento a mim transmitidos. Obrigada pela compreensão e apoio quando iniciei minha vida profissional como enfermeira, por permitir que eu concluísse as disciplinas que eram necessárias para a conclusão do mestrado. Obrigada por ser fonte de inspiração como profissional, por trazer tranquilidade, equilíbrio e buscar acalmar minha ansiedade. Gratidão por oportunizar e acreditar neste trabalho desde quando ele era apenas uns rabiscos em um rascunho de papel.

Aos professores Fernando Tura, Rafael e Sheila, muito obrigada por terem participado da construção desta dissertação, pela dedicação e atenção a leitura de minhas ideias. Muito obrigada pelas contribuições tão indispensáveis para o andamento, conclusão e sucesso desta pesquisa.

Aos professores da Pós-Graduação, Rafael Celestino, Ivone Cabral, Juliana Faria Campos, Jaqueline Silva, Manuela Cardoso, Cleotilde Garcia Rezae, Sofia Huarcaya, agradeço pelas considerações, discussões e todas contribuições que viabilizaram o amadurecimento de meu estudo.

Às amigas, Simone, Andreia, Camille, Nathalia, Rute, Natalia, que tive a oportunidade de conhecer a partir da convivência nas aulas de pós graduação, muito obrigada pelo apoio,

carinho, pelas trocas e toda colaboração. Aos demais familiares e amigos a realização deste sonho não seria possível sem a energia e luz enviada por vocês.

LISTA DE QUADROS	7 <b>Pág</b>
Quadro 1 - Listagem de códigos utilizados na linha de comando	44
Quadro 2 - Características Sociodemográficas dos alunos da Academia Carioca	58
Quadro 3 – Caracterização de Classes 2 e 3	68
Quadro 4 - Caracterização de Classe 1	82
Quadro 5 - Caracterização de Classes 4 e 5	97
LISTA DE GRÁFICOS	
<b>Gráfico 1-</b> Distribuição de participantes da pesquisa por sexo	60
Gráfico 2- Distribuição de participantes da pesquisa por Faixa Etária	61
Gráfico 3- Distribuição de participantes da pesquisa por raça/cor	62
Gráfico 4- Distribuição de participantes da pesquisa por Estado Civil	63
Gráfico 5- Distribuição de participantes da pesquisa por Escolaridade	64
Gráfico 6- Distribuição de participantes da Academia Carioca por ocupação	65
<b>Gráfico 7-</b> Distribuição de participantes da pesquisa por condições de saúde	66
LISTA DE FIGURAS	
Figura 1 - Distribuição do corpus por classes	46
Figura2 - Divisão de Classes pela clasificação hierárquica descentente	46
Figura 3 - Dendograma	47
Figura 4 - Classificação Hierárquica Descendente Classes 2 e 3	69
Figura 5 -Classificação Hierárquica Ascendente Classe 2	70
Figura 6 -Classificação Hierárquica Ascendente Classe 3	73
Figura 7 - Classificação Hierárquica Descendente Classe 1	83
Figura 8 - Classificação Hierárquica Ascendente Classe 1	84
Figura 9 - Classificação Hierárquica Descendente Classe 4	98
Figura 10 - Classificação Hierárquica Ascendente Classe 4	99
Figura 11 - Classificação Hierárquica Descendente Classe 5	102
Figura 12 - Classificação Hierárquica Ascendente Classe 5	103

#### Lista de Siglas

- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- ONU Organização das Nações Unidas
- OMS Organização Mundial da Saúde
- PNSI Política Nacional de Saúde do Idoso
- SUS Sistema Único de Saúde
- UBS Unidades Básicas de Saúde
- ESF Estratégia de Saúde da Família
- PNAB Política Nacional de Atenção Básica
- PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- SMRJ Secretaria Municipal do Rio de Janeiro
- RIPRES Rede Internacional de Pesquisa em Representações Sociais e Saúde
- TRS Teoria das Representações Sociais
- NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- ACS Agente Comunitário de Saúde
- TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- RS Representações Sociais
- Alceste Analyse Lexicale par Contexte d'um Ensemble de Segments de Texte
- UCI Unidades de Contexto Inicial
- UCE Unidades de Contexto Elementar
- COD Código
- UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro
- DM Diabetes Mellitus
- CHA Classificação Hierárquica Ascendente

# SUMÁRIO

	Pág
RESUMO	10
CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
Objeto de pesquisa	22
Questões norteadoras	22
Objetivos	22
Justificativa e Relevância	22
Contribuições	23
CAPÍTULO II- REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	26
CAPÍTULO III- MÉTODO	39
Participantes e campo do estudo	39
Técnicas de produção e análise dos dados	41
Apresentação de resultados	43
Cuidados éticos	46
CAPÍTULO IV – DESCRIÇÃO PANORÂMICA DA INSERÇÃO	49
DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO GRUPO DE	
CONVIVÊNCIA	
CAPÍTULO V-CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	58
CAPÍTULO VI - COTIDIANO E LAZER: ASPECTOS QUE	68
INTEGRAM A QUALIDADE DE VIDA	
CAPÍTULO VII -SABERES E PRÁTICAS SOBRE QUALIDADE DE	
VIDA	82
CAPÍTULO VIII-A TERAPÊUTICA APLICADA NA ATENÇÃO	
PRIMÁRIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
APÊNDICES	126

#### **RESUMO**

FERREIRA, Marielle Cristina Gonçalves. *Representações sociais de qualidade de vida por idosos: contribuição para o cuidado de enfermagem*. 2017. 127 p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Objeto: Representações sociais (RS) sobre qualidade de vida de idosos. Objetivos: Identificar as RS construídas por idosos sobre qualidade de vida (QV); Analisar as práticas de cuidado adotadas pelos idosos, relacionadas à QV; Verificar relações existentes entre as ações promovidas em prol de um envelhecimento ativo e as RS dos idosos sobre a QV; Discutir as implicações das RS construídas pelos idosos para as ações de promoção da saúde e QV. Método: Pesquisa qualitativa, exploratória, analítica e explicativa, com abordagem processual da Teoria das Representações Sociais. Técnicas de produção de dados: observação participante; questionário sobre dados sócio-demográficos; entrevista em profundidade. Participaram 30 idosos do Programa Academia Carioca de Saúde de uma Clínica da Família do Rio de Janeiro. A análise das entrevistas foi pelo software Alceste e os dados sociodemográficos por estatística descritiva e percentual. O software gerou cinco classes lexicais. Resultados: As RS de QV se constroem sustentadas nos determinantes sociais de saúde, nas condições de alimentação, moradia, financeira e social, elementos esses que vêm ao encontro do discurso da produção social da saúde. Possuem uma visão global e holística e as práticas de cuidado à saúde evidenciam uma atitude ativa frente ao envelhecimento, com intuito de prevenir ou amenizar as consequências de agravos das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Conclusão: As atividades físicas e sociais ocorridas no grupo promovem melhorias nas condições de saúde física, psicológica e social, com mudanças positivas nas atitudes frente a QV e bem-estar com ações preventivas e de cuidado de si. Demonstrou-se a importância da aplicabilidade das Políticas Públicas de Saúde em benefício da população idosa. O Programa Academia Carioca de Saúde enquadra-se como colaborador para diminuir a mortalidade por DCNT.

# CAPÍTULO I CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No contexto global, a partir de estimativas das Nações Unidas, em 2011, os idosos da população mundial totalizavam, aproximadamente, 800 milhões de pessoas, o que representava 11% da população. Em 2050, as projeções apontam para um contingente de mais de dois bilhões de idosos, o que constituirá 22% da população. Com a queda da mortalidade nas idades avançadas houve um aumento do peso relativo das pessoas com 80 anos ou mais. De acordo com as estimativas, esse segmento em 2011 representava 1,6% da população mundial e as projeções indicam que passará para 4,3% em 2040. Nesse mesmo ano representará 20% da população idosa (60 anos ou mais) (UNITED NATIONS, 2013).

No Brasil, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), a expectativa de vida da população aumentou, de 66 anos em 1990, para 74 anos em 2012. Segundo o Censo Demográfico (IBGE, 2015), em 2015 a expectativa de vida da população passou para 75,44 anos e as projeções para 2030 são de 78,64 anos. Quando comparado os sexos, se observa que a expectativa de vida das mulheres (79 anos) ainda é superior à dos homens (71,88 anos).

A Proporção da população brasileira idosa com 65 anos ou mais em 2015 corresponde a 7,9% da população e as projeções para 2030 são de 13,33% da população total. Em termos percentuais ascenderam de 9,1% em 2004 para 11,46% da população total em 2015. Essas mudanças tiveram forte impacto na distribuição por idade da população, provocando o estreitamento da base e o alargamento do topo da pirâmide etária, que é o caminho para uma estrutura mais envelhecida, características dos países mais desenvolvidos, que apresentam uma estrutura mais cilíndrica (IBGE, 2015).

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional do Brasil e do mundo tem se dado de forma acelerada, fazendo com que se reflita sobre e em que condições esses idosos estão envelhecendo.O envelhecimento é um processo complexo, intersetorial e estendem-se nas discussões da área da saúde,educação, assistência, previdência e habitação, incluindo-se os aspectos sociais e econômicos que afetam a qualidade de vida da população que envelhece. Para que a intersetorialidade seja colocada em prática, é necessário que haja comunicação entre as políticas públicas, que as mesmas estejam voltadas para o mesmo interessede proteção social e do enfrentamento das desigualdades sociais (OLIVEIRA et al., 2014).

As condições que permeiram o envelhecimento global refletem a maneira com que as políticas públicas têm se organizado para garantir um envelhecimento com qualidade e mostram, também, como o conhecimento acerca das particularidades do processo de envelhecimento interfere na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde. Desta forma, reconhece-se a importância de conhecer o contexto de vida e as práticas em saúde realizadas pelos idosos para traçar um plano de cuidados que atenda às suas necessidades.

A reflexãoacercada qualidade de vida dos idosos gera uma série de questionamentos a respeito da forma comotem se dado o processo de envelhecimento populacional na atualidadeede que forma os idosos têm agido em seu cotidiano em função de sua qualidade de vida. Sabe-se que as práticas saudáveis durante o curso de vida influenciam na obtenção de um envelhecimento com qualidade.

É certo que o fenômeno do envelhecimento tem sido muito discutido nas últimas décadas e as consequências que essa realidade traz para o contexto social, econômico, e principalmente de saúde, de todos os países que enfrentam o envelhecimento populacional, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil.

Ressalta-se que os países desenvolvidos tiveram mais tempo para se preparar para essa realidade, pois além de terem recursos financeiros para enfrentá-la, presenciaram um envelhecimento gradual da população. Nos países em desenvolvimento, ao contrário, o atual envelhecimento acelerado confere necessidade de planejamentos imediatos e consequentemente, dificuldades na organização de recursos para aplicação dos mesmos.

Nesta perspectiva, o Brasil deve preparar-se para mudanças significativas na estrutura e organização do arcabouço necessário para enfrentar essa realidade, como também, preocupar-se com o direcionamento dos gastos em saúde inerentes a essa conjuntura. Segundo relatório divulgado pelo Banco Mundial, os gastos e a intensidade do uso dos serviços de saúde aumentarão relativamente devido ao aumento da proporção de idosos na população, que resultará em um maior número absoluto de idosos debilitados (GRAGNOLATI et al., 2011).

A magnitude do aumento dos gastos em saúde com a população idosa dependerá essencialmente se esses anos a mais serão saudáveis ou de enfermidades e dependência (GRAGNOLATI et al., 2011). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005), quando se mantém baixos os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional e mantém-se elevados os fatores de proteção, as pessoas desfrutam de maior qualidade de vida, permanecem sadias e capazes de cuidar de sua

própria vida à medida que envelhecem, e desta forma, diminui a necessidade de utilização de tratamentos médicos e serviços assistenciais onerosos.

No entanto, as consequências do descuido em saúde durante o curso de vida da população brasileira conferem ao envelhecimento características epidemiológicas preocupantes. Para Mendes (2011), o paísestácaracterizado por uma transição epidemiológica em que as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. Schmidt et al.(2011) ressaltam que as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. Em 2007, a taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes. As mesmasatingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis.

Em consequência dessa realidade, o Ministério da Saúde (2012) reafirma que a mudança do perfil epidemiológico no país reflete o aumento da mortalidade por DCNT em detrimento das doenças infecto-parasitárias. As múltiplas condições crônicas e os desgastes de vários sistemas funcionais, de forma progressiva e irreversível, podem levar à incapacidade funcional. A mesma pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar atividades de vida diárias e cotidianas básicas, ou atividades mais complexas necessárias para uma vida independente na comunidade (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Observa-se que a magnitude das consequências do envelhecimento populacional possui características que envolvem a relação dos padrões de condutas individuais da população e as particularidades do contexto que estão inseridos. Logo, a preocupação com o fenômeno da qualidade de vida dos idosos deve motivar discussões que se atentem para o direcionamento de recursos, que viabilize condições adequadas de saúde ao longo do processo de envelhecimento, que minimizem os agravos e permita a obtenção de anos a mais de vida com autonomia e independência a partir de uma perspectiva de investimentos intersetoriais.

Desde 1984 na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Viena, que a intersetorialidade começou a ser discutida a partir de um Plano que tinha recomendações referentes a sete áreas, que são: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social e trabalho e educação (OLIVEIRA et al., 2014).

Nesta perspectiva, o aumento do número de anos de vida precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida, que podem advir do progresso da assistência prestada e aperfeiçoamento do cuidado de saúde direcionado a essa população

(WHO, 2012). Como também, por meio de investimentos públicos e aplicação de políticas que promovam um envelhecimento saudável, assim como melhores condições de moradia, trabalho, educação e proteção dos direitos ao idoso.

Neste contexto, destaca-se a importância da elaboração de estratégias que visem a manutenção de elevados padrões de saúde, que viabilizem uma velhice com independência e qualidade, a partir de investimentos sociais e ambientais. Para que o processo de envelhecimento se dê de forma eficiente, torna-se necessário não só a realização de uma atenção à saúde qualificada com os serviços de saúde preparados estruturalmente para desempenhar um atendimento adequado a essa população, mas que os outros setores como previdencíário, lazer e meio ambiente também estejam preparados para dar suporte a essa nova reestruturação necessária para atender às demandas dos idosos.

Independente da área de atuação, seja hospitalar, domiciliar, na atenção primária, ou na saúde coletiva, o enfermeiro faz parte de uma das principais categorias profissionais da área de saúde que mantém relacionamento direto com os idosos, seja no acolhimento, na prestação de cuidados, assistência hospitalar ou domiciliar, em consultas de enfermagem ou ações de educação em saúde. Para um cuidado adequado e assistência de enfermagem qualificada, aumentam as necessidades de apreensão do conhecimento acerca das particularidades do processo de envelhecimento e da compreensão do comportamento desses idosos frente a sua saúde.

Nesse ínterim, políticas públicas têm sido implementadas a fim de garantir que as instituiçoes de saúde elaborem estratégiaspara promoção de um envelhecimento saudável e que realizem um atendimento integral e de qualidade aos idosos. Desta forma, objetivam viabilizar e assegurar os direitos à saúde aos idosos, são responsáveis por desenvolver estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde, não só para garantir o aumento dos anos de vida, mas permitir que os mesmos sejam adquiridos através de melhorias nas oportunidades de saúde, que as mesmas proporcionem a obtenção de qualidade de vida pela população idosa. Para Kanso (2011), é preciso otimizar as oportunidades de saúde para melhorar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem.

No que se refere à preocupação com a estrutura dessas políticas, Veras (2009) ressalta que as políticas destinadas aos idosos devem levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto-satisfação. Ampliar as possibilidades de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada e incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde dos idosos. Segundo Oliveira et al. (2014), setores como transporte,

educação, trabalho, habitação, entre outros, são exemplos de necessidades que precisam ser trabalhadas em conjunto, para proporcionar um envelhecimento ativo e de qualidade para a população idosa.

Neste contexto, o início das discussões políticas direcionadas aos idosos se deu a partir da primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU). Neste fórum foi estabelecido um Plano de Ação para o Envelhecimento, considerado um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos aspectos econômicos, sociais e culturais do processo de envelhecimento de uma população, e deveria ser baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1982).

Nesta continuidade, o Brasil vem tentando preparar-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece por meio de ações e políticas que têm sido implementadas com a finalidade de garantir os direitos à saúde dos idosos e um envelhecimento com qualidade. Porém, ainda enfrentam dificuldades na aplicabilidade dessas políticas no âmbito da atenção à saúde do idoso devido suas particularidades.

Em 1994, reconhecendo as necessidades e recursos assistenciais direcionados ao idoso, foi aprovada a Lei Nº 8.842/94 regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96 que determina a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), afirmando os direitos da pessoa idosa e favorecendo sua competência para gerir sua própria vida, integrando e estimulando sua participação ativa na sociedade, reiterando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania.

Em 1999 foi estabelecida a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), a qual afirma que os órgãos e instituições do Ministério da Saúde relacionado ao tema promovam a formação ou a readequação de projetos e atividades em acordo com as normas e diretrizes nela estabelecidas. Entre estas, destacam-se: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (BRASIL, 1999).

Para reafirmar os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), decretado pela Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, procura garantir aos idosos direitos fundamentais inerentes à pessoa (preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em

condições de liberdade e dignidade) sendo obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar esses direitos ao idoso.

Nesta sequência, surge outra política de saúde, denominada Política de Envelhecimento Ativo que, por sua vez, envolve o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Tal política permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (WHO, 2005).

Nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de "envelhecimento ativo" que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos. É função das políticas de saúde contribuirem para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

No âmbito do SUS, no início do ano de 2006 foi aprovado o Pacto pela Saúde, Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, um movimento de mudança que não é uma norma operacional, mas um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Ainda em 2006, foram definidas seis prioridades do Pacto pela Vida, para o desenvolvimento de ações pelos gestores, considerando o seu impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Essas prioridades foram utilizadas também para o monitoramento do Pacto pela Saúde, sendo a saúde do Idosocompreendida como tópico primeiro, dentre as áreas de atuação do projeto (BRASIL, 2011).

Entre as macroprioridades do Pacto pela Vida estão previstas as ações de atenção ao idoso pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), quais sejam: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; serviço domiciliar; acolhimento preferencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); distribuição e preenchimento da caderneta da pessoa idosa e assistência farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Neste sentido, observa-se que a partir do Pacto pela Vida, a atenção primária de saúde, no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) se enquadra como um dos principais espaços de cuidado, atenção e promoção da saúde aos idosos no processo de envelhecimento.

Infere-se que o Brasil seja um país que se empenhou em elaborar políticas públicas que garantam os direitos à saúde do idoso de forma integral. No entanto, as instituições e os programas de saúde devem estar preparados e empenhados para realizar tais ações. Nesta perspectiva, as Unidades Básicas de Atenção à Saúde juntamente com as Clínicas de Estratégia de Saúde da Família foram criadas e instaladas dentro das comunidades para facilitar a chegada das pessoas aos serviços de saúde, para permitir uma proximidade dos profissionais de saúde às necessidades da população e melhorar as intervenções de acordo com o contexto de vida de cada individuo. No que tange a atenção à saúde dos idosos, essa estratégia também facilitou o acesso a essa população e quando necessário o acompanhamento domiciliar.

No que se refere aos idosos, a promoção de um envelhecimento ativo e saudável destaca-se dentre asprioridades das políticas públicas, direcionadas para a saúde do idoso. Neste contexto de responsabilização pela promoção de saúde e prevenção de agravos, se evidencia a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), aprovada pela portaria Nº 2.488, em 21 de outubro de 2011, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A atenção básica deve estar comprometida com o desenvolvimento da atenção integral, individual e coletiva, a partir da realização de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012). Pode-se inferir que ela possui a responsabilidade de promover a integralidade da assistência pormeio de suas ações e estratégias que visam a recuperação e promoção de saúde para todas as faixas etárias da população, e, consequentemente, estimulam a inserção de hábitos de vida saudáveis na infância, fase adulta e na velhice.

Comoestratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica e com o objetivo de reorganizar e reorientar o processo de trabalho, foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em consonância com os preceitos do SUS, tem potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliar a resolutividade das ações e impactar efetivamente na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012).

No que diz respeito à atenção aos idosos, para Silvestre e Costa Neto (2003), o trabalho na ESF almeja uma adequada abordagem à pessoa idosa. A partir da proximidade territorial o cuidado integral ecomunitáriorealizado pela ESF ao idosoé facilitado, desta forma

é estabelecido vínculo do idosoaosistema de saúde. Neste sentido, defende-se a ideia de que o cuidado ao idoso deve apoiar-se especialmente na família e na atenção básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a ESF.

Como envelhecimento populacional torna-se necessário estruturar a rede de atenção à saúde para atender tanto às novas demandas das pessoas idosas, quanto às modificações do acesso dessa população aos serviços de saúde. Atenta a essa realidade, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro criou a Gerência da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Área responsável pela gestão, planejamento e acompanhamento de ações voltadas para a atenção integral à saúde da pessoa idosa. Essas ações são desenvolvidas tendo a Atenção Primária como a ordenadora do cuidado, nas Clínicas da Família.

O Programa "Academia da Saúde" foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde através da Portaria GM/MS 719, de 07 de abril de 2011, redefinida pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 e tem o objetivo principal de contribuir para a promoção da saúde da população a partir de implantação de polos com infra-estrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis(BRASIL, 2013).

Segundo a Portaria N° 2681 (BRASIL, 2013), o Programa Academia de Saúde possui como diretrizes configurar-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde de toda população brasileira, a fim de complementar e potencializar as ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica; ser referência como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); e estabelecer-se como espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis.

Como princípios do Programa estão aparticipação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde; intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações; interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado; integralidade do cuidado; intergeracionalidade, promovendo o diálogo e troca entre gerações (BRASIL, 2013). Assim, observa-se que a partir de suas diretrizes e princípios que se referem à participação popular e construção coletiva de modos de vida saudáveis, de saberes e práticas de promoção da saúde, a Academia torna-se um campo rico de circulação de informações e afetos, propícia para o estudo do pensar e agir, a partir das representações sociais.

Na cidade do Rio de Janeiro, uma forma de Academia da Saúde denominada "Academia Carioca da Saúde" já existe desde 2009, a partir da participação da cidade no projeto internacional denominado "Cidade amiga do idoso". Este projeto foi lançado pela

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) no XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria (IAGG) no Rio de Janeiro, Brasil, em junho de 2005. Com uma verba inicial dada pelo governo do Canadá e Help the Aged, Reino Unido.

Juntamente com seus parceiros, a OMS desenvolveu o projeto em 33 cidades de 22 países, incluindo o Rio de Janeiro, no Brasil. Pediram a cerca de 1500 idosos dessas 33 cidades que apontassem os aspectos positivos e os obstáculos que eles encontravam na cidade em que viviam. Desta forma, a partir dos resultados obtidos no mundo todo, a OMS identificou as características-chave de uma cidade amiga do idoso e preparou uma lista de checagem para cada um dos quesitos que foram avaliados (OMS, 2007).

O"Guia Global: Cidade Amiga do idoso" foi elaborado a partir da lista dos quesitos avaliados e traz como ponto inicial o conceito de que uma cidade amiga do idoso é aquela que estimula o envelhecimento ativo ao otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que elas envelhecem (OMS, 2008). Nesta perspectiva, a taxa de declínio da saúde durante o curso de vida é amplamente determinada por fatores relativos ao estilo de vida, bem como aos fatores sociaisexternos, ambientais e econômicos. Sob uma perspectiva individual e social, é importante ter-se em mente que a velocidade do declínio pode ser influenciada, e pode ser reversível em qualquer idade, por meio deações individuais e políticas públicas, como a promoção de um ambiente amigável ao idoso.

Desta forma, a necessidade se dá na elaboração de serviços que ofereçam ambientes favoráveis para um envelhecimento saudável, a partir de práticas de atividades físicas, atividades esportivas e orientações sobre atitudes preventivas de doenças. Neste sentido, a Academia Carioca da Saúde foi uma nova abordagem da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e suas complicações, por meio da facilitação do acesso da população carioca à prática regular de atividade física, orientada por profissional de educação física especializada. Prática esta que pode ser realizada nos equipamentos instalados na unidade de saúde, ou qualquer outro tipo de atividade física que possa ser realizada na área de abrangência da unidade de saúde.

Segundo a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro o Programa Academia Carioca, desde 2009, é um espaço mobilizador de Promoção da Saúde por meio de ação comunitária e multissetorial, centrada na inserção da prática de atividade física regular nas Unidades Básicas de Saúde. Por garantir o acesso da população, as práticas que visem promover o bem-

estarfísico, mental e social, a Academia Carioca tem se constituído como um significativo dispositivo de construção de uma sociedade mais ativa e com estilo de vida mais saudável.

Dentre seus objetivos destacam-se: aumentar o nível de atividade física na população do município do Rio de Janeiro para melhorar sua qualidade de vida, promover a saúde, prevenir doenças e suas complicações, incentivar e apoiar ações interdisciplinares da Unidade de Saúde e do território para promoção da prática de atividade física regular, estimular a prática de atividade física de forma sistematizada no interior da Unidade de Saúde com supervisão de um profissional de educação física.

Neste sentido, esta pesquisa volta-se ao estudo dos idosos no contexto da Academia Carioca visandocompreenderseus comportamentos e os cuidados de si realizados por eles, a partir de suas representações sociais acerca do fenômeno da qualidade de vida. Entende-se que a qualidade de vida de idosos no contexto da Academia Carioca é um fenômeno de representação social, pois nele estão intrínsecos aspectos subjetivos que os idosos relacionam com a saúde, estilo de vida, envelhecimento bem-sucedido, lazer, família, que mobiliza conversações e discussões entre o grupo, que motiva a construção de pensamentos e interfere nos comportamentos. Essas representações implicam em práticas, logo, estudá-las contribui para que se estabeleçam nexos entre pensamento e ação ajudando a se pensar as ações de saúde e as de enfermagem, em particular.

No contexto da atenção primária de saúde, a enfermagem, ao dar assistência e promover mecanismos para obtenção de saúde entre os idosos, deve atentar-se às práticas desenvolvidas pelos mesmos, na perspectiva do entendimento das ações que envolvam a aquisição de um estilo de vida saudável e com qualidade. Instrumentalizada por meio do conhecimento acerca das representações sociais construídas pelos idosos sobre o fenômeno do envelhecimento com qualidade, a enfermagem aumenta seu arcabouço de possibilidades e estratégias para intervenção em saúde, buscando melhorias na sua prática de cuidado direcionadas a essa população.

O enfermeiro na atenção básica deve focar sua assistência no cuidado em saúde, levando as pessoas a viverem saudáveis, e, consequentemente, terem um envelhecimento com qualidade. Os idosos que praticam atividades físicaspodem agregar conhecimentos por meio de atividades educativas realizadas no ambiente da Academia, ocorrendo paralelamente às consultas de enfermagem, e assim o enfermeiro consegue realizar o acompanhamento das condições de saúde desse idoso e identificar suas necessidades de saúde para planejar possíveis intervenções.

No cuidado de enfermagem, a interação entre enfermeiro e o usuário é primordial. É a partir dela que o enfermeiro conhece suas necessidades objetivando uma assistência holística. Neste contexto, os enfermeiros podem se deparar com diálogos, depoimentos, ações e práticas que os idosos realizam em seu cotidiano em prol de sua saúde e de um envelhecimento com qualidade. Desta forma, reconhece-se o que pensam os idosos acerca da qualidade de vida, de sua saúde, como eles agem frente às suas necessidades, o que vem ao encontro do referencial teórico das Representações Sociais, aplicado nesta pesquisa, pois de acordo com esta Teoria, as ações das pessoas refletem a forma como elas pensam a sua vida, seu cotidiano e os objetos que lhe são afetos.

Nesta perspectiva, Oliveira et al. (2011) defendem a utilização das representações sociais para a identificação das necessidades de saúde. Essas representações, acessadas a partir dos profissionais e das pessoas em geral, permitem a tradução das necessidades de saúde, em uma relação de confronto produtivo, gerador de uma ação pactuada entre profissionais e população. Desta forma, ao acessar as representações sociais (RS) de idosos acerca da qualidade de vida e da saúde, os enfermeiros devem atentar-se para a multidimensionalidade e individualidade que esses significados representam para o cotidiano e para as práticas em saúde realizadas pelos idosos, levados a pensar constantemente nas possíveis intervenções que possam ser feitas.

Os cuidados de si e as práticas relatadas pelos idososrefletemas maneiras de pensar dos sujeitos, portanto, a representação social de um dado objeto indica o que a pessoa sabe sobre ele, de onde vem esse conhecimento e qual efeito tem suas ações, desta forma, esta pesquisa busca responder a seguinte **questão:** Quais são as representações sociais de idosos sobre qualidade de vida? A resposta a esta pergunta mostrará os saberes, atitudes e ações dos idosos sobre o objeto qualidade de vida, o que dará subsídio para o debate situado no campo da saúde e do cuidado.

Incentivar a vida saudável a partir do entendimento das RS permite a compreensão de determinadas ações, especialmente para propor intervenções voltadas para a promoção de qualidade de vida. Nesta configuração, analisar a representação social de qualidade de vida por idosos que fazem parte do projeto de Academia Carioca, no contexto da atenção básica, é uma forma de compreender como se dão as práticas de cuidado em saúde desses idosos inseridos neste contexto e quais estratégias de cuidado em saúde podem ser elaboradas para contemplar as necessidades de saúde apresentadas pelos idosos a partir de suas RS.

Pensando-se na concepção e importância que foram atribuídos ao fenômeno da qualidade de vida e as relações que foram estabelecidas com os cuidados que são realizados

pela enfermagem e seu vínculo com a saúde, busca-se nesta pesquisa compreender a qualidade de vida como objeto de representação social pelo idoso. Logo, **o objeto desta pesquisa** é: a qualidade de vida de idosos, investigado à luz de suas representações sociais, a partir das seguintes questões norteadoras:

Quais são as representações sociais de idosos sobre qualidade de vida e quais relações estabelecem com a saúde?

Como os idosos agem em prol da obtenção de um envelhecimento bem-sucedido com qualidade de vida?

Como o idoso percebe os cuidados em prol de um envelhecimento ativopara sua qualidade de vida?

#### **Objetivos:**

Identificar as representações sociais construídas por idosos sobre qualidade de vida;

Analisar as práticas de cuidado adotadas pelos idosos, relacionadas à qualidade de vida.

Verificar relações existentes entre as ações promovidas em prol de um envelhecimento ativo e as representações sociais dos idosos sobre a qualidade de vida.

Discutir asimplicações das representações sociais construídas pelos idosos para as ações de promoção da saúde e qualidade de vida.

#### Justificativa e Relevância

Com o aumento de pessoas idosas evidencia-se uma preocupação com a qualidade da assistência que está sendo prestada a essa população e como as políticas públicas de saúde comprometem-se com a problemática da saúde dos idosos e a qualidade dos anos obtidos com o envelhecimento.

O presente estudo também se justifica pela necessidade de cumprir com as exigências da Política Nacional de Saúde do Idoso, que busca garantir os direitos à qualidade de vida dos idosos, acesso integral à saúde, e a importância da emergência em estabelecer relações com as práticas que devem ser desenvolvidas pelo sistema de saúde, no âmbito da atenção básica.

Desta forma, as relações de aplicabilidade dos planos e ações das políticas públicas de saúde dos idosos podem ser identificadas a partir do estudo do contexto social e de saúde que os idosos estão inseridos, e através das representações sociais de qualidade de vida construídas por eles, a partir da análise dos sentidos que são produzidos e práticas que são desenvolvidas pelos idosos em benefício de um estilo de vida saudável.

Esta pesquisa investe em programa de envelhecimento ativo desenvolvido na Academia Carioca com intuito de contribuir a produção de conhecimentos sobre idosos desse contexto. Dadas as estimativas do Censo Demográfico do IBGE (2015), as projeções da população idosa com 65 anos ou mais no Estado do Rio de Janeiro superam a média do Brasil. Em 2015, a população idosa no Brasil correspondia a 7,90% da população total; no estado do Rio de Janeiro correspondia a 9,90% da população do estado; as projeções para 2030 revelam 13,44% da população total no Brasil e 16,55% da população total do Estado do Rio de Janeiro.

Pode-se inferir que o estado do Rio de Janeiro vivencia o envelhecimento populacional acima da média nacional e desta forma, justifica-se a necessidade de estudos que contribuam para analisar como os idosos dessa região lidam com a velhice e como agem em função de uma vida saudável.

#### Contribuições

A saúde do idoso e a necessidade de promoção de saúde do idoso estão ligadas ao papel da enfermagem no processo de promoção da qualidade de vida para idosos. A partir do momento que a enfermagem compreende as representações de idosos sobre um fenômeno, consegue debater mais consubstancialmente com ele numa consulta de enfermagem, num atendimento, ou até mesmo redirecionar as atividades de educação em saúde. Avaliar o que precisa ser mais bem focado, enfatizado para que os idosos ampliem seu conhecimento sobre saúde e o cuidado. A partir da análise das representações pretende-se ter elementos para formular ações e propostas para que a enfermeira da equipe de estratégia de saúde da família possa aplicar nas atividades de promoção de um envelhecer saudável.

O estudo e aprofundamento de conhecimentos acerca das caracteristicas socioeconômicas, de práticas cotidianas e sociais, vivências e saberes construídos por idosos são utilizados pela assistência de enfermagem e caracteriza-se por ser uma tecnologia leve de cuidado. Segundo as reflexões de Koerichet al. (2006), as tecnologias leves pertencem às ciências comportamentais e as relações de cuidado se estruturam a partir da produção de vínculo e acolhimento entre profisionais e usuários.

A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1979). Neste sentido, o cuidado de enfermagem, a interação entre enfermeiro e o usuário torna-se primordial para a realização de um cuidado humanizado.

É a partir da interação e do processo relacional que o profissional conhece as necessidades dos usuários e objetiva uma assistência holística por meio de uma análise aprofundada que engloba o cuidado ao usuário inserindo-o no seu contexto, entendendo que a pessoa afeta o todo ao qual pertence e também é afetado por esse contexto a partir dos processos de interação sujeito-sujeito, sujeito-ambiente, sujeito-profissionais de saúde. Neste ínterim, observa-se que este estudo engloba o metaparadigma de enfermagem e busca relacionar os quatro conceitos principais: ambiente, saúde, sujeito e enfermagem.

As representações implicam em práticas, logo, estudá-las contribui para que se estabeleçam nexos entre pensamento e ação ajudando a se pensar as ações de enfermagem. No que tange o reconhecimento dos saberes e práticas produzidos pelos idosos sobre o tema os resultados deste estudo poderão ser aplicados para planejar intervenções que se adequem à realidade e ao contexto em que se inserem, contribuindo para o desenvolvimento do saber da enfermagem em sua dimensão teórica e prática.

Por meio dos resultados desta dissertação, pretende-se aumentar a compreensão das práticas realizadas pelos idosos em benefício de sua saúde e qualidade de vida, a fim de promover o entendimento dessas ações pela equipe de atenção primária de saúde e consequentemente, gerar subsídios para promoção de melhorias na assistência de enfermagem que é prestada. Em consequência, dar visibilidade e contribuir para o aperfeiçoamento e desenvolvimento das estratégias que têm sido realizadas pelo Programa Academia Cariocas de Saúde em benefício à saúde dos idosos e a diminuição de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.

O debate acadêmico sobre o cuidado às pessoas idosas serve como subsídio para se repensar a assistência em enfermagem que tem sido prestada e ensinada na formação dos futuros enfermeiros, especificamente, no que tange as necessidades e particularidades dessa população. No âmbito prático, esse estudo visa contribuir para visibilidade e aplicabilidade das políticas públicas de saúde do idoso, dentre elas, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), a Política de Envelhecimento Ativo (OMS, 2002) e para a visibilidade e compreensão do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com a utilização das ações de atividade física do Programa Academia Carioca de Saúde.

No Programa de Pós-Graduação em enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, este estudo está inserido na linha de pesquisa de "Fundamentos do Cuidado de Enfermagem", no que se refere aos cuidados fundamentais, técnicas e tecnologias no cuidado. Em vista disso, partipa da construção, produção do conhecimento e discussões do Grupo de

pesquisa "Representações e Práticas de cuidado em saúde e enfermagem", articulando-se a outros estudos do Grupo de Pesquisa que tratam das representações sociais a partir dos saberes e práticas produzidas por idosos em diferentes contextos. Ressalta-se sua inserção internacional, uma vez que integra um Programa de Pesquisa sobre envelhecimento e saúde da Rede Internacional de Pesquisa em Representações Sociais e Saúde (RIPRES).

## CAPÍTULO II REFERENCIAL TEORICO-CONCEITUAL

A presente dissertação aplica a abordagem processual da Teoria das Representações Sociais, na análise do fenômeno da qualidade de vida, na perspectiva de idosos, no ambiente de uma academia de saúde acoplada à atenção primária de saúde.

A Teoria das Representações Sociais foi criada por SèrgeMoscovici, e o conceito de representação social foi introduzido a partir de seu estudo sobre o modo como a psicanálise penetrou o pensamento popular na França, trabalho relatado em sua obra "La psychanalyse, sonimageetsonpublic", publicado em 1961 na França (MOSCOVICI, 2003; 2012).

A partir das concepções e discussões sobre a representação coletiva de Durkheim, Moscovici introduziu o conceito de representações sociais. Durkheim foi o primeiro a apresentar em suas discussões a temática das representações utilizando-se do termo "representação coletiva". Com uso dessa terminologia, segundo Moscovici, Durkheim queria mostrar as diferenças do pensamento social em relação ao pensamento individual (MOSCOVICI, 2012).

Segundo Moscovici (2003; 2012), Dukheim defendia uma distinção entre as representações individuais e as coletivas. As representações individuais seriam campo da psicologia, enquanto as representações coletivas seriam objeto da sociologia. Para Durkheim o social predominava em relação ao individual, pois para ele as representações eram construídas socialmente e não individualmente, ele via as representações coletivas como formas estáveis, fixas, capazes de generalizar e demonstrar o que coletivamente a sociedade de seu tempo pensava (MOSCOVICI, 2012; 2003).

Moscovici (2003) adjetivou a representação com o termo "social", pois viu na sociedade moderna modificações nadinamicidade de suas relações, nos aspectos culturais e sociais que geram uma variação de atitudes e uma diversidade de ideias, que resultam em diferentes tipos de representações, o que, consequentemente, inviabilizaria a utilização de um conceito estável como o de representação coletiva trazido por Durkheim.

Para Moscovici (2003),as representações refletem fenômenos sociais que precisam ser descritos e explicados, pois estão relacionados a um modo de compreensão e de comunicação que reflete a realidade, o modo como às pessoas vivem e o que elas pensam. Neste sentido, compreender uma representação permite acessar o conhecimento sobre o que há por trás das relações, das atitudes e o que motiva determinadas atitudes em função da representação construída sobre um fenômeno.

No interesse da investigação em tela, toma-se como objeto de estudo a qualidade de vida do idoso, entendido como um fenômeno de representação social, pois mobiliza discussões nos grupos sociais, estimula ações e tem sido um termo amplamente discutido na mídia, principalmente no que se refere à preocupação com a qualidade dos anos que tem sido adquirido pelos idosos diante do processo de envelhecimento populacional global.

Embora muitas vezes o termo saúde seja utilizado como sinônimo de qualidade de vida, Barbosa (1998) ressalta que é importante descrever tais distinções. Para melhor compreender a área de conhecimento em que se assenta a questão da qualidade de vida é necessário adotar uma perspectiva, ou um paradigma complexo de mundo, pois se expressa na relação entre o ser humano, a natureza e o ambiente que o cerca. Desta forma, para o estudo da qualidade de vida deve-se compreender o grupo de pertença do sujeito, onde e em que condições ele vive, seus hábitos e costumes, qual lugar ele ocupa na sociedade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946). A presente definição reduz o fenômeno da saúde a três dimensões, o que provoca muitas discussões acerca da temática. Análises críticas e ampliadas tornam-se necessárias, dada a importância de considerar a multidimensionalidade do conceito de saúde.

Em 1986, a partir da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Otawa, o Canadá apresentou uma carta de intenções. Carta esta em que se redefine e se amplia o conceito de saúde a partir da discussão acerca da promoção da saúde. Desta forma, apresenta como condições e recursos fundamentais para se ter saúde: a paz, a habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema sustentável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002).

Na mesma Carta de Otawa (OMS, 1986), a saúde é definida como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. Ou seja, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, dependerá do período, do ambiente, da classe social e das condições econômicas (SCLIAR, 2007). E desta forma, a saúde pode ser compreendida como individual, dependente das necessidades e condições gerais que tratem de forma completa os aspectos multidimensionais das pessoas.

No que se refere ao direito da população ao acesso à saúde, a Constituição Federal de 1988, artigo 196 (BRASIL, 1988, p 33) diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Nesta perspectiva, os serviços de atenção à saúde por meio das políticas devem realizar a promoção da saúde, que é considerada o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (OMS, 1986).

A Declaração de Alma-Atareafirma que a saúde é um direito humano fundamental, e que para se alcançar níveis desejáveis de saúde há uma necessidade de envolvimento e investimentos não só de setores da saúde, como também dos setores sociais e econômicos. A manutenção de condições de saúde satisfatória favorece o desenvolvimento socioecômico da população e afeta positivamente a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2002).

Na mesma perspectiva de atenção às necessidades dos indivíduos e dos grupos, Moraes (2009) define saúde como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças. O foco da saúde estárelacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo.

Para o autor, a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar sua atividade sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças. No entanto, a saúde não pode ser vista somente como um processo individual, mesmo que o individuo tenha algum grau de dependência, devem ser considerados saudáveis a partir do processo de interação social, inserção em grupos e atividades auxiliadas que atendam suas necessidades de saúde e promova satisfação.

De acordo com Souza (2013), o conceito de qualidade de vida foi criado pelo economista J.K. Galbraith, em 1958, que veicula uma visão diferente das prioridades e efeitos dos objetivos econômicos de tipo quantitativo. De acordo com este autor, as metas político-econômicas e sociais não deveriam ser perspectivadas tanto em termos de crescimento econômico quantitativo e de crescimento material do nível de vida, mas sim de melhoria em termos qualitativos das condições de vida dos homens.

O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. Assim, a preocupação com o conceito

de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK et al., 1999). Neste sentido, mesmo que o termo tenha surgido em um contexto em que se evidenciava os interesses políticos e econômicos, percebe-se que há uma preocupação e uma necessidade de modificar as prioridades, dar importância aos aspectos individuais e situacionais de vida de forma subjetiva.

Nesta mesma perspectiva, a qualidade de vida pode ser vista em termos individuais, de grupos ou de grandes populações. Segundo Cramer e Spilker (1998) os domínios de qualidade de vida mais frequentemente descritos na literatura dividem-se em quatro categorias: condição física, condição psicológica, interação social e condições econômicas. Observa-sequea qualidade de vida traz em si aspectos multidimensionais para estudo, que ressalta a importância de um olhar global para o fenômeno.

A qualidade de vida tem sido abordada por diversos campos de estudo e diferentes áreas de interesse, nos quais se aplica de distintas formas, definições e conceitos para a expressão, o que, consequentemente, confere complexidade para delimitá-la. E nesta perspectiva, torna-se importante situar o contexto e definir os limites para que a terminologia "qualidade de vida" seja utilizada de forma apropriada.

O fenômeno da qualidade de vida na área de saúde tem sido conceituado de duas diferentes formas: qualidade de vida no sentido genérico e qualidade de vida relacionada à saúde. Quando tratada de forma mais genérica, apresenta uma acepção mais ampla, utilizada em estudos sociológicos, que se preocupamcom a mobilização cultural e social que o fenômeno traz para a sociedade, e não se atéma referenciá-lo com processo de adoecimento ou agravos(SEIDL; ZANNON, 2004).

A conceituação trazida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ilustra com êxito a extensão que o fenômeno engloba no sentido geral. Para a Organização Mundial de Saúde, a partir da reunião de vários especialistas de várias partes do mundo (The WHOQOL Group, 1995), o termo qualidade de vida pode ser definido como:

A percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações(The WHOQOL Group, 1995, p. 1405).

Esta definição foi elaborada pelo grupo World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group), de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial da

Saúde (OMS, 1994). A partir de tal definição, entende-se que a OMS atribui uma visão global do termo qualidade de vida, estabelece uma noção multidimensional dos seus significados, com os aspectospsicológicos e físicos, individuais e pessoais, e relaciona sua construção, por meio de suas relações, crenças, seu contexto de vida, social e cultural.

Nesta mesma perspectiva, Seidl e Zannon (2004) ressaltam em seu estudo que os trabalhos que se utilizam da abordagem genérica, incluem em suas amostras indivíduos saudáveis, ativos, não se restringem a amostra de sujeitos com patologias específicas. Para Cramer e Spilker (1998), a qualidade de vida não relacionada diretamente à saúde apresenta quatro eixos ou domínios: interno e pessoal, pessoal e social, meio ambiente natural externo e meio ambiente social e externo. Cada um desses domínios subdivide-se em diferentes componentes que dependem de fatores individuais e pessoais, irão variar de acordo com o contexto em que a pessoa estiver inserida.

Ao contrário disso, a utilização da conceituação de qualidade de vida relacionada à saúde parece implicar os aspectos mais diretamente associados às doenças, aos sintomas ou disfunções, aos agravos ou aos tratamentos e intervenções em saúde. Mesmo que haja controvérsia entre alguns autores, os instrumentos de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam ainda a percepção geral da qualidade de vida, embora a ênfase habitualmente recaia sobre os sintomas, as incapacidades, ouaslimitações ocasionadas por enfermidades (SEIDL; ZANNON, 2004).

No que diz respeito às diferentes abordagens, conceitos e avaliações, a literatura científica traz a discussão de diferentes autores sobre o fenômeno da qualidade de vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Para Day e Jankey (1996), os estudos em qualidade de vida são classificados de acordo com quatro abordagens gerais: socioeconômica, psicológica, biomédica e geral ou holística.

No mesmo estudo citado anteriormente, os indicadores sociais são trazidos como principais elementos da abordagem socioeconômica. A mesma pode ser utilizada para avaliar a qualidade de vida por meio de parâmetros de desenvolvimento educacional, social e econômico de um grupo ou população, pela instrução, escolaridade, segurança, violência, renda familiar, poder de compra, entre outros exemplos.

Segundo Day e Jankey (1996), a abordagem psicológica busca indicadores que tratam das reações subjetivas e individuais de cada indivíduo que tem sua qualidade de vida avaliada. Nesta abordagem, relaciona-se às vivências e experiências e como elas são percebidas subjetivamente pelos sujeitos e desconsidera o contexto ambiental em que está inserido. Já nas abordagens biomédicas, são relacionadas as teorias médicas de qualidade de vida que têm por

base a cura e sobrevivência das pessoas, seu emprego na literatura vem sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social.

Nesta continuidade, as abordagens gerais ou holísticas parecem surgir para aglutinar e somar os diversos aspectos que faltam nas abordagens anteriores, dando origem a uma única, que engloba o conceito de qualidade de vida em suas múltiplas dimensões.

Segundo Renwick e Brown (1996) o conceito de qualidade de vida é multidimensional, de organização complexa e dinâmica dos seus componentes, difere de pessoa para pessoa de acordo com contexto social e cultural. Características como valores einteresses são importantes de serem considerados. A qualidade de vida éconsiderada para esta abordagem um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde.

Neste sentido, pode-se inferir que uma abordagem holística permite a compreensão da qualidade de vida a partir da consideração de um indivíduo como um todo, complexo, com necessidades e aspectos individuais, inserido em um contexto social, econômico, ausente ou ativo em sua comunidade, independente ou dependente de outras pessoas. Ela permite o acesso às dimensões necessárias para obtenção de informações que podem estar relacionadas comas condições de saúde da pessoa idosa, a partir da compreensão da qualidade de vida sob os aspectos subjetivos, individuais, globais e situacionais construídos pelo sujeito.

Desta forma, toma-se como fundamental e relevante para a área da saúde o posicionamento acerca das discussões sobre os aspectos gerais ou holísticos daqualidade de vida. Nesta perspectiva, em meio a importância atual dada à qualidade de vida de idosos, é que este estudo investe em acessar a construção individual, multidimensional e subjetiva daqualidade de vida pelos idosos a partir da teoria das representações sociais.

Em estudo realizado por Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida é abordada em meio às discussões de representações, a partir de uma noção polissêmica, que aborda diferentes sentidos, significados, saberes e experiências. Neste mesmo estudo, evidencia-se que o fenômeno da qualidade de vida tem sido encontrado nos discursos da coletividade em geral, relacionando-os em seu ambiente familiar, social, pessoal e ambiental. Portanto, configura-se em objeto de representação social, passível de ser estudado à luz da teoria de Moscovici (2012).

A obra de Moscovici busca trazer a importância do saber popular acerca das dimensões do cotidiano, do modo como as pessoas vivem, pensam e agem. O acesso às representações sociais permite a construção social da realidade, pois as RS unem as dimensões objetivas e subjetivas, ou seja, resultam da influência dos aspectos científicos e

psíquicos somados às dimensões culturais, hábitos, costumes, e diversos tipos de conhecimentos que se apresentam no cotidiano das pessoas (MOSCOVICI, 2012).

Conforme Pereira, Teixeira e Santos (2012), a qualidade de vida é um conceito que precisa, constantemente, ser discutido e revisado de acordo com o avanço do conhecimento e da sociedade. Desta forma, para que se compreeda e se acesse a dimensão explicativa dossentidos e percepções das pessoas sobre o fenômeno, é necessário acessar suas redes de comunicação sociais e culturais, seu ambiente, os elementos históricos, pessoais e familiares que o constituem.

O estudo da qualidade de vida pela perspectiva do idoso com base na teoria das representações sociais permitea compreensão da construção do pensamento e do comportamento de idosos acerca da sua qualidade de vida. A partir de uma análise holística, compreende-se os aspectos multidimensionais dados ao fenômeno, do contexto que esse idoso está inserido e quais suas relações com as representaçõesde qualidade de vida construídas por eles. Desta forma, evidencia-se a complexidade de se estudar a construção da representação social de qualidade de vida, diante das diversas dimensões que a cercam, e da quantidade e qualidade de informações e conhecimentos que são divulgados a respeito do fenômeno.

Neste contexto, as representações são formas de conhecimento construídas a partir da apreensão de informações que circulam em um contexto, sejam elas pertencentes a história de vida, a influência de jornais, reportagens televisivas, a partir da leitura de um livro, conversas no ônibus, no consultório, experiências e vivências. E desta forma, toda representação social pode ser resultado da junção dos aspectos individuais, intelectuais, das informações, crenças, saberes, podem ser influenciadas pelo ambiente físico, pela cultura, pelas condições sociais e pode ser fonte explicativa para a forma como agimos em nosso cotidiano e pensamos sobre determinado fenômeno que nos é colocado.

Para estudo das RS é necessário estar ciente de que temos em nossa sociedade, segundo Moscovici, dois universos de pensamento, o universo consensual e o reificado. Por universo consensual, trata-se do conhecimento que permite a comunicação dos grupos, que é acessível a todos, pode-se usualmente tratá-lo como senso comum, sabendo-se que o mesmo pode ser variável, ou seja, ações externas podem agir a fim de influenciá-los e reconstruí-los (MOSCOVICI, 2003; ARRUDA, 2002).

Desta forma, o senso-comum está sujeito à influência do contexto social, dos meios de comunicação, da mídia, televisão, rádio, internet, publicidade, pois ambos são veículos para exposição de conhecimentos e informações. Segundo Moscovici (2003) o senso comum éalgo que está constantemente sendo construído, desconstruído e ganhando outras formas em nossa

sociedade, isso deve à divulgação contínua de conhecimentos, informações que circulam entre a população pelos meios de comunicação, pelas relações de diálogo e pela mídia. Os saberes que advêm da ciência vão sendo encarados como secundários, pois só penetram no senso comum os que são interpretados, introduzidos no cotidiano, nas conversas, nos comportamentos e vão sendo adaptados a realidade a si mesma.

Ao contrário, no universo reificado, a sociedade pode ser vista de forma estratificada por um sistema de diferentes papéis e classes. Ou seja, o conhecimento presente no universo reificado pertence a ciência, aos especialistas, às profissões, às organizações e sistemas, em que nem todos possuem o mesmo direito de acesso e comunicação sobre o mesmo. Retrata a realidade, independente da consciência dos sujeitos (MOSCOVICI, 2003; ARRUDA, 2002).

Para Moscovici (2003), a finalidade do universo reificado é estabelecer um modelo rígido dos objetos e acontecimentos independente de nossa vontade ou consciência, que não são variáveis, onde devemos agir de modo imparcial sem questionamentos. Já o universo consensual compreende as representações sociais, essas, por sua vez, fazem parte da costrução de nossa consciência coletiva, explica os objetos e acontecimentos de tal modo que eles se tornam acessíveis a qualquer um e coincidem com nossos interesses imediatos. Desta forma, as representações sociais podem ser utilizadas para explicar os fenômenos do universo reificado e trazê-los para o universo consensual dos indivíduos, onde os mesmos possam ser descritos, acessados e possam fazer parte dos diálogos e da comunicação entre as pessoas.

Segundo Almeida (2012), o universo de conhecimento em qualidade de vida se expressa como uma área multidisciplinar de conhecimento que engloba além de diversas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo. Nessa perspectiva, se lida com inúmeros elementos do cotidiano do ser humano, considerando desde a percepção e expectativa subjetivas sobre a vida. Desta forma, o conhecimento sobre qualidade de vida se apresenta como pertencente aos dois universos de pensamento da sociedade: o consensual e o reificado.

Neste sentido, no contexto de vida dos idosos, seu universo consensual, ou seja, suas representações acerca da qualidade de vida podem estar estruturadas e influenciadas, a partir de reportagens na TV, conversas, propagandas, através de uma consulta com a enfermeira ou o médico, de atividades de educação em saúde realizadas na sua comunidade e no ambiente da atenção básica. A todo o momento, os idosos recebem e passam informações através do processo de comunicação e é através desses acontecimentos que fazem surgir suas representações.

Como forma de conhecimento prático que liga um sujeito a um objeto, a RS expressa as experiências vividas pelo sujeito, e justifica determinadas ações e formas de pensar sobre determinado fenômeno (JODELET, 1989; 2001). Por meio da RS, o sujeito substitui o objeto por símbolos, confere-lhe significados de acordo com o modo como o interpreta (JODELET, 2001). Desta forma, toda interpretação e toda representação construída por determinado objeto será carregada de aspectos subjetivos e individuais com base no universo de pertença do sujeito. Com base nestas explicações é que esta pesquisa investiu em conhecer as representações de qualidade de vida por idosos, em um universo e contexto de participação em um programa de envelhecimento ativo para melhor compreender suas ações de cuidado de si, em prol da saúde.

Para que representações sociais sejam construídas os sujeitos devem estar inseridos em grupos sociais, devem sentir-se pertencentes a esse grupo. O programa de envelhecimento ativo ou grupo social, por sua vez, deve possibilitar a interação entre os membros, permitir a troca de informações, ideiais e conhecimentos. Esses conhecimentos circulam entre os sujeitos e influenciam suas atitudes e sua forma de pensar. Assim, os idosos pensam e produzem explicações sobre o objeto qualidade de vida à luz do grupo social que partilha, havendo características identitárias pertencentes aos sujeitos deste grupo.

Desta forma, Moscovici (2012) busca descrever a RS como um conjunto de opiniões, comportamentos, considerações, que estão em meio às discussões em determinado ambiente ou grupo de pessoas. Segundo o autor, essas representações irão variar de acordo com a classe social, a cultura ou o grupo de pertença dos sujeitos, pois constituem pensamentos, saberes e ideias, ou seja, tem-se um universo de opiniões: "Cada universo, por hipótese, possui três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem" (MOSCOVICI, 2012, p.62).

Segundo Moscovici (2012), a informação se refere a forma como os saberes sobre determinado objeto são construídos e estruturados, ou seja, de que modo os conhecimentos e informações sobre determinado fenômeno circulam e se organizam no cotidiano e no universo de pertença de um individuo. A dimensão de informação irá acessar como o idoso estrutura o seu conhecimento sobre qualidade de vida, o que ele sabe sobre o fenômeno e por meio de qual veículo seus saberes sobre o assunto foram organizados.

A dimensão designada "campo de representação" ou "imagem" irá refletir a ideia de um círculo com limites definidos, uma área em que estejam inseridos elementos que se relacionam com o objeto de representação e possam ser identificados de forma hierarquizada (MOSCOVICI, 2012). Ou seja, outros componentes que representarem aspectos que tratem

do conteúdo do fenômeno da qualidade de vida, objeto em questão, podem ser discutidos e analisados com base na ideia de que pertencem ao mesmo "campo de representação" da qualidade de vida. Neste campo podem estar inseridas, ideias, valores, significações e imagens.

Para Moscovici (2012) a noção de atitude busca mostrar como um sujeito age em relação a um determinado objeto, como ele se posiciona frente a um determinado fenômeno. Neste sentido, a noção da dimensão de atitude busca compreender quais ações os idosos têm frente ao objeto qualidade de vida, quais práticas de cuidado em saúde e o que eles fazem em prol de sua qualidade de vida. A noção de atitude está ligada à orientação global do sujeito, carregada de conotação afetiva, escolhas, opiniões e experiências.

A representação social é responsável por guiar os comportamentos e remodelar os elementos do ambiente no qual o comportamento deve acontecer; e em função das relações de determinado objeto e contexto em que os sujeitos estão inseridos, as atitudes são explicadas e justificadas (MOSCOVICI, 2012). As RS são elaboradas socialmente e funcionam no sentido de interpretar o "pensar" e o "agir" sobre a realidade. Desta forma, a partir das representações construídas por determinado objeto, pode-se esperar atitudes referentes a ele, ou seja, é importante conhecer o modo de conhecer dos sujeitos, de onde ele vem e de onde ele fala, o que instrui seus pensamentos e suas ações.

Nesta lógica, o conhecimento sobre a RS de qualidade de vida por idosos permite o acesso às atitudes e comportamentos que os individuos têm ou possam vir a ter em função do fenômeno. Ou seja, pode-se deduzir determinadas ações de idosos referentes ao cuidado de sua saúde frente a forma como eles pensam sobre a sua qualidade de vida e desta forma pode-se propor um plano de cuidados e orientações de acordo com a necessidade apresentada pelo idoso. O objetivo prático das RS é modificar as estratégias de intervenção e mobilizar o afeto dos sujeitos, acrescentando outros elementos, novas ideiais ao seu cotidiano, para que os mesmos possam reorganizar sua lógica de pensar sobre determinado objeto e ter atitudes diferentes.

A abordagem processual das RS busca compreender os processos de sua formação, que envolvem processos de dinâmica social e psíquica dos sujeitos. Onde o funcionamento cognitivo e o sistema social, os grupos e as interações, em conjunto, afetam a gênese das representações.

Neste sentido, Moscovici (2012) mostra que cada representação social terá uma estrutura, será criada por dois mecanismos, possuirá duas faces, uma figurativa e outra simbólica. A face figurativa estará relacionada ao processo de objetivação que consiste em dar

materialidade a um objeto abstrato, ou seja, o sujeito vai materializar o que é desconhecido por ele, vai nominá-lo para torná-lo próximo.

A objetivação diz respeito a como se organizam os elementos constituintes de uma representação e ao percurso através do qual tais elementos aquirem materialidade e se tornam expressões da realidade pensada como natural. É a atribuição de um "nome" a uma ideia, transformação do abstrato em um objeto concreto. Neste processo, aplicado no presente estudo, o idoso vai atribuir ao fenômeno da qualidade de vida outros nomes, nomes de elementos que façam sentido ao seu cotidiano, ou seja, materializar a qualidade de vida em suas ações, seus hábitos, experiências.

A face simbólica estará relacionada ao processo de ancoragem que consiste em dar a uma figura um sentido. O sujeito atribui ao fenômeno o mesmo sentidoque atribui a algo que ele já conhece ou que esteja próximo a ele em seu cotidiano. Ou seja, dá ao desconhecido o mesmo sentido que dá ao outros elementos pré-existentes na realidade social e, consequentemente, torna-o familiar (MOSCOVICI, 2012). É por meio deste proceso que as representações se enraízam nas relações sociais. Pode-se entender que a construção de uma representação sobre algo, por meio dos processos de ancoragem e objetivação, são tentativas de aproximação, compreensão ou distanciamento sobre determinado objeto.

Para justificar esses processos Moscovici (2003, p. 54) ressalta que "a finalidade de toda representação é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade." A função social desses processos consiste em facilitar a comunicação entre os sujeitos, a partir da familiarização, o objeto, antes desconhecido, passa a integrar o diálogo e circular no cotidiano prático como uma forma de conhecimento capaz de influenciar comportamentos e guiar ações.

Assim, o estudo das representações sociais de qualidade de vida permite a compreensão de como se dá o processamento de familiarização do fenômeno da qualidade de vida pelos idosos, por quais meios eles utilizam-se para explicar e aproximar-se do fenômeno. Desse modo, a partir dos processos de ancoragem e de objetivação a representação social de qualidade de vida será construída pelos idosos, que atribuirão à qualidade de vida materialidade, aproximando-a de elementos que lhe sejam familiares e que lhe façam sentido em seu cotidiano e grupo de pertença.

A qualidade de vida é um fenômeno de importância para a sociedade, a partir das relações que estabelece com as práticas sociais e comportamentos dos indivíduos. Na atualidade, são crescentes as discussões que trazem a preocupação com a qualidade de vida no processo de envelhecimento. O interesse em agregar saúde e qualidade aos anos de vida que

têm sido adquiridos pelos idosos é global, em função dos fatores já citados anteriormente no capítulo I, e as repercussões negativas do acometimento de patologias durante o envelhecimento.

Nesta perspectiva, as práticas desenvolvidas para o cuidado da saúde do idoso, os hábitos de vida, os costumes e as ações na perspectiva do cuidar de si, também podem ter sofrido modificações com o tempo. Com as transformações do processo de aquisição de conhecimentos e estudos, a proximidade e facilidade por novas informações, a divulgação da mídia e dos meios de comunicação, são responsáveis pela valorização de um envelhecimento com qualidade de vida.

Os idosos podem ser considerados sujeitos de um sistema complexo e rico de dimensões a serem estudadas, sendo que estão inseridos em um contexto social que sofreu e sofre transformações, possuem uma trajetória de vida, histórias, além de terem acumulado relativa bagagem através de mudanças de valores que presenciaram ao longo dos anos. Desta forma, torna-se fundamental buscar a apreensão das representações construídas pelos idosos sobre o fenômeno e quais relações estas representações articulam com as práticas de saúde.

Com base na TRS é necessário descrever o contexto social, econômico, cultural e de saúde que os sujeitos estão inseridos, pois as representações são reflexos das informações que circulam no cotidiano prático dos sujeitos. Desta forma, buscamos cercar a complexidade do objeto de estudo, que neste caso é o fenômeno da qualidade de vida e desta forma, relacionála com as dimensões que se inserem na vida dos idosos, ou seja, buscar conhecer as características que circundam a vida desses idosos, para se fazer compreender a partir de quais fatores e informações essas representações são construídas.

Sendo assim, o estudo das representações acerca da qualidade de vida por idosos pode tornar-se instrumento interessante para a compreensão do universo de significados que é construído sobre a mesma, ampliam-se as alternativas de se realizar a busca por uma boa qualidade de assistência, frente às possibilidades individuais de ação de cada usuário, frente a realidade vivida e limitações que podem estar presentes no âmbito da saúde, social e econômico.

O acesso às RS pode ser um mecanismo de identificação das características e necessidades dos usuários. Elas podem instrumentalizar o cuidado de enfermagem, dar novos recursos e novas possibilidades para realização de uma assistência que corresponda às particularidades e carências apresentadas pelos idosos. Entendendo melhor essas representações construídas pelos idosos consegue-se trabalhar o processo de enfermagem e de educação em saúde de forma mais efetiva, com estratégias de autocuidado voltadas para os

idosos e, desta forma, fazer circular elementos no universo consensual dos grupos sociais em que eles circulam, colaborando para que as ações preventivas e de promoção da saúde possam ser eficazes.

A transformação de hábitos nocivos para saudáveis está representada pela perspectiva de ganhos a mais de anos de vida com qualidade e o interesse em desenvolver práticas de cuidados em saúde objetivando adquiri-los. Neste aspecto, a relação que os idosos estabelecem com suas práticas de saúde e a compreensão dos significados e valores que são atribuídos ao viver com qualidade, objeto em questão, possuem dimensões para estudo a partir de análises com base nas representações sociais, já que integram um grupo específico com ricas atribuições para formação de conhecimento da prática de cuidados de enfermagem à luz da teoria.

# CAPÍTULO III METODO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, analítico e explicativo com aplicação da abordagem processual da Teoria das Representações Sociais para exploração dos conteúdos que conformam os saberes de idosos sobre o objeto em questão.

A natureza qualitativase expressa na abordagem, entendimento, descrição e explicaçãodo fenômeno da qualidade de vida por meio das experiências individuais e subjetivas dos idosos, que podem estar relacionadas com a história ou as práticas cotidianasque os mesmos realizam, e por meio do registro das interações e comunicações que estejam sendo desenvolvidas entre esses indivíduos no grupo que estão inseridos. O caráter exploratório e analítico se justifica por se tratar de um fenômeno pouco investigado, até o momento, no sentido de buscar uma maior compreensão, por meio da análise de representações sociais da qualidade de vida, principalmente no que se refere as relações que se estabelecem com as práticas para um envelhecimento ativo realizada por idosos.

### Participantes, captação e delineamento da amostra

O público alvo foi composto por idosos com 60 anos ou mais e optou-se pelo desenho de amostra qualitativa não probabilística, aleatória e por conveniência, razão pela qual a captação dos participantes foi feita inicialmente, pela entrega de 50 convites para participar da pesquisa. Na medida em que o convidado aceitava participar, implementava-se os procedimentos éticos e o agendamento da coleta de dados, adequando-se os horários ao longo da semana e nos finais de semana, de acordo com a disponibilidade de cada um dos idosos.

Dos 50 convites distribuídos, houve retorno positivo de 30 idosos, que aceitaram participar da pesquisa, e 20 alegaram indisponibilidade de tempo devido a responsabilidades domésticas e de trabalho ou não se sentiram à vontade e demonstraram timidez excessiva para conversar com a pesquisadora.

Os 30 candidatos foram integrados à fase de coleta de dados e, na medida em que a pesquisadora aplicou as técnicas e obteve os dados, procedeu com a análise preliminar constatando a configuração do quadro empírico da pesquisa. Os dados produzidos mostraramse suficientes para responder às questões norteadoras e alcançar os objetivos, razão pela qual se decidiu pela cessação da captação dos participantes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).No caso, a principal técnica utilizada foi a entrevistas semi-estruturadas, e com

aidentificação dos tipos de respostas dadas pelos participantes, atingiu-se a saturação a partir da análise da recorrência de respostas nas entrevistas pré-analisadas, sem que nenhuma nova informação fosse registrada; nesse caso, a coleta de novos dados acrescentaria poucas informações na discussão.

Desta forma, aamostra deste estudo foi composta por 30 idosos (usuários com 60 anos ou mais) de acordo com a classificação de faixa de idade da Organização Mundial de Saúde. (OMS, 2002). Os critérios de inclusão foram: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos; ambos os sexos; que tivessem a comunicação verbal e cognição preservadas, para permitir exequibilidade da entrevista; que participassem das atividades da Academia Carioca por no mínimo 30 dias. Os critérios de exclusão foram: irregularidade na frequência às atividades e/ou ausentes nos dias de coleta de dados. A avaliação da capacidade de comunicação verbal e das condições cognitivas dos idosos foi feita por meio de evidências clínicas captadas na fase da observação exploratória.

Os idosos participantes da Academia Carioca são idosos cadastrados na Clínica de Estratégia de Saúde da Família, que residem na área de abrangência, próximo à Unidade Básica de Saúde (UBS). A Clínica da Família Maria Sebastiana de Oliveira atende os moradores dos Bairros Moneró (Parte), Tauá (Parte), Praia da Rosa e Dendê (Parte), na Ilha do Governador. Está situada na região da CAP 3.1 e foi inaugurada no dia 18 de Maio de 2011. Coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, possui Equipes compostas por Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Dentista, Técnico de saúde Bucal e Agente Comunitárioque são responsáveis pela prestação de cuidados a população como um todo que reside no território e pela realização da assistência de idosos e de seus familiares. A Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composta por Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudióloga e Educadora Física.

#### Campo da pesquisa

O campo foi constituído especificamente pela Academia Carioca de Saúde de uma Clínica de Saúde da Família, localizada na cidade do Rio de Janeiro. Realizou-se neste campo pelo ambiente da Academia Carioca de Saúde ser um local de socialização entre os idosos, onde estabelecem conversações, adquirem conhecimentos sobre questões de saúde, e possivelmente constroem representações sobre elas.

Primeiramente, houve uma aproximação e reconhecimento oficiais do local e da direção, com extensão aos setores de gerência e administração da Clínica para que os objetivos do estudo e as intenções de pesquisa fossem esclarecidos. Com a permissãoda concretização da pesquisa, apresentou-se o Termo de Autorização da Clínica para a direção firmando a parceria com o projeto.

Diante disso, iniciou-sea fase de observação exploratória e familiarização com o local durante o período de dois meses, em que a pesquisadora se manteve em contato com os participantes do grupo no período da manhã de segunda a quinta-feira. Foi apresentada a proposta da pesquisa ao grupo e aos que aceitaram participarfoidado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, apóslido, foi assinadopelos participantes e, assim, deu-se início à produção dos dados. Como dito anteriormente, durante a observação exploratória foi possível aavaliaçãodos parâmetros clínicos dos participantes da Academia que viabilizassem a entrevista (para seleção dos 50 convidados para a participação da pesquisa). Avaliou-se a estrutura do campo de pesquisa e fez-se acaracterização da dinâmica do grupo.

### Técnicas de produção e análise dos dados

A produção de dados realizou-se em três momentos: O primeiro foi a fase de observação exploratória utilizada como técnica secundária, para inserção da pesquisadora no ambiente de coleta de dados, quando foram captadas informações sobre a dinâmica do grupo e sobre operfilde condições de saúde dos idosos que frequentam a Academia Carioca, a partir de fontes documentais (relatórios e formulários de inscrição) dos mesmos, preenchidos pela Professora responsável pelas atividades da academia. No segundo momento, aplicou-se um instrumento com a finalidade de identificar os dados sócios demográficos (APÊNDICE A), tão necessários para os estudos de Representações Sociais (RS), uma vez que é preciso identificar o perfil do participante nas variadas dimensões e grupos de pertença. Tais dados versam sobre a realidade de vida, o contexto social e econômicoqueos participantes estão inseridos. Esses elementos são de grande importância, pois permite compreender as condições de produção das representações sociais.

Como visto no capítulo II, a teoria das RS versa sobre a produção dos saberes sociais. Saber aqui se refere a qualquer saber, mas a teoria está especialmente dirigida aos saberes que se produzem no cotidiano, e que pertencem ao mundo vivido (JOVCHELOVITCH, 1998). Desta forma, é importante a contextualização sociodemográfica e do cotidiano desses idosos,

quais as condições econômicas particulares desses idosos, como é caracterizado o ambiente social em que está inserido, por quais motivos se tornaram participantes da academia, ou seja, cercar o sujeito em seu contexto para reconhecer seu grupo de pertença.

No terceiro momento foi realizada a entrevista em profundidade com questões abertas acerca do cotidiano, das atividades que o idoso pratica, de modo que o participante pôde falar livremente sobre o que lhe foi perguntado (ANEXO B). Esta fase teve a intenção de buscar as explicações dos participantes sobre o fenômeno da qualidade de vida, o que eles pensam e quais as práticas que realizam em função de sua qualidade de vida.

Os conteúdos das entrevistas foramregistrados por um Gravador de Áudio, transcritos e preparados para receber o tratamento analítico do software de análise quanti-qualitativa de dados textuais denominados Alceste (AnalyseLexicale par Contexte d'um Ensemble de Segments de Texte), versão 2012.

Enquanto técnica, o Alceste investiga a distribuição de vocabulários em um texto escrito. Como metodologia, integra uma grande quantidade de métodos estatísticos sofisticados através da segmentação, classificação hierárquica, análise de correspondências, dentre outros recursos, configurando-se em um método de exploração e descrição (KRONBERGER; WAGNER, 2004).

Para a análise do Alceste, a confecção do corpus obedece a critérios exigidos pelo próprio programa. Em primeiro lugar, os dados de texto devem mostrar certa coerência para garantir uma lógica quantificável da análise estatística de textos. Em segundo, é útil para textos volumosos e/ou número significativo de sujeitos. Atende satisfatoriamente à condição de respostas advindas de perguntas abertas, entrevistas, narrativas orais, dados de mídia, artigos ou capítulos de livros a partir de um foco comum (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

A transcrição das entrevistas foi realizada na íntegra, perguntas da pesquisadora e respostas dos sujeitos. Para o processamento do programa Alceste realizou-se o preparo do *corpus*. O mesmo se deu de forma a realizar correção e revisão das palavras transcritas, retirou-se letras maiúsculas presentes no meio das frases, utilizou-se underline (\_) nas palavras cujo sentido é construído em composição, a exemplo de: qualidade\_de\_vida, atividade\_física, clínica\_da\_familia, agente\_comunitário\_de\_saúde. Retirou-se espaçamento entre linhas e pontuações como dois pontos (:), ponto de exclamação (!), ponto de interrogação (?). Após esse preparo o texto foi inserido em um único arquivo texto em Word (*corpus* de análise).

Cada entrevista (UCI) foi separada por linhas de comando, compostas por códigos específicos para reconhecimento do programa Alceste. As linhas de comando iniciaram-se por quatro asteriscos, (\*\*\*\*), espaço, mais um asterisco (\*) e os códigos para as varáveis utilizadas: sujeito, idade, estado civil/conjugal, escolaridade, aposentadoria, residência e tempo de participação das atividades (suj\_; id\_; est\_; esc\_; apo\_; res\_; part\_). No quadro 1 consta a listagem de códigos das variáveis utilizadas nas linhas de comando das UCIs:

Quadro 1 - Listagem de códigos utilizados na linha de comando:

Sujeito (entrevistado) – Suj	Sujeito- código (cod): suj_01
Sexo – sex	Feminino- cod: sex _1
	Masculino- cod: sex_2
Idade – id	60-65- cod: id_1
	65-70- cod: id_2
	70-75- cod: id_3
	75-80- cod: id_4
	80-85- cod: id_5
Estado civil- est	Solteiro- cod: est_1
	Casado-cod: est_2
	Viúvo-cod: est_3
	Divorciado-cod: est_4
Escolaridade –esc	Não estudou- cod: esc_1
	Ensino fund. incompleto- cod: esc_2
	Ensinofund. completo- cod: esc_3
	Ensino médio incompleto-cod: esc_4
	Ensino médio complete- cod: esc_5
	Ensino superior- cod: esc_6
Aposentadoria- apo	Aposentado e não trabalha- cod: apo_1
1	Não aposentado e trabalha- cod: apo_2
	Aposentado e trabalha-cod: apo_3
	Desempregado- cod: apo_4
Reside- res	Sozinho- cod: res_1
	Com esposo-cod: res_2
	Com filhos-cod: res_3
	Com familiares-cod: res_4
	Com esposo e filhos-cod: res_5
	Com filhos e familiares-cod: res_6
Tempo de Participação -par	1 a 6 meses- cod: par_1
1 1 1	6 meses a 12 meses- cod: par_2
	13 meses a 18 meses- cod: par_3
	19 meses a 24 meses- cod: par_4
	25 meses a 36 meses- cod: par_5
	Maior que 36 meses – cod: par_6

O próprio *software* Alceste divide o texto em unidades de contexto, realiza a redução às raízes das palavras principais e distribui os léxicos, separando-os em frequências e associações em função da similaridade ou da classe.

Osoftware Alceste capta grupamentos e realiza essas classificações lexicais, cabendo ao pesquisador rastrear os sentidos dessas classes, nomeá-las e realizar a análise dos conteúdos, com base nos léxicos, à luz da Teoria das Representações Sociais.

O método Alceste permite captar os grupamentos e as classificações lexicais dos discursos de diferentes populações. Essas classes são relacionadas aos indicadores psicossociais, de modo a elucidar a maneira pela qual o grupo estabelece as relações sobre o objeto social representado (LIMA, 2008). Neste caso, o objeto social qualidade de vida foi investigado em um grupo de idosos e os resultados processados pelo Alceste evidenciaram os sentidos e as representações sociais produzidas por eles.

A técnica de triangulação ocorreu com a análise de dados contextuais, coletados no período de observação, a análise descentente e ascendente derivadas do Alceste. A triagulação como estratégia de pesquisa para o estudo das representações sociais é de interesse primordial pois se dá a partir da utilização de diferentes fontes de dados em um único estudo com o objetivo de articulá-los e combiná-los a partir de seus diferentes resultados, a fim de verificar a precisão e validade das informações, assim como complementar lacunas e aprofundar a análise do objeto de estudo (APOSTOLIDIS, 2006).

O programa Alceste faz uma análise lexical do conteúdo, geram gráficos com multiplas possibilidades de análise e nesta pesquisa buscou-se trabalhar com o dendograma de análise global do corpus e fez-se análise descendente das presenças dos léxicos mais significativos de cada classe medidas pelo phi. Realizou-se uma análise das relações dos léxicos dentro da mesma classe, para captar o sentido que o participante atribui ao seu discurso de acordo com as uces que o programa elegeu como as mais significativas para cada classe. Também foram trabalhadas as contraposições entre as classes para buscar o que se diferia dos sentidos de cada classe que culminou com a separação delas pelo programa.

O c*orpus* submetido aanálise do Alceste foi composto por 30 unidades de contexto inicial (uci) que foram repartidas em 1391 unidades de contexto elementar (uce) formada por 4447 palavras ou vocábulos distintos. O programa reduziu os vocábulos às suas raízes dando origem a 859 palavras analisáveis (substantivos, adjetivos, verbos) e 266 formas suplementares (artigos, pronomes).

Do total de 1391 unidades de contexto elementar (uce), somente 951 foram selencionadas, resultando em 68,36% do *corpus*. A figura 1 representa a distribuição das classes e a distribuição de percentual relativo a número de uces por classe.

Figura 1 - Distribuição do corpus por classes, números de uces e palavras analisáveis em cada classe a partir do processamento pelo Programa Alceste:

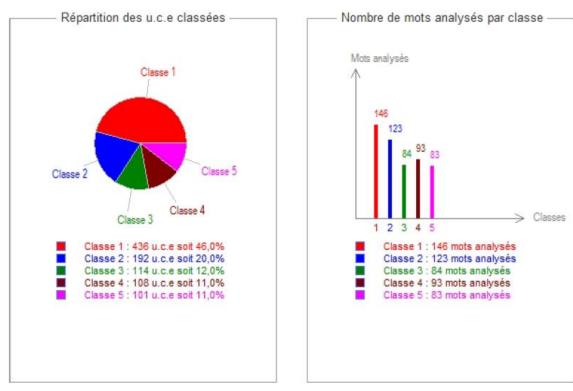


Figura 2 - Divisão de Classes pela clasificação hierárquica descentente:

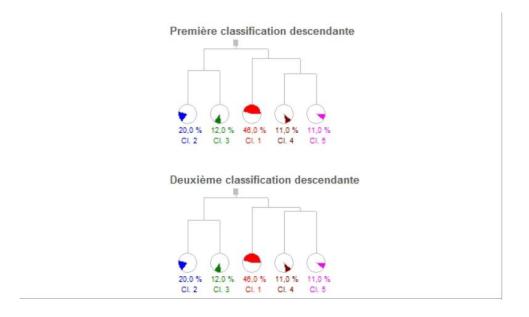


Figura 3- Dendograma- Distribuição de classes a partir na análise lexical do Programa Alceste:

O Dendograma mostra inicialmente o surgimento da Classe 1, logo depois o surgimento da Classe 4 e Classe 5 e posteriormente a Classes 2 e Classe 3. Observa-se que a Classe 1 possui diferenças de significados das classes 4 e 5, que por sua vez, diferem entre si, mas possuem características semelhantes que fazem com que estejam próximas. Já as Classes 2 e 3 apresentam características que diferem entre si e se distanciam dos sentidos atribuídos nas outras classes (1, 4 e 5).

Os resultados compuseram cinco capítulos, sendo que o capítulo IV, com a descriçãopanorâmica da inserção dos participantes na Academia Carioca da Saúde eos sentidos atribuídos, o V aborda a caracterização sociodemográfica e de condições de saúde dos participantes, o capítulo VItrata do cotidiano e do lazer como aspectos da qualidade de vida do idoso, o capítulo VII trata dos saberes sobre a qualidade de vida dos idosos e o capítulo VII aborda a terapêutica aplicada na atenção primária e suas consequências para a saúde.

A Classe 1 apresenta características referentes a qualidade de vida, determinantes sociais de saúde. A Classe 2 e 3 se aproximam por apresentar descrições de atitudes que

executam ao longo do seu dia a dia, ambos retratam ações realizadas pelos idosos ao longo da semana, mas diferem entre si, pois na classe 2 o cotidiano é retratado a partir de atividades de lazer que realizam principalmente com a família, atividades em ambientes externos ao lar, já na classe 3 o cotidiano é trazido a partir das atividades de vida diárias, principalmente afazeres domésticos e descrição minunciosa de rotina.

As Classe 4 e 5 afastam-se das Classes 2 e 3 e da Classe 1 por possuir características que retratam os cuidados médicos e da atenção à saúde que recebem na clínica da família, assim como a terapêutica que é aplicada na UBS. Elas integram o mesmo bloco porque ambas retratam a terapêutica e o cotidiano na UBS. No entanto, a Classe 4 contém vocábulos que representam especificamente os procedimentos e cuidados recebidos pelos idosos na Clinica da Família. A Classe 5 traz a temporalidade dos eventos e caracteriza os aspectos físicos, fisiológicos e psicológicos dos benefícios das ações na Academia Carioca e dos cuidados oferecidos na Clínica da família.

# CUIDADOS ÉTICOS CONSIDERADOS NA PESQUISA

O projeto atendeu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre pesquisas com seres humanos, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, da UFRJ. As identidades dos participantes são mantidas em sigilo por meio do emprego de códigos de identificação das uces, provenientes de seus depoimentos.

# CAPÍTULO IV

# Descrição panorâmica da inserção dos participantes na Academia Carioca da Saúde e sentidos atribuídos: alguns flashes do cotidiano dos idosos

A Academia Carioca da Saúde está localizada dentro da Clínica da Família Maria Sebastiana de Oliveira. A Academia possui dois acessos, sendo um deles por meio de uma porta e portão com passagem por dentro da Clínica, e o outro por um estacionamento que se comunica a uma quadra onde são realizadas algumas atividades pela Academia. Ambos os portões permanecessem fechados nos horários em que não há atividades superisionadas pelos profissionais.

Para a realização das atividades na Academia Carioca os alunos são divididos em três grupos distintos: o grupo das 7 às 8h, o grupo das 8 às 9h e o grupo das 9 às 10h. Os alunos do primeiro grupo da Academia geralmente chegam a Clínica por volta de 6h 50 min, se dirigem a sala de realização de procedimentos dentro da Clínica, ficam em fila, por ordem de chegada, para verificarem a pressão arterial antes de iniciarem as atividades.

O momento da fila parece ser um pouco estressante para a maioria dos alunos, de todos os grupos, muitos deles demonstram certa ansiedade e falta de paciência. Por ter somente uma técnica de enfermagem responsável por verificar a pressão de todo o grupo, eles precisam esperar para iniciarem as atividades. Este é um problema que já foi comentado nas reuniões da Clínica, mas ainda não se encontrou uma solução para minimizá-lo ou resolvê-lo.

Observa-se que algumas pessoas se aproveitam da distração de alguns colegas e ultrapassam a vez do outro na fila, alguns alunos se irritam com esse comportamento, isso gera certo desconforto. Para amenizar essa situação, a professora de educação física, responsável pela Academia, também realiza a atividade de verificar a pressão arterial dos alunos a fim de facilitar esse fluxo, principalmente no horário das 7 horas da manhã e das 8 horas, devido ao maior número de alunos. No entanto, ela afirma que se limita a poucas aferições, porque precisa estar presente no ambiente interno da Academia para dar suporte aos alunos na realização dos exercícios.

A estrutura física da Academia Carioca de Saúde é composta por equipamentos, são eles: o Simulador de Caminhada, o Esquí, Rotação Vertical, Rotação Horizontal, Surf, Alongador, Simulador de Cavalgada, Remada Sentada, Supino, Desenvolvimento de Ombro, Leg Press, Extensão de Pernas, Puxada Costas, Flexão de Pernas. Além dos equipamentos,

são encontrados: hálteres, panturrilheiras, colchonetes para a realização dos exercícios e um equipamento de som que fica ligado durante as atividades.

Os usuários da Clínica que são referenciados para a Academia passam por uma avaliação física realizada pela profissional de educação física responsável. No primeiro dia das atividades a professora segue com o aluno iniciante em todos os aparelhos, demonstrando- o a forma correta de realização dos exercícios. Nos dias seguintes, os alunos os fazem sem o auxílio da profissional, mas ela permanece presente no local, orienta e corrige a realização dos exercícios nos equipamentos, caso necessário.

O período de uma hora de cada grupo é dividido em tempo dispensado e gasto na fila para aferição de pressão arterial, realização dos exercícios nos aparelhos, atividade de ginástica na quadra ao lado da Academia e alongamento. Durante as atividades de ginástica e alongamento sob supervisão direta da profissional são respeitadas as limitações físicas de cada aluno.

Durante as atividades nos equipamentos os idosos conversam sobre diversos assuntos. Falam sobre o que comeram no dia anterior, o que fizeram para jantar. Uns expõem com clareza a ingestão de alimentação hipercalórica, outros apresentam uma postura de cuidado com a alimentação devido a algum problema de saúde, em sua maioria, diabetes, hipertensão, dislipidemia e obesidade.

Alguns idosos parecem estar no local somente para conversar, não fazem as atividades de forma disciplinada e são reconhecidos pelo grupo por serem os "faladeiros" e "enrrolões", conversam com uma pessoa, depois conversam com a outra, demonstram satisfação e alegria por estarem ali, sempre sorridentes. Outros alunos se limitam a realizar as atividades, ficam calados a maior parte do tempo, comunicam-se pouco uns com os outros.

Em sua maioria, os idosos realizam as atividades e conversam ao mesmo tempo, uns com os outros, falam sobre receitas de comida, comentam sobre notícias da televisão, sobre a volência da cidade e sentem falta de algum colega que tenha faltado, relatam que a Academia é uma segunda família, dizem que se sentem felizes só por estarem naquele ambiente, ressaltam o vínculo e amizade que criaram com as pessoas do grupo que por vezes acabava estendendo a uma amizade para fora da Clínica.

Em outro diade observação, o grupo recebeu a presença de um novo professor, que estava em estágio de adaptação, sob supervisão da professora responsável pela Academia, campo desta pesquisa. O estágio é um preparatório para que ele assuma a responsabilidade de coordenar outra Academia.

O professor novato ajuda na aferição da pressão arterial dos alunos, o que faz com que o processo seja menos demorado e os idosos possam iniciar as atividades de forma mais rápida, fato que amenizou o desconforto da fila enorme que se fazia no momento de entrada de cada grupo.

A presença do novo professor causa uma excitação no humor dos alunos do sexo feminino, as mesmas fazem piadas referentes a ele, conversam entre si sobre a sua beleza, fazem perguntas sobre a sua vida. Ele recebe bem as brincadeiras, dá um abraço naquelas que estão demonstrando mais afeto. Elas afirmam inúmeras vezes as seguintes frases: "Estou velha, mas não estou morta"; "Já sofri tanto no meu casamento que agora eu quero é ser feliz, não quero me amarrar a homem nenhum".

Para os homens, a presença do novo professor parece indiferente, olham de lado, ficam calados às demonstrações de empolgação das mulheres. Fazem as atividades e conversam normalmente com as outras pessoas. Nestes diálogos, pode-se observar a presença de assuntos sobre as notícias atuais veiculadas na televisão, assuntos sobre o cotidiano, a educação dos filhos, compromissos como horário de exames e consultas. Identifica-se que algumas pessoas que frequentam a Academia possuem plano de saúde, frequentam a Academia como uma forma de socialização. Neste relato feito por um casal com esposa de 84 anos e marido com 80 anos, ele afirma: "Nós temos plano de saúde, a gente vem aqui, é acompanhado aqui mas pra poder fazer as atividades e estar aqui com o pessoal. Eu e minha esposa não gostamos de ficar parados. Viajamos pra tudo quanto é lado. Só esse ano por causa da minha idade que meu filho não me deixou ir dirigindo para Aracajú. Eu sou de lá. Todos os anos nós vamos para lá, eu vou dirigindo com minha flor do meu lado, vamos parando, quando fico cansado, à noite a gente dorme em um hotel, é bom demais viajar assim".

Uma senhora relata que mora em frente a uma praça com os mesmos aparelhos que a Academia possui, mas prefere participar das atividades do grupo, pois consegue fazer amizades e manter um vínculo com as pessoas que fazem parte do grupo de seu horário. Ela diz: "Eu moro mais ali na frente, perto da praça. Lá tem todos esses aparelhos aqui, mas eu prefiro vir para cá. Aqui a gente consegue fazer amigos, conversar, rir. Lá cada dia tem uma pessoa estranha, um monte de gente diferente. Fora que é na rua, não tem segurança". Outra senhora relata que também mora próximo a mesma praça, mas afirma que se esforça para ir a Academia da clínica, porque isso a obriga a fazer uma caminhada.

Outra senhora relata que já se aposentou, mas que continua trabalhando como empregada doméstica, pois o dinheiro da aposentadoria seria muito pouco. Ela relata que só vai as atividades duas vezes na semana, pois foram os dias que a sua patroa a liberou. Ela fala

que quase se ausentou das atividades por conta do trabalho e começou a sentir muitas dores por todo o corpo e percebeu que precisava da atividade para sentir-se bem. Fala também que tem um filho e uma neta que a pedem dinheiro com frequência e não devolvem, até empréstimo ela já realizou para o filho e ele não pagou. No momento ela afirma ter que esconder quanto ganha e deposita o dinheiro em uma conta poupança sem que ninguém da família saiba. Ela relata: "Eu já trabalhei muito para me aposentar, mas agora esse dinheiro da aposentadoria não dá pra quase nada. Eu continuo trabalhando em casa de família, faço comida e faxina. Eu tive que ficar afastada por uns tempos, mas comecei a sentir tanta dor, tudo doía, me sentia muito mal. Aí falei com minha patroa pra ela me liberar pra vir aqui fazer as atividades pelos menos duas vezes na semana, aí ela deixou. Nossa, agora eu sou outra lá trabalhando, me sentindo muito bem. Eu estava andando me arrastando de tanta dor. Ao contrário de mim, meu filho está lá, já tirei empréstimo para ele no banco, ele e minha neta vivem me pedindo dinheiro emprestado e nunca pagam. Agora sabe o que eu faço? Nem falo quanto eu ganho, estou guardando dinheiro na poupança escondido deles. Se eles souberem que eu tenho, eles pegam, não tem jeito. É essa é a vida".

Observa-se que o grupo das 7 horas é mais segmentado, formam-se grupos menores de pessoas nos ambientes de conversa, algumas pessoas andam em duplas, conversam em duplas e vão para os aparelhos em duplas. Neste grupo, algumas pessoas se destacam, parecem já ter mais intimidade umas com as outras, fazem brincadeiras íntimas, falam alto e conversam sobre o cotidiano com colegas específicos. Enquanto outras pessoas não conversam com ninguém, costumam estar sempre afastadas do foco dos assuntos. O grupo das 8 horas é um grupo menor, parece ser um grupo mais tranquilo, onde as pessoas conversam umas com as outras em um volume menor, apresentam menos excitação. O grupo das 9 horas é composto pelo menor número de pessoas, os assuntos que circulam nesse horário permitem que todos participem da conversa, praticamente todas as pessoas falam e conversam umas com as outras, observa-se uma enorme demonstração de carinho entre as pessoas, se abraçam, falam sobre problemas pessoais e da família.

Ainda no período do primeiro grupo uma das alunas percebe miados de gatos próximos a entrada do portão da Academia, o portão ainda estava fechado e ela pede a professora para que possa abri-lo. Quando ela abre, encontra uma caixa com sete filhotes de gatos abandonados. Essa aluna, em especial, comenta que sempre fazem isso alí na Clinica, a maioria das pessoas que frequentam a Academia já pegaram filhotes de gatos abandonados e levaram pra casa.

A presença dos gatos gera comoção em um grupo de pessoas, uma aluna que morava próximo a Clínica foi até sua casa e buscou uma garrafa de refrigerante com leite dentro para dar aos gatinhos. Percebe-se quehá uma familiaridade entre as pessoas com o ocorrido, muitos agem como se os gatos não estivessem alí, outros se aproximam e demonstram-se preocupados com o destino que os gatos terão. Em grande parte, os idosos presentes relatam possuir ou já ter possuído algum gato ou animal de estimação. Algumas alunas relatam que o gato é muito companheiro e carinhoso, que o animal "não permite que energias ruins se aproximem de seu lar". Algumas alunas dizem que moram sozinhas em casa e ficam na companhia de seus gatos e cachorros, mas que não tem condição financeira de adotar mais gatos.

Enquanto um grupo deixa de fazer as atividades destinadas ao horário para ficar conversando sobre o destino dos gatinhos, a maioria continua a realizar as atividades normalmente. Os comentários presentes no dia se referem a um baile diurno que foi oferecido para eles no dia anterior. Eles comentam que o evento começou às 15h, viram a apresentação de um teatro, um grupo de dança e depois um DJ tocou música para que eles ficassem dançando. O grupo de alunos que foram conversam entre si e falam que adoraram participar, que dançaram muito, fazem piadas sobre acontecimentos do dia do evento. Outras que não puderam ir comentam que não foram, pois seus filhos não puderam levá-las e que não deixariam elas saírem de casa sozinhas. O local do evento foi em um clube bem próximo a Clínica e outras pessoas argumentam isso aos que não foram ao evento, pois se eles vão andando até a Clínica poderiam ir andando até o Clube. Algumas alunas comentam que não foram ao baile, pois trabalham no horário, que sempre perdem essas festas por conta do trabalho.

A professora realiza exercícios em circuito com os alunos, chamando-os em grupos de seis pessoas para fazerem as atividades enquanto os outros fazem os exercícios nos aparelhos. Alguns poucos se recusam a ir fazer o circuito, falam que sentem dores em determinados lugares que impedem a realização das atividades, outros tem expressão facial de aparentemente desagradados e indispostos. A maioria faz os circuitos com prazer, algumas senhoras comentam que essa é a melhor parte do dia, que adoram os exercícios feitos daquela forma. Outros senhores comentam entre si que a professora inventa uma atividade nova a cada dia, dizem que aquele exercício eles nunca tinham feito. Os exercícios desse circuito trabalham com o controle motor, equilíbrio, resistência e força.

Alguns idosos apresentam dificuldades para realizar as atividades de controle motor das pernas e equilíbrio, desta forma, a professora dá suporte, auxiliando-os e realizando

juntos, de mãos dadas, as atividades com eles, o que permite que eles tenham mais segurança e passem a fazer a atividade sorrindo. Percebe-se que os alunos que se recusam a fazer as atividades olham e observam de longe os colegas fazerem as atividades de circuito com a professora, demonstram interesse em ver como a atividade está sendo feita.

Em todos os grupos observa-se essa mesma atitude. Quando aproxima-se o término de todos os grupos a professora realiza um alongamento em grupo de todos os alunos do horário. Observa-se que alguns alunos vão embora e se despedem com pressa antes do final das atividades e antes de realizarem o alongamento, dizem que tem que cuidar dos netos, outros dizem que vão cuidar de familiares e outros por conta do trabalho.

O grupo costuma fazer um café da manhã mensalmente, para que eles possam confraternizar, reunir-se sem que seja para fazer exercícios. Cada pessoa leva uma comida ou bebida de sua escolha e de acordo com sua possibilidade. Observa-se que enquanto as pessoas chegam na Academia há uma certa expectativa por determinados pratos que já são de costume e apreciados por todos. Os alunos do primeiro grupo e do segundo grupo estavam chegando juntos. Por volta de 7h 30min temos reunido praticamente todo o grupo das 7h e das 8h. Ficaram em fila para verificar a pressão arterial e fizeram poucos exercícios, pareciam ansiosos e impacientes com a hora do início do café da manhã, uns andavam de um lado a outro conversando com os colegas, outras nem sequer iniciaram as atividades, ficaram sentadas conversando sobre aulas de artesanato.

Geralmente, o café da manhã é feito em uma mesa no local onde são realizadas as atividades,porém, o tempo está instável e parece que irá chover. Desta forma, a professora decidiu que fizessem o café da manha dentro do Auditório da Clínica. Por volta de 8h todos foram encaminhados para o Auditório, deixaram os alimentos e bebidas na mesa. Logo após isso, dentro do próprio ambiente, a professora começou uma atividade de alongamento com os alunos, depois do alongamento, se dirigiram para fora do auditório percorrendo os espaços da Clínica caminhando e fazendo atividades de alongamento, de equilibrio e força. Observa-se que em sua maioria eles estão orgulhosos e satisfeitos por estarem realizando aquela atividade em frente às pessoas que circulam pela Clínica para receberem consultas, alguns parecem estar tímidos, ficam rindo e não fazem as atividades de forma completa. Muitos deles, solicitam que outras pessoas que estão sentadas aguardando serem atendidas que levantem e participem também das atividades.

Após essa fase de atividades, os alunos caminham para o auditório onde iniciam o café da manhã. Observa-se que muitos possuem restrições alimentares devido a Diabetes, Hipertensão, eles dialogam uns com os outros sobre o quanto a doença restringiu e mudou a

alimentação. Algumas pessoas parecem ansiosas demais, querem comer e provar de tudo. Outras pessoas parecem tímidas e ao mesmo tempo ficam sentadas comentando sobre a ansiedade do colega e reafirmam que não podem exceder na alimentação por conta da glicose. Muitos levaram receitas adaptadas para agradar os outros colegas, utilizando-se de produtos lights, usando atum ao invés de frango, outros optaram por fazer bolos sem muito açúcar ou sem cobertura, uns optaram por frutas como banana e melancia, outros levaram torradas e patês, sucos, chás. A medida que a comida foi acabando, muitos arrumaram embrulhos com comidas, uns encheram os potes com outros alimentos, outros estavam apressados para irem embora, o que gerou certo incomodo em outros colegas que queriam ficar por mais tempo lá e não via necessidade de já acabar com toda a comida.

Em um dos dias de observação um dos alunos estava com a pressão alta (160x100 mmHg) e é de rotina na Academia fazer o aluno esperar um pouco, descansar e verificar novamente a pressão e certificar-se de que que tenha baixado. Ele parecia triste, impaciente e ficava andando de um lado a outro.

Se a pressão entra em um padrão de normalidade o aluno fica apto para fazer as atividades do dia. No caso desse senhor, após duas aferições a pressão dele não havia baixado. Perguntei a ele se ele havia tomado os medicamentos, se havia se aborrecido com alguma coisa e ele respondeu sim para amas as perguntas. Disse que estava com problemas com o rapaz que aluga a casa dele, fez uma visita a casa no final de semana e observou que o rapaz nao tem cuidado da estrutura física da casa, as paredes descascam, o telhado quebrado causando infiltração e ele ficou muito triste, pois o rapaz foi ignorante com ele quando o solicitou que a consertasse. Resolveu ele mesmo comprar as coisas e arrumar a casa, que não vê a hora de chegar sábado para arrumar a casa dele.

Este mesmo senhor falou que atualmente mora próximo a Clínica, com uma companheira há 10 anos. Ela trabalha fora como faxineira e ele fica em casa pela manhã e a tarde toda sozinho, descansando. Disse que já tentou por diversas vezes plantar mudas no pequeno jardim que a Academia possui, mas na maioria das vezes as pessoas arrancavam as mudinhas que ele plantava. Ele planta lá porque não tem quintal com areia em casa. Depois dessa conversa, voltei a verificar a pressão dele, cujo valor foi de 130x80 mmHg), sendo ele liberado para as atividades.

Algumas senhoras conversavam sobre questões de violência, falavam da tristeza em assistir à televisão por conta das tragédias. Fica nítido nos discursos e em muitos momentos, o quanto a violência da cidade e as transformações do mundo os incomodam, os trazem indignação e insegurança. Muitos deles falam que não saem na rua à noite, a partir do

momento que escurece eles não saem mais. Outros alunos observam e prestam atenção na conversa, mas nao se posicionam, ficam calados. Olham para as moças que estão conversando, demonstram estar atentos no assunto que elas conversam, mas não emitem opiniões.

Observa-se que alguns alunos fazem as atividades de acordo com o combinado com a professora (no máximo 5 minutos por aparelho), para que todos possam fazer a maior parte dos exercícios. Há alguns aparelhos que estão no Centro da Academia, e são os mais disputados. Algumas pessoas ficam ao lado das outras que estão no aparelho esperando que a outra acabe a atividade para que ela comece a fazer. Se por descuido outra pessoa começa o aparelho antes da que estava esperando, gera um certo desconforto, um aluno faz cara de descontente e a outra comenta que isso sempre acontece. Alguns conflitos existentes e observados são gerados por isso, por alguém que nunca sai de determinado aparelho e não pensa nos outros, ou por pessoas que pedem para usar o aparelho de forma mal educada ou grosseira. Diante dos conflitos, observa-se que alguns alunos se afastam quando percebem algum mal entendido, outros alunos parecem não ligar para o desconforto e a opinião dos colegas, continuam fazendo os exercícios de forma repetida e sem parar, por mais de 10 ou 15 minutos. Outros alunos expressam nas falas esses conflitos e também na forma de agir e comportar-se, fazem feição de insatisfação ou ignoram quando um colega que já tenha tido conflito está por perto.

Outras senhoras conversam enquanto utilizam os aparelhos, falam da alimentação, do quanto gostam de comer e do quanto a alimentação tem sido desagradada, referem-se as mudanças dos hábitos, comida sem sal, carne sem gordura. Comentam que sentem falta de comer um docinho, uma admite que às vezes come, mas com moderação, pois a glicose tem ficado equilibrada e não deve comer algo diferente para não desestabilizá-la.

Uma das idosas solicitou onversar sobre as dificuldades que vivencia com o filho que tem paralisia desde o nascimento, vive em casa sozinho e é dependente de seus cuidados e da filha que as vezes a ajuda. O marido é usuário de droga, cheira cocaína, fuma, bebe e há pouco tempo teve um Infarto Agudo do Miocárdio ocasionado por uso de drogas. No momento, ela demonstra estar angustiada, triste, chora, pois admite saber que ele não tem recuperação e não quer cuidar da saúde, teme por sua morte a qualquer momento, pois ele entra e sai de casa pra usar drogas. Lembra com tristeza o quanto já sofreu no passado, quando ele batia nela e quando a colocava pra fora de casa. Atualmente, ela dorme na sala de casa junto com os outros dois filhos e o marido dorme no quarto. Pelos relatos dela, o marido

acumula lixo dentro de casa e leva as latinhas que bebe e as que encontram na rua para dentro do quarto para juntar e revendê-las.

# CAPITULO V CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CONDIÇÃO DE SAÚDE

Das fontes documentais identificou-se que o Grupo de Convivência possuía, até o mês de maio de 2016, 819 alunos inscritos.

Quadro2 - Características Sociodemográficas dos alunos incritos na Academia Carioca. Rio de Janeiro, junho de 2016:

Participantes da Academia Carioca Total =	= 819	
Distribuição por sexo		
Sexo Feminino	692	
Sexo masculino	127	
Distribuição por idade		
60 anos ou menos	445	
Maiores que 60 anos	374	
Distribuição por raça/cor		
Branca	479	
Parda	220	
Preta	120	
Distribuição por escolaridade		
Não estudou	44	
Fund. Incompl.	155	
Fund. Compl.	214	
Médio Incompl.	57	
Médio Compl.	277	
Superior Incom.	18	
Superior Compl.	54	
Condições de saúde		
Hipertensão	78	
Hipertensão e Obesidade	161	
Hipertensão e Sobrepeso	127	
Hipertensão e DM II	125	
Hipertensão e DMI	1	
Diabetes M. II		
Sobrepeso	97	
Obeso	93	
Outros	80	

(Fonte: Dados Referentes ao instrumento de matrícula do aluno na Academia Carioca)

Dentre os participantes inscritos na Academia Carioca de Saúde até o mês de junho de 2016, 445 (54%) possuíam idade igual ou inferior a 60 anos e 374 pessoas (46%) possuíam mais de 60 anos. Dentre os menores de 60 anos teve-se dois jovens participantes menores de 18 anos, 35 participantes menores de 35 anos e 84 participantes menores de 45 anos. Dados que mostram a heterogeneidade do grupo e uma amplitude de idade que varia de 16 a 89 anos.

Dentre os 819 alunos inscritos, 692 (84,4%) eram do sexo feminino e 127 (15,6%) do sexo masculino. Observa-se que há predominância de individuos da cor branca correspondendo a 58,4 % do total de participantes, seguidos da população de cor parda: 26,8% pardas e 14,6% que se autodefinem pretos.

Em sua maioria, 586 alunos (71,5%) ingressaram a partir de encaminhamentos médicos da Clínica da Família e os outros 228 (27,8%) inseriram-se no grupo,a partir de iniciativa pessoal, incetivados por amigos que já participavam do grupo.

Em relação aos anos de escolaridade, os indivíduos se dividem em ensino fundamental completo e ensino médio completo, demonstrando a heterogeneidade do grupo no que se refere a quantidade de anos de escolaridade. Quanto às condições de saúde, a maioria dos alunos incritos na Academia possui algum tipo de doença crônica ou alguma comorbidadeque garante a vulnerabilidade para adquirirem doenças como Diabetes Mellitus tipo II ou Hipertenão Arterial.

Dos 819usuários que já fizeram parte do Programa Academia Carioca, cerca de 200 frequentam diariamente as atividades do Grupo. Aos 30 participantes desta pesquisa foi aplicado o roteiro de caracterização sócio-demográfica pela importânciades sacaracterização para análise de estudos de representações sociais, pois esta define as condições em que as representações sociais foram produzidas.

Gráfico 1-Distribuição de participantes da pesquisa por sexo.

Dos 30 participantes da pesquisa, 25 eram do sexo feminino (83,3%) e cinco do sexo masculino (16,7%), que demonstra predominância do sexo feminino na participação da pesquisa e confere àmulher maiordiponibilidade e presença neste grupo de convivência. De acordo com os valores referentes ao Quadro 1, o sexo feminino corresponde a maioria dos participantes no grupo da Academia Carioca.

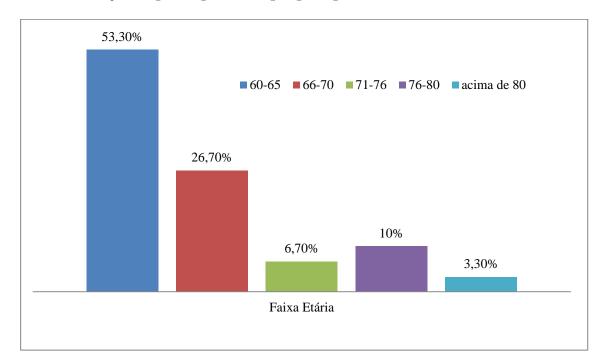


Gráfico 2- Distribuição de participantes da pesquisa por Faixa Etária.

A amplitude variou de 60 a 82 anos atendendo ao critério de inclusão na amostra, quese compôs de 100% de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Um pouco mais da metade (53,3%) correspondendo a indivíduos com idade que variam de 60 a 65 anos. Posteriormente, a predominância de indivíduos na faixa de idade entre 66 e 70 anos foi de 26,7%, com 6,7% de indivíduos na faixa etária de 71 e 76 anos, 10% de indivíduos com idade entre 76 e 80 anos e 3,3% representando os idosos acima de 80 anos. Esses dados mostram a presença de número significativo de indivíduos na fase inicial da velhice com predominância de idosos com idade entre 60 a 70 anos.

Raça/Cor

Branco Preto Parda

40%

43%

Gráfico 3- Distribuição de participantes da pesquisa por raça/cor.

Em relação aautodefinição de raça/cor, o gráfico em questão representa que a população de pesquisa apresentou um maior número de pessoas que se autodeclararam brancas compondo 43% da amostra, 40% se autodeclararam pardas e a minoria correspondendo a 17% da amostra se autodeclaram pretas.

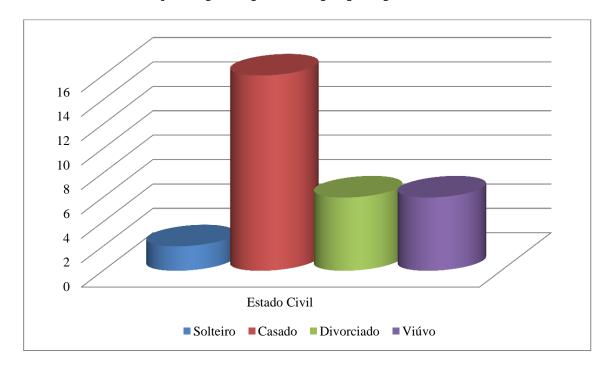


Gráfico 4- Distribuição de participantes da pesquisa por Estado Civil.

Em sua maioria, correspondendo pouco mais da metade (53,3%), os indivíduos da pesquisa sãocasados, 20% são divorciados, 20% são viúvos e 2% são solteiros. Em sua maioria, 90% moram com familiares, filhos, netos e/ou cônjuges, três pessoas que correspondem a 10% da amostra moram sozinhos.

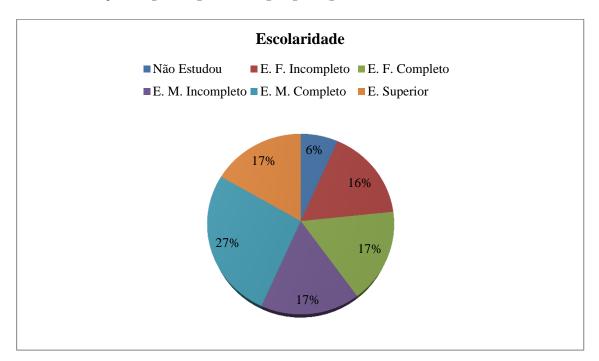


Gráfico 5- Distribuição de participantes da pesquisa por Escolaridade.

No que se refere a anos de escolaridade, 27% dos entrevistados têm ensino médio completo, 17% da amostratêm ensino superior completo, 17% o ensino médio incompleto e ensino fundamental completo, 16% ensino fundamental incompleto e 6% não estudaram, o que representa menos da metade dos entrevistados com mais de oito anos de escolaridade.

Aposentado Não aposentado Desempregado Empregado Pensionista

18

12

Situação de Ocupação Sem aposentadoria

Gráfico 6- Distribuição de participantes da Academia Carioca por ocupação.

Dos 30 participantes da pesquisa, 18 (60%) são aposentados e12 (40%) deles não são aposentados. Dos 12 participantes que não estão aposentados, três (10%) não ocupam o mercado de trabalho, dois por estarem desempregados e uma por ser do lar. Osquatro (13,3%) que trabalham, ocupam o mercado de trabalho nas funções de atendente de mercado, professora particuar de apoio educacional, consultora e vendedora de produtos de beleza, e uma trabalha como costureira. Cinco (16,6%) são pensionistas, recebem valores mensais que variam de um a dois salários mínimos.

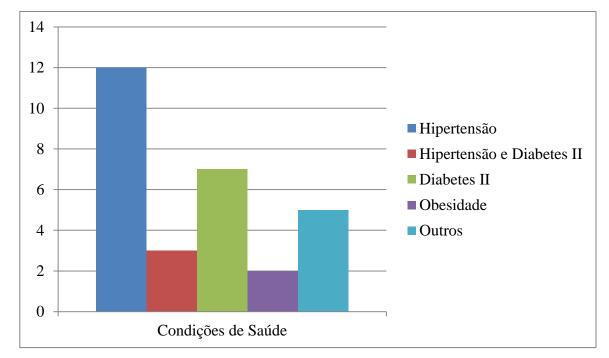


Gráfico 7- Distribuição de participantes da pesquisa por condições de saúde.

Dos 30 participantes estudados, 12 (40%) têm Hipertensão arterial, cinco (16,6%) Hipertensão Arterial e Diabetes, sete (23,3%) Diabetes tipo II, três (10%) têm obesidade e cinco (16,6%) outros problemas de saúde como artrose, artrite, osteoporose ou depressão. Observa-se que em sua maioria, os idosos possuem algum tipo de doença crônica.

Em concordância, estudo realizado por Alves et al (2016) mapeou o território do Rio de Janeiro, em relação aos números de idosos e causa de mortalidade. De acordo com este estudo, pessoas em caráter de vulnerabilidade estão mais propensas às complicações referentes aagravos por doenças crônicas.

Para os idosos, os agravos às doenças crônicas e a perda de mobilidade estão associadas a dependência familiar, vulnerabilidade, dificuldades de realizar atividades cotidianas, exclusão social, fatores que refletem, negativamente, nas práticas de cuidado de sua própria saúde e conferem declínio de sua qualidade de vida.

Para Mendes (2011), o aumento das doenças crônicas implicará na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social. Desta forma, a prevenção de doenças, a redução de danos e deficiências e a manutenção da saúde, independência e mobilidade em uma população mais velha serão os maiores desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população (GRAGNOLATI et al., 2011). Desta forma,

políticas públicas voltadas para promoção da saúde e prevenção de agravos de doenças crônicas como diabetes e hipertensão tornam-se importantes.

Neste sentido, o mapeamento das condições de saúde da população estudada torna-se vital para o processo de compreensão das necessidades que envolvem o processo de envelhecimento, assim como as dificuldades e motivações encontradas por esses idosos para manutenção de sua qualidade de vida.

#### **CAPITULO VI**

## COTIDIANO E LAZER: ASPECTOS QUE INTEGRAM A QUALIDADE DE VIDA

O contexto do cotidiano e do lazer emergiu nas Classes 2 e Classe 3 de produção de dados pelo software Alceste.

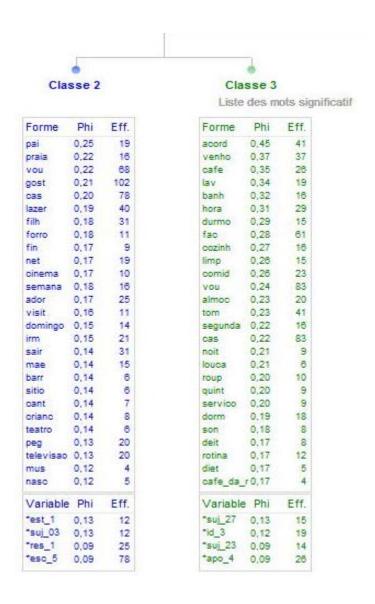
Quadro 3 – Caracterização de Classes 2 e 3.

Classe 2 – Lazer	Classe 3 – Cotidiano
Caracterização e descrição das atividades de lazer	Caracterização das atividades que realizam no cotidiano
A importância da participação social e do apoio familiar	Atividades de vida diárias com independência e autonomia
Consciência dos direitos e benefícios adquiridos à pessoa idosa	A Academia Carioca incluída no cotidiano
A importância do lazer como ocupação do tempo em benefício da qualidade de vida	A importância do sono e repouso para a qualidade de vida
A Academia Carioca abordada como atividade de lazer e socialização	

A Classe lexical 2congrega 192 uces, cerca de 20% das ucesprocessadas. Os vocábulos que compuseram a classe 2 com phi igual ou superior a 13 foram: pai (19),meu (95), praia (16), vou (68), gost+ (102), cas+ (78), lazer (40), filh+ (31), forro (11), fin+ (9), net+ (19),cinema (10), semana (16),vamos (22), ador+ (25), visit+ (11), domingo (14), ele (49), irm+ (21), sair (31), mae (15), barr+ (6), sitio (6).Traz consigo os significados atribuídos às relações familiares e às atividades de lazer no cotidiano dos idosos.

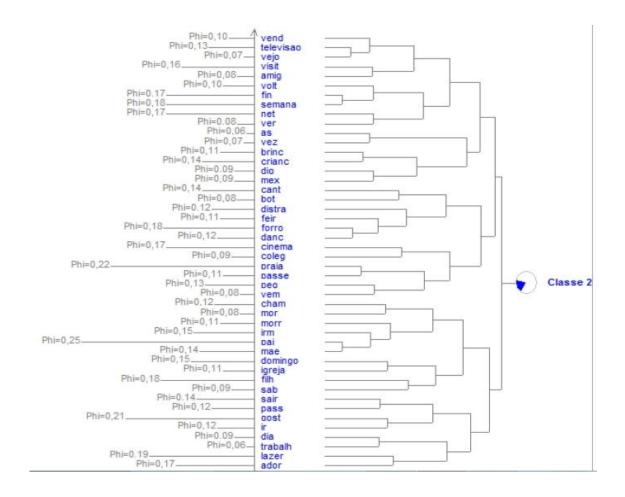
A Classe lexical 3congrega 114 uces e corresponde a 12% das ucesprocessadas. Os vocábulos mais incidentes desta classe foram: acord+(41), venho (37) cafe+(26), lav+ (19), banh+ (16), hora (29), durmo (15), cedo (20) fac+ (61), cozinh+ (16), limp+ (15), comid+ (23), vou (83), almoc+ (20), depois (26), tom+ (41), segunda (16), cas+ (83), noit+ (9), louca (6), ca+ (18), roup+ (10), quint+ (9). Os mesmos representam as atividades que caracterizam a rotina, ações, tarefas e responsabilidades que os idosos realizam em seu cotidiano.

Figura 4 - Classificação Hierárquica Descendente Classe 2 e 3:



De acordo com a análise lexical ascendente da classe 2identifica-se que os vocábulos "vejo", "televisão", "vendo", "visita", "amigos" descrevem algumas ações realizadas na rotina desses idosos, como a importância da manutenção das amizades a partir de visitas aos amigos. Esses vocábulos se ligam a outros: "final", "semana", "ver", "neto", que representam importante relação do convívio familiar a partir do contato com netos.

Figura 5 - Classificação Hierárquica Ascendente Classe 2.



Durante o período de observação, identificou-se que a aposentadoria transforma o cotidiano dos idosos, que passama permanecer mais horas em casa, perdem aos poucos a socialização que o ambiente de trabalho promovia e os filhos deixam o lar para constituírem suas famílias, passando a morar em outra casa ou mudam de cidade. Tais transformações podem significar solidão, mas também fazem com que tenham mais tempo disponível para cuidar de si, e buscam por atividades que ocupem seu dia a dia.

A dimensão da família se apresenta com predominância a partir da utilização dos substantivos: pai, esposo, marido, esposa, irmã, filho, filha, neto, neta, sobrinhos, mãe. A dimensão familiar esteve presente no cotidiano dos idosos quando questionados sobre ações e aspectos que caracterizam suas atividades de lazer e sua rotina relacionados a uma qualidade de vida satisfatória. De acordo com a análise lexical ascendente, os léxicos "pai" e "mãe" apresentam elevada proximidade e frequência, ligam-se ao vocábulo "irmão" e ambos se ligam ao termo "morr". Esses termos estão ligados aos termos "morar" e "chamar".

Minha filha mora ali em frente ao Norte- shopping. É dificil eu ir para a casa dela. Ela fala:mamãe vamos passear no shopping, vem para cá. (UCI 27, Sexo Feminino, 74 anos, Casada).

Na maioria das uces produzidas pela Classe 2 identifica-se que as atividades de lazer são realizadas pelos idosos em ambientes familiares, a partir do contato e convivência com netos e sobrinhos, no contexto de seu cotidiano, festas e aniversários de parentes.

Ai minha rotina é só correria mesmo. So final de semana mesmo que tenho meu lazer, vou para a feira de São Crisóvão, viajo. As vezes tem aniversário de parentes, aí junta todo mundo e vai. Aí tem aniversário, comes e bebes, dança. Minha família toda adora dançar. (UCI 11, Sexo Feminino, 65 anos, Viúva)

A gente faz churrasco, brinca. A gente é um monte de mulher velha, mas a gente brinca demais. Sobrinhos todos. Quando eu vou visitar meu neto, deito no chão com eles, brinco. [...] (UCI 26, Sexo Feminino, 63 anos, Casada)

O lazer também é caracterizado por passeios, idas ao shopping, cinema, praia que são atividades realizadas na companhia de pessoas da família ou a partir do convite e incentivo de filhos e cônjuge. A prática religiosa também surge como atividade de lazer citada pelos idosos e enquadra-se em ações que realizam em companhia de familiares. De acordo com a análise hierárquica ascendente os vocábulos "igreja" estão ligados ao vocábulo "domingo" e ambos se ligam aos léxicos "filho" e "sabado" que justificam as atividades religiosas serem realizadas na companhia dos filhos.

Às vezes, quando eu não tenho nada para fazer, eu invento. Às vezes, eu ligo para minha irmã, combino de encontrar ela lá na cidade, só para sair mesmo de casa. (UCI 07, Sexo Feminino, 70 anos, Viúva)

É isso, eu gosto de ir à igreja aos domingos. Eu vou aigreja de manhã e de noite meu filho passa lá em casa e me pega. Ele vem lá da frequesia me pega e me leva a igreja, todo domingo na igreja e de noite vamos de novo. (UCI 10, Sexo Feminino, 65 anos, Casada).

As uces abordam a importância em dar continuidade às amizades que fizeram no ambiente de trabalho. Reflete a importância da socialização e o contato com os amigos.

Onde eu trabalhava deixei muitos amigos, deixei telefone e as vezes a gente se encontra. Aí tem gente que fala: vem para cá. Aí eu gosto, vou para casa delas, a gente bebe uma cerveja, bate-papo, ri, brinca. É assim que eu gosto. (UCI 01, Sexo feminino, 62 anos, Casada)

Em uma das uces se evidencia alusão ao direito adquirido pelo idoso, quando alcança os 60 anos, de ter passe livrenos transportes, o que lhes oportuniza ampliar as atividades de lazer e outras de seu cotidiano.

Agora eu e minha esposa vamos muito, com nosso cartão do idoso a gente pega o ônibus saimos para o centro, fomos no museu, na praia, a gente se curtiu muito. (UCI 12, Sexo Masculino, 70 anos, Casado)

Aspectos da violência emergiram nas uces como um dos principais obstáculos encontrados que impedem a realização de atividades de lazer (devido à "violência", acontecendo "roubo"), juntamente com a falta de companhia ("não tem companhia").

Mas aqui, mexer com a terra só nos vasos mesmo. Mas é isso, meu cotidiano. Eu não tenho muito lazer, eu não saio muito porque devido a violência, as vezes a gente não tem companhia. (UCI 01, Sexo feminino, 62 anos, Casada)

Eu falo para as minhas netas. Por isso eu falo para as minhas netas, ler é muito bom. Você lê para saber o que está acontecendo no país, essas coisas horríevis que você já sabe que estão acontecendo de roubo. (UCI 21, Sexo feminino, 63 anos, Casada).

As atividades de lazer para alguns idosos significam ocupação do tempo ocioso ou disponível que eles possuem, são atividades de distração realizadas com prazer pelos idosos com intuito de sair da rotina. A partir da análise lexical ascendente identifica-se proximidade dos vocábulos "forró", "dança", "feira", que se ligam ao vocábulo "distração" que representam algumas atividades de lazer realizadas pelos idosos para seu divertimento. Esses vocábulos ligam-se aos vocábulos "cinema", "colega", "praia", "passeio" que também são atividades realizadas pelos mesmos a fim de ocupação do tempo.

Expressões como "gosto de ir", "adoro ir" "adoro ouvir um forró" demonstram satisfação em realizar tais atividades. Esses trechos apresentam a dimensão avaliativa e afetiva, a utilização dos termos "gostar" e "não gostar", "fico aborrecido" demonstram a presença de sentimentos que afetam os sujeitos. De acordo com a análise hierárquica ascendente os termos "gosto" e "ir" estão ligados aos léxicos "passear" e "sair", que representam a satisfação dos idosos em realizar atividades fora do lar. Os vocábulos, "adoro", "lazer" e "dia", "trabalho" também estão conectados entre si, ressaltando o fato de prazer em realizar atividades de lazer.

Eu não tenho muito lazer. Eu tento fazer as coisas, mais para me distrair e não passar o dia em branco. Eu gosto de ir para os aniversários dos parentes, vou para a feirinha, tomo uma cervejinha, vejo pessoal lá dançando. (UCI 11, Sexo Feminino, 65 anos, Viúva)

Adoro ir para a rua porque eu distraio a minha cabeça. Eu gosto de ir para a rua, adoro uma rua, sair. Não gosto de passar roupa. Nunca gostei, acho chato. Meu lazer eu adoro ouvir um forró, eu adoro uma cerveja, adoro tomar uma cerveja. Minha saúde está bem. (UCI 29, Sexo Feminino, 70 anos, Viúva)

Há relatos sobre a satisfação e as tranformações que a participação na Academia Carioca proporciona.

Minhas atividades, eu gosto muito. O dia que passo sem vir, fico aborrecida. Eu gosto mesmo, não me tira isso aqui, se não fico aborrecida. Gosto também de passear de vez em quando, quando eu posso, aí eu vou. Meu lazer é assim, as vezes encontrar com os amigos, com as amigas. (UCI 30, Sexo Feminino, 60 anos, Viúva)

Na Classe 3 fica evidente que a Academia Carioca enquadra-se no cotidiano desses idosos. A rotina é descrita pelos participantes a partir de ações praticadas desde que acordam, expressana palavra "acordo", do verbo acordar, e suas variações, que apresentam predominância nesta classe e é utilizada para dar início a explicação de como os idosos iniciam o seu dia.

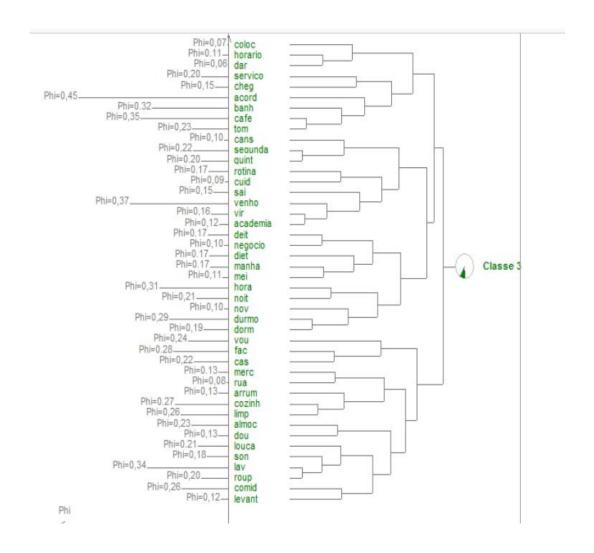


Figura 6- Classificação Hierárquica Ascendente Classe 3:

Os vocábulos "cafe", "tomo", "banho", "acordo", "chego", "serviço" estão representando o início das atividades diárias antes e depois das atividades na academia. As ações de acordar, tomar banho e café são ações realizadas pelos mesmos antes deirem para a atividade, após irem para a Academia chegam em casa e iniciam os serviços diários. Esta Classe é predominantemente produzida por uces extraídas dos relatosdas participantes femininas e as mesmas utilizam-se da palavra "serviço" para designar as atividades cotidianas e afazeres domésticos que são praticados.

Com base na análise lexical ascendente os vocábulos "vir" e "academia" ligam-se aos vocábulos "venho", "sai", "cuido", "rotina", "segunda", "quinta" com vocábulo "cansa" que reflete a descrição da rotina cansativa de atividades que é estabelecida na Academia Carioca,

atividades realizadas de segunda a quinta devido a compensação semanal na sexta-feira pela educadora fisica responsável pelo grupo.

Mas no geral é isso. Eu acordo cedo, tomo café, dou comida para meu cágado. Venho para a academia, faço almoço, faço artesanato quando aparece algo para eu fazer. (UCI 17, Sexo Feminino, 61 anos, Casada)

Gosto de vir para cá. Eu venho aqui, levanto, tomo café, venho aqui na academia, faço atvidade. Vou para casa, chego lá, limpo, faço comida. Aí arrumo cozinha, fico cansada. (UCI 13, Sexo Feminino, 79 anos, Divorciada)

Observa-se também a predominância de palavras que se referem as práticas cotidianas, atividades de vida diárias como "faço comida", "arrumo cozinha", "faço almoço", "limpo", "tomar banho", "alimentar-se", "lavar roupas", "arrumar a casa", "ir à padaria ou ao mercado" sem o auxílio de outra pessoa, evidenciadas nas uces destacadas por esta classe. De acordo com a análise lexical ascendente os vocábulos "cozinha", "limpo", "arrumo", "rua", "mercado" apresentam proximidade entre si e referem-se a algumas das atividades domésticas que as participantes da pesquisa executam no seu dia a dia.

Os vocábulos de forte incidência nas uces expressam uma atitude proativa de autonomia e independência de idosas em seu cotidiano.

Ao longo do meu dia eu levanto de manhã. Eu tomo banho, tomo meu café da manhã, venho para cá fazer atividade física. Aí quando eu chego em casa eu vou limpar a casa, vou lavar roupa, fazer comida (UCI 2, Sexo Feminino, 62 anos, Divorciada).

Eu acordo de manhã, de segunda a quinta, eu acordo de manhã, cuido dos meus passarinhos, tomo café da manhã, vou a padaria, compro às vezes, dois paes. Mas nem todo dia eu como pão, por causa da dieta (UCI 07, Sexo Feminino, 70 anos, Viúva).

Outro ponto relevante trazido no discurso dos participantes é sobre a importância dada ao repouso e ao sono ao longo do seu dia, principalmente após o almoço, tempo que eles reservam ao descanso. A predominância da palavra "durmo" reflete sua ocorrência nos discursos. Os mesmos relatam que possuem uma rotina plena, de cumprimento com as atividades domésticas como arrumar a casa, lavar, limpar e cozinhar, mas consideram de extrema importância um tempo de repouso para descansar. A análise lexical ascendente mostra as relações entre os vocábulos "sono", "lava", "roupa", "levanto", "comida" e refletem a presença das muitas atividades domésticas das participantes, e do sono e descanso entre as atividades domésticas. Já os vocábulos "durmo", "dormir", "novo", "noite", "hora" ligam-se aos vocábulos "deito", "negocio", "diet", "manha"e "meio" reiterando a importância dada ao sono e repouso.

Eu durmo um sono de meia hora depois do almoço. Aí eu levanto vou lavar a louça do almoço, faço alguma limpeza em algum lugar. Sempre tem que fazer limpeza em algum lugar, depois faço no outro. E a limpeza que eu faço dentro da minha casa. Aí eu sento e vou ver televisão (UCI 1, Sexo Feminino, 62anos, Casada)

Nas uces identifica-se presença do idoso na figura de cuidador de familiares como netos, sobrinhos e mãe, expressões como "dou comida para as crianças" e "vou cuidar da minha mãe" destacam-se como atitudes de responsabilidade desses idosos para com a família.

Meu cotidiano assim: eu levanto cinco horas da manhã, faço café, venho para a ginástica, volto para a casa, faço o almoço, dou comida para as crianças e de tarde eu costumo deitar um pouco no sofá (UCI 3, Sexo Feminino, 62 anos, Solteira).

Bom, minha rotina é rotativa, corrida. Venho para cá para a academia, saio daqui e vou fazer hidroginástica. Depois chego em casa, vou cuidar da mamãe até mais ou menos três horas (UCI 30, Sexo Feminino, 60 anos, Viúva).

A maioria dos idosos entrevistados possui algum animal de estimação, dentre eles, cágados, passarinhos, gatos e cachorros.

Mas no geral, é isso. Eu acordo cedo, tomo café, dou comida para meu cágado, venho para a academia, faço almoço, faço artesanato quando aparece algo para fazer (UCI 17, Sexo Feminino, 61 anos, Casada).

Eu acordo de manhã de segunda a quinta. Eu acordo de manhã, cuido dos meus passarinhos, tomo café da manhã. Vou a padaria [...](UCI 7, Sexo Feminino, 70 anos, Viúva).

#### **DISCUSSÃO**

Em relação aos aspectos da conjuntura familiar fica evidente a importância da família no cotidiano dos idosos. Estudo realizado por Vecchia et al. (2005) reafirma esses dados, ao questionar idosos sobre o que os mesmos consideravam ser qualidade de vida. A importância do fortalecimento de relações familiares, assim como o vínculo com amigos e pessoas próximas, emergiu como uma das condições mais importantes para se ter uma boa qualidade de vida. Desta forma, evidencia-se que a importância dada à manutenção das relações interpessoais afeta de forma positiva a qualidade de vida dos idosos. A interação familiar com sobrinhos, netos e filhos e a manutenção de vínculos com irmãos dá ao idoso o sentido de utilidade e pertencimento. O contato com a família permite que o idoso socialize e sinta-se

valorizado, além de permitir que o mesmo tenha momentos de descontração e alegria que fazem bem à sua saúde.

A mudança da estrutura familiar, como divórcio, viúvez, casamento de filhos ou nascimento de netos, faz com que muitos idosos vivenciem a solidão na velhice. A presença de boas condições de saúde e independência financeira dá ao idoso a possibilidade de arcar com suas responsabilidades cotidianas sozinhas e gerenciar sua própria vida, o que faz com que os familiares não percebam as necessidades afetivas desta fase. Estudo realizado na Áustria sobre a importância do contato intergeracional para a saúde e qualidade de vida de idosos afirma que a proximidade e a frequência da convivência de idosos com netos, filhos e parentes é uma fonte importante para a qualidade de vida durante a velhice (KIRCHENGAST; HASLINGER, 2015). Outro estudo realizado na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), ressalta a importância da dinâmica das relações familiares intergeracionais que reforçam o sentimento de pertença familiar e previne o isolamento, além de colaborar para a relação de ajuda no cotidiano diário, já que alguns idosos podem apresentar dependência na realização de atividades de vida diárias e com isso o apoio mútuo com afeto e o convívio em harmonia torna-se essencial para a qualidade de vida desses idosos (SILVA et al., 2015).

As atividades de lazer como passear, ir ao shopping, cinema e ir à igreja são práticas realizadas pelos idosos, na maioria das vezes, na companhia de familiares, amigos, o que pode demonstrar uma relação de dependência e necessidade afetiva ao realizar tais atividades. A prática religiosa apresenta papel importante para manutenção do equilíbrio emocional e também proporciona socialização. Estudo aponta que a participação em grupos de convivência e religiosos mostra-se como fatores protetores ao aparecimento de sintomas depressivos (BORGES et al., 2013). Desta forma, podem ser identificados como importantes para prevenção de problemas associados a saúde mental de idosos.

A importância dada à convivência e contato com os amigos fica evidente em diversos trechos das uces. Alguns idosos enxergam o ambiente da Academia Carioca de Saúde como um local que permite a transformação de seu cotidiano a partir da socialização e a prática de atividades promovidas pelo grupo que são incorporadas ao seu lazer, como evidenciado no capítulo IV, que alguns idosos se sentem bem somente pela oportunidade de compartilhar do espaço da Academia.

A transição da vida social de trabalhador para aposentado pode afetar a socialização dos idosos e interferir em suas atividades de lazer. Estudos apontam que a aposentadoria pode

aumentar a prática de atividades sociais e de lazer como saídas, viagens, passeios e o consumo/uso de televisão, rádio, livros e músicas (GUEDES et al., 2014).

Em estudo que relacionou a perceção da transição para a aposentadoria identificou-se que os idosos apresentam nesta fase questões relacionadas a readaptação de vida, sejam elas pessoais ou familiares, perdas sociais, econômicas e ganhos psicoemocionais e qualidade de vida (LOUREIRO et al., 2015). Ou seja, o processo de transição para aposentadoria pode ser influenciado por fatores anteriores ao momento da aquisição da mesma. Segundo revisão de literatura portuguesa, a qualidade da adaptação à aposentadoria pode variar de acordo comfatores pessoais de saúde, emocionais, familiares, sociais e econômicos (WANG; HENKENS; VAN SOLINGE, 2011).

A promoção de informações a fim de despertar os idosos sobre seus direitos quando alcançados os 60 anos de idade é uma das ações realizadas nas atividades da Academia Carioca. Nas uces da Classe 2, observam-se aspectos que envolvem a autonomia e a cidadania dos idosos participantes, quando os mesmos expressam que usam a carteira de gratuidade para se locomover de ônibus até as atividades de lazer que se proponham a fazer. A gratuidade de passagens e descontos em atividades de lazer indicaa consciência sobre seus direitos.

A Secretaria Especial dos Direitos Humanos em 2010 lançou o "Guia da Pessoa Idosa. Dicas e Direitos", que contém, de forma acessível, importantes informações sobre os direitos da pessoa idosa. O estatuto do idoso garante a participação dos idosos em atividades culturais e de lazer mediante descontos de pelo menos metade do valor dos ingressos. E ainda garante a gratuidade do transporte coletivo urbano para os maiores de 65 anos, ficando a critério das autoridades locais sobre a gratuidade dos idosos de 60 a 65 anos (BRASIL, 2003).

Os idosos relatam que o medo da violência juntamente com a falta de companhia afeta a sensação de segurança no cotidiano e os impedem de realizar atividades de lazer como de costume. Esses dados identificados nas uces, e também nos dados da descrição panorâmica da inserção dos idosos na Academia Carioca da Saúde (Capítulo IV),podem ser justificados pela atual situação vivenciada pelos moradores da cidade do Rio de Janeiro que enfreta um de seus piores momentos em relação à violência. A população tem sofrido com extrema insegurança e tem optado por fazer programas mais seguros dentro de suas casas e evitado sair nas ruas por medo de assaltos.

Estudo realizado por Irigaray e Trentini (2009) indicou que as idosas participantes também possuem grau de esclarecimento satisfatório sobre os acontecimentos do país e reafirmam que aspectos políticos, segurança, violência e as consequências da desigualdade social afetam o seu bem-estar. Os noticiários, jornais e acontecimentos diários na vida dos

Cariocas têm afetado o bem-estar psicológico e a liberdade da população de forma geral e principalmente a vida de idosos, como se evidencia nas uces das classes geradas nesta pesquisa.

Estudo mostrou que as mulheres idosas tendem a ser mais adeptas às atividades físicas como ginásticas e hidroginásticas em ambientes púbicos ou ao ar livre quando comparadas aos homens. Os idosos do sexo masculino tendem a praticar maior número de modalidades quando comparados às mulheres (COSTA et al., 2015). O que pode justificar um número maior de participantes do sexo feminino no presente estudo, devido às atividades da Academia Carioca serem realizadas em ambiente ao ar livre.

Os dados sugerem a necessidade de repensar a arquitetura de ambientes públicos, áreas de lazer, museus, praças ereplanejá-los a fim de viabilizar a inserção de pessoas idosas nesses locais e permitir a utilização desses espaços para sua convivência, lazer e prática de atividades físicas. Desta forma, aumenta-se a necessidade de investimentos públicos em segurança e em meios que viabilizem o acesso de idosos a esses ambientes públicos, investimentos em transportes, em pavimentação e obras públicas que readequem esses locais para prática de atividades físicas de forma que atenda às necessidades de ambos os sexos.

Atividades como passeios a teatro, museu, cinema, parques, praia são algumas das ações de promoção de interação que são realizadas no ambiente do grupo da Academia Carioca. Essas atividades afetam as pessoas de forma positiva promovendo melhorias em seu bem-estar físico e psicológico. A convivência no grupo permite que vínculos sejam criados e que inseridas no cotidiano dos sujeitos as atividades da Academia Carioca passam a transformar os hábitos alimentares para que sejam mais saudáveis e promovendo uma atitude mais ativa e positiva diante da vida.

Em estudos como o de Tahan e Carvalho (2010), idosos reafirmam a importância dos grupos de convivência por permitirem o contato e o estabelecimento de vínculos com outras pessoas e o sentimento de pertencimento à sociedade, que são importantes fatores para a qualidade de vida. Em estudo observacional que buscou avaliar relação entre tipos e quantidade de atividade social e saúde relacionados com qualidade de vida de acordo com sexo e faixa etária mostrou que há uma associação positiva entre o aumento do número de atividades sociais e aumento da qualidade de vida (PARK et al., 2015).

No geral, na maioria das uces destacadas pela Classe 3, os idosos relatam ter o hábito de acordar cedo, tomar o café da manhã e direcionar-se para a Academia Carioca de Saúde para realizar as atividades. A predominância da palavra "venho" se destaca nesta classe e representa a ação de ir a Academia para realizar os exercícios promovidos no local. As

atividades que são realizadas no ambiente do Grupo inserem-se no cotidiano desses idosos, são motivacionais e permitem que os mesmos se sintam úteis, pois realizam as atividades com prazer. Estudos garantem que a participação em programas de atividades físicas e de lazer promovidos pelo governo brasileiro são fatores importantes na promoção e manutenção de estados de saúde adequadosa qualidade de vida na velhice (DA-FONTE et al., 2016; COSTA et al., 2015).

A maioria das uces que compõem essa Classe foi construída por participantes do sexo feminino. A predominância de ações que caracterizam o cotidiano doméstico evidencia que as mulheres apresentam uma vida cotidiana ativa, dividem-se entre as práticas de atividades físicas e os afazeres domésticos, em sua maioria, não apresentam limitações que as incapacitam de realizar suas atividades de vida diárias, mesmo que relatem se sentirem cansadas após realizar as tarefas. A manutenção da capacidade de realizar suas funções no lar pode ser considerada um dos benefícios da prática de atividades físicas na velhice.

Os discursos que refletem as ações do cotidiano estão carregados da dimensão afetiva e avaliativa da representação social. A presença de termos como "gosto" e "não gosto", "adoro" representam uma amostra de um conjunto de objetos que irão interferir em atitudes, são expressões que revelam sentimentos. É a partir de experiências, vivências e interações sobre determinado objeto ou situação, que os sujeitos serão afetados e a partir dessas avaliações que se produzirão sentimentos esaberes que podem influenciar atitudes.

Segundo estudo realizado por Pombo-de-Barros e Arruda (2010) representar é a ação de tornar compreensível algo que se apresenta como objeto importante em seu meio cultural. Em relação aos afetos, as autoras afirmam que na RS o sujeito emerge da relação com a sociedade, parte da indiferenciação para o reconhecimento do outro e de si, sendo o outro fundamental em sua constituição, por outro lado, e também por isso, o sujeito está numa luta constante para se afirmar, construir-se enquanto indivíduo diferenciado, por meio da afirmação de sua potencialidade. Assim, os afetos perpassam processos que vão a duas direções: a da pertença social e a da potencialidade individual.

O modo como se vive gera avaliações, o "gostar" influencia e reflete a proatividade e o "não gostar" interfere nas atividades que não realizam ou que realizam sem prazer. Neste caso, os idosos relatam gostar e adorar passear, sair e ter um lazer, ressaltando uma atitude ativa frente a oportunidade de executar essas atividades com prazer.

A revisão integrativa de literatura realizada por Moreira, Teixeira e Novaes (2014) reuniu uma série de estudos que confirmam a eficácia da prática de atividades físicas e sua contribuição para a autonomia e independência funcional de idosos. Como já discutido

anteriormente, o processo de envelhecimento interfere diretamente nas atividades básicas desenvolvidas no cotidiano e para isso as atividades realizadas no ambiente da Academia Carioca buscam desenvolver a capacidade de equilíbrio, flexibilidade, resistência, agilidade e força pelos idosos, que são habilidades importantes para manutenção das atividades de vida diárias (DEL DUCA; ANTES; HALLAL, 2013; SAKAMOTO; MIURA, 2016). Os léxicos identificados nas uces refletem a independência e autonomia desses idosos frente a suas atividades e responsabilidades cotidianas.

Em relação à predominância de uces que apresentaram léxicos que representam o ato de acordar cedo e a presença de sono e repouso durante o dia, estudos revelam que a maioria dos idosos relata apresentar distúrbios do sono. Dentre as queixas mais comuns estão o despertar precoce, seguido por dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono, sono não restaurador, e uso de remédios para adormecer. Para os participantes deste estudo o cochilo diurno também esteve presente no relato da maioria dos idosos (SANTOS et al., 2013).

De acordo com as uces os idosos apresentam uma rotina ocupada e com muitas tarefas, ter responsabilidades com a casa, com a família, faz com que o idoso se sintaútil e isso interfere em sua qualidade de vida. Cuidar de netos, filhos e familiares eleva sua autopercepção de utilidade e isso afeta seu bem-estar e sua forma de encarar a velhice. O idoso na figura de cuidador de outros idosos pode ser identificado nas uces quando as participantes do sexo feminino relatam cuidar de suas mães idosas. Estudo apresentou a predominância do sexo feminino na posição de cuidador de outros idosos e discutiu de que forma o cuidador pode ser afetado em relação a sua qualidade de sono, privação de vida social e sintomas depressivos (TOMOMITSU et al., 2013).

A importância da utilidade social destes idosos transcende a esfera familiar e passa também a ocupar uma esfera afetiva e de cuidado que está intrínseca nos seus discursos quando apresentam a necessidade de ter animais de estimação. O cuidado dispensado a esses animais também preenche o vazio estabelecido pelo distanciamento de familiares, os animais passam a ocupar o espaço das relações afetivas que eram estabelecidas no cotidiano desse idoso. Além de favorecer a autopercepção de utilidade e importância, pois os animais tornamse dependentes de seus cuidados. O contato com os animais e as trocas estabelecidas nessas relações entre seres humanos e animais de estimação podem afetar o nível de satisfação e bem-estar interferindo na qualidade de vida dos idosos.

# CAPITULO VII SABERES E PRÁTICAS SOBRE QUALIDADE DE VIDA

A multidimensionalidade do conceito qualidade de vida emergiu na Classe lexical 1 de produção dos dados processados pelo programa Alceste. Esta classe está composta por 436 uces, que corresponde a 46% de uces utilizadas e cerca de 146 palavras analisadas, sendo a Classe mais densa, comparada as outras classes produzidas. Os sentidos tratados nesta classe estão dipostos no quadro 4.

#### Quadro 4 – Caracterização da Classe 1:

#### **Qualidade de vida e suas dimensões**

Os determinantes sociais de saúde a partir do discurso da produção social de saúde

Protagonismo frente às ações promotoras de qualidade de vida e a dimensão simbólica

A alimentação e a atividade física veículados pela situação econômica

Qualidade de vida e suas dimensões

Importância do convívio familiar e social para a qualidade de vida

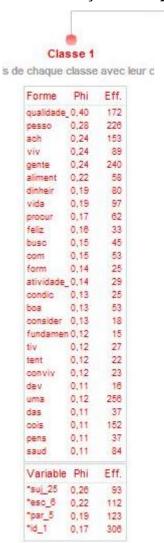
A influência dos profissionais de saúde no grupo de convivência, nos meios de comunicação e da mídia

Na classificação hierárquica descendente, os vocábulos mais incidentes com phiigual ou superior a 12 foram: qualidade\_de\_ + (172), ter + (190), pesso+ (226), ach+ (153), viv+ (89), gente (240), aliment+ (58), se+ (176), dinheir+ (80), vida+ (97), melhor+ (67), procur+ (62), ser+ (50), voce (166), feliz (33), tem+ (244), busc+ (45), com+ (53), form+ (25), atividade\_fisica (29), condic+ (25), que+ (694), boa+ (53), consider+ (18), fundamental (15), tiv+ (27), tent+ (22).

Segundo a análise descendente os vocábulos com maior phi foram: qualidade de vida, ter, pessoa/pessoas, acho/acham, viver/vive, gente, alimentar/alimentação, se, dinheiro/dinheirinho, vida. Traz consigo os aspectos psicossociais, subjetivos e multidimensionais do objeto em questão. A Classe 1 originou-se a partir do questionamento acerca do que pensam os idosos sobre o objeto qualidade de vida, a partir de quais meios

controem suas concepções, saberes e como agem em relação a eles, ou seja, ela representa a imagem construída pelos idosos sobre o objeto em questão.

Figura 7- Classíficação Hierárquica Descendente da Classe 1:



A classificação hierárquica ascendente (CHA)mostra que o objeto "qualidade de vida" está conectado ao termo "viver", "vivendo" que se ligam aos termos "acho", "coisa", "pessoa", "uma", "gente", "vida".

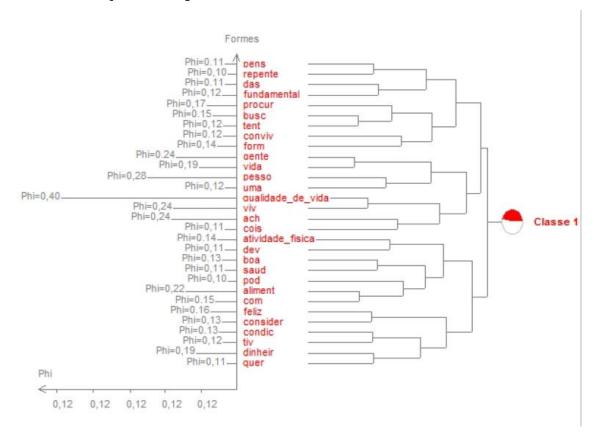


Figura 8 - Classificação Hierárquica Ascendente Classe 1.

Na análise da CHA observa-se que os vocábulos "dinheiro" e "quero" se relacionam ao vocábulo "condições" e "tive" e ambosse ligam aos termos "considero" e "feliz", este grupo liga-se aos termos "atividade física" e "devo" e ao grupo de relações de palavras "alimentação", "comer" e "boa" "saúde". Essas relações traduzem os determinantes sociais de saúde e sugerem a relação do dinheiro e sua importância para cuidados mantenedores como a alimentação.

Evidenciaram-se objetos que relacionam a qualidade de vida aos determinantes sociais e de que forma eles afetam a saúde. As uces desta classe envolvem as condições econômicas, culturais e sociais relacionando às condições de moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego que são estados que influenciam a saúde. Os determinantes sociais de saúde estão presentes em muitos pontos desta classe, aspectos que envolvem as dificuldades financeiras e sociais perpassam pelas representações trazendo à tona as desigualdades e inequidades existentes na população estudada.

Os léxicos associados e seus sentidos nas uces apontam um protagonismo e um movimento proativo dos idosos ao encontro de ações que os levem a ter qualidade de vida, em face daquilo que entendem que seja sua promotora. Isto pode ser identificado nos verbos

empregados na construção do pensamento expresso nas uces, a exemplo de "procura", "fazer", "busca".

Na análise lexical ascendente observa-se que os léxicos "tentar", "buscar" ligam-se aos verbos "procurar" o que refere a proximidade e frequência com que são utilizados juntos, os mesmos ligam-se aos léxicos "conviver" e "forma" que podem significar que os idosos buscam ou procuram o convívio de forma mais harmoniosa. Esses últimos léxicos estão ligados aos termos "fundamental", "penso", "das" e "repente". Esta ligação entre os termos nesta classe, representando a proximidade das palavras no discurso dos participantes, pode justificar a estruturação do pensamento dos idosos, ressaltando a importância ou o bom julgamento pela busca do convívio social, utilizando-se do termo "fundamental".

Jaouvi falar em qualidade de vida. Qualidade de vida é uma pessoa que tende a fazer exercicios, que procura fazer amizades, procura não ficar sozinho, alimenta-se bem. Ter uma boa alimentação, não exagerar com bebidas. A pessoa ter um momento assim de repouso. (Uci1; Sexo feminino; 62 anos, Casada)

Esse movimento proativo volta-se para elementos que constituem uma representação de qualidade de vida, pautada na questão gregária, social, na boa alimentação, repouso e nas atividades físicas, esta última integrando o contexto imediato dos participantes, haja vista a pesquisa ter sido feita em um ambiente em que isto faz parte do cotidiano dos idosos.

O vocábulo "alimentação" e suas formas complementares foram um dos principais citados pelos participantes da pesquisa, com uma ocorrência relacionada às tipologias de alimentos e de formas de alimentação, à socialização ("comer fora" de casa) e a condição econômico-financeira para aquisição daquilo que os idosos denominam de "boa alimentação". Ressaltaram a importância da qualidade dos alimentos e de hábitos alimentares saudáveis para manutenção da saúde e para o alcance de uma qualidade de vida satisfatória.

De acordo coma a análise ascendente o vocábulo "alimentação" aparece com frequência ligado ao termo "comer" e ambos se ligam a palavra "poder". Estabelecem relações com termos "boa" e "saúde" que permitem a interpretação de que a alimentação e o ato de comer são valorados como atitudes necessária para se ter uma boa saúde. Os termos "boa" e "saúde" também se relacionam com os vocábulos "devo" e "atividade física", mas não diretamente com o termo alimentação. Neste sentido, a atividade física também é interpretada como uma atitude que colabora para a saúde.

Eu acho que é viver bem, ter uma boa qualidade de vida é ter as suas atividades, ter uma boa alimetação, estar com a mente ativa. Tentar buscar comer de forma correta, comer

alimentos saudáveis, sem gordura. Estar sempre buscando fazer uma atividade, nunca ficar parado. (Uci4; sexo feminino; 60 anos; Solteira)

Não sei direito, eu imagino que seja uma pessoa viver, tipo assim, ter tudo o que quer, ter as coisas mais básicas. Seria alguma coisa que você quer comer e tem dinheiro para comprar, uma roupa que você achou bonita. (Uci2, Sexo Feminino, 62 anos; Divorciada).

Evidenciam-se nas uces a importância de os idosos estarem em harmonia com seus familiares, filhos, netos, ressaltam a relevância do convívio com amigos e ao fato de estarem inseridos e sentirem-se pertencentes a um grupo de convivência.

Está um absurdo. Assim a gente nao consegue ter uma boa vida. Qualidade de vida tem a ver com ter saúde também. Sem saúde a pessoa vive sempre triste. Viver bem dentro de casa em harmonia. Nosso lar em primeiro lugar, nossos filhos, nossa família, nossas amizades. Preparar para a velhice. (Uci 17; Sexo feminino;61 anos, Casada)

Eu acho que uma pessoa que tem qualidade de vida pode fazer o que ela tiver vontade, passear viajar, comer do bom e do melhor. Encontrar os amigos a qualquer hora do dia sem nem se preocupar como vai pagar a conta. (Uci8; Sexo Feminino; 60 anos; Viúva)

As dimensões sociopolíticas e econômicas também foram fatores marcantes nas uces quando questionados a respeito do objeto qualidade de vida. Nas uces se identificam ideias e sentidos ligados ao dinheiro, poder de compra, alimentação, aquisição de produtos, moradia e lazer como fatores dependentes do poder econômico.

De acordo com a análise lexical ascendente os vocábulos "dinheiro" e "quero" estão relacionados com os vocábulos "tiver" e "condições" e ambos se ligam aos vocábulos "considera" e "feliz". Essas relações demonstram que o dinheiro é interpretado como algo que viabiliza melhores condições, sejam elas de moradia, lazer, poder de compra, alimentação e essas condições são importantes para que os idosos vivam bem.

Porque produtos dietéticos são bem mais caros, integrais também que são bons para a saúde, é tudo muito caro. Aí eu compraria uma porção de fruta para eu poder comer, coisas integrais. Mas aí faltou o dinheiro, a gente compra o que dá. (Uci 23; Sexo feminino; 66 anos; Viúva)

Você não consegue viver sem o dinheiro porque você não vive com fome. Você precisa pagar a luz, a água e sem o dinheiro não dá para pagar. (Uci 02; Sexo feminino; 62 anos; Divorciada)

E o pessoal jogando as coisas pelo ralo e a gente, o povo precisando, morrendo. E o que estou dizendo, ter saúde, viver tranquilo, não estar com a cabeça quente com nada. (Uci 29; Sexo feminino; 70 anos; Viúva)

Só que não tenho dinheiro. Mas a crise está para todo o mundo. Não traz felicidade, mas que ajuda, ajuda em tudo. (Uci27; Sexo feminino; 74 anos, Casada)

Para mim essa questão da economia é um problema também. (Uci8; Sexo Feminino; 60 anos; Viúva)

A questão do poder aquisitivo transparece nos léxicos que compõem as uces por meio de explicações da viabilidade dos idosos de adquirirem bens, produtos e serviços. Esse elemento constitutivo de representação da qualidade de vida, financeiro, se evidencia também nas condições de acesso desses idosos a atividades físicas orientadas por profissionais, que demandam custos. Na análise lexical ascendente, observa-se que os vocábulos "devo" e "atividade física" estão relacionados aos termos "dinheiro" e "quero", evidenciando a relação que os idosos estabelecem entre o poder econômico e a prática de atividades físicas.

Porque não teria condições de conseguir outro lugar. Talvez com certeza eu teria que pagar, teria que ter dinheiro. E não tenho. Então eu acho que, de certa forma, isso aqui me ajuda muito [a Academia Carioca]. Eu gosto. A professora é alegre, brincalhona, às vezes ela brinca, fala alguma coisa para tentar levantar o astral da gente. (Uci 20; Sexo Feminino; 61 anos; Divorciada)

O serviço oferecido e o ambiente da Academia Carioca integram as representações de qualidade de vida, servindo como meio para ocupar o cotidiano dos idosos que vivenciam a fase de transição de vida ativa/ produtiva como trabalhador para a fase de aposentadoria.

O ambiente influencia muito também, aqui a gente convive bem com outras pessoas, mantém a cabeça boa. A gente não pode ficar parada, fica depressivo se parar. É importante estar em movimento. Se você sempre se movimentou, trabalhou, quando se aposenta tem que arranjar algo para fazer, não dá para parar de vez, a gente adoece. (Uci 18, Sexo Masculino; 68 anos; Casado)

E como eu estou aposentado, eu tenho que ter uma tranquilidade que um aposentado merece, num lugar que eu possa fazer minhas coisas com segurança, com saúde e podendo ter meu lazer à vontade. (Uci 12, Sexo Masculino; 70 anos; Casado)

Na construção da imagem do objeto qualidade de vida, os elementos que constituem o discurso do universo reificado de pensamento são veiculados pelos profissionais de saúde e pela mídia. Apresentam um discurso reificado de responsabilização do outro representado pela expressão "ajuda a gente a fazer".

A gente deve aproveitar a vida. Elas estão interligadas. As palestras aqui, por exemplo, é um meio de a gente aprender. Muitas pessoas são diabéticas e não sabem o que é

a diabetes. Compreender o que significa a doença ajuda a gente a fazer as coisas certas. (Uci 10; Sexo feminino; 66 anos; Casada)

Eu ouço na televisão, naquele programa Bem-Estar, eu gosto muito de assistir. Aqui também a gente ouve, aqui na academia. Tem livros também que falam sobre qualidade de vida. Eles falam que a gente tem que manter uma vida saudável, comer bem colorido, praticar atividade física e não ficar com a mente parada. (Uci4; Sexo feminino; 60 anos; Solteira)

Nestas ucesestão representadas a dimensão imagética a partir da imagem social do envelhecimento ativo influenciado pelos profissionais de saúde e do meio midiático.

Os participantes expressam uma consciência sobre as limitações e necessidades que os indivíduos possam apresentar na faixa etária a qual pertencem. Essas características podem ser observadas em fragmentos destacados das uces como, por exemplo, "tem necessidades", "pessoas não podem isso", "perceber as limitações do outro", "uma questão de respeito". Esses trechos também podem indicar a presença de características observadas durante o processo de envelhecimento normal.

E essa faixa etária tem necessidades. Necessidades que são supridas aqui. Que seria uma atenção própria às limitações. Percebendo que de repente determinadas pessoas não podem isso, outras podem. E essa questão aí é até interessante que cria certo assim, quando a gente começa a perceber as limitações do outro. Eu acho que até uma questão de respeito. (Uci 25; Sexo feminino; 60 anos; Divorciada)

A participação na Academia Carioca faz com que os idosos reflitam quanto aos benefícios de atitudes positivas em prol de sua saúde e sobre a importância de sua participação em grupos de convivência para a obtenção de anos a mais de vida com qualidade.

E muitas coisas que estão dentro do programa da qualidade de vida, muitas coisas que são importantes, ainda mais para nós da terceira idade, ainda mais para nós. E importante que a gente tenha influências positivas, por isso que a qualidade de vida é boa. Dizem que a pessoa tem até mais tempo de vida, porque com a qualidade de vida a pessoa vive mais e vivem bem. (Uci 18, Sexo masculino, 68 anos, Casado)

Muito mesmo, ajuda muito. Ajuda no modo de pensar, viver, movimentar, fazer amigos. Isso tudo [a participação na Academia] muda a vida da gente e faz a gente ter qualidade de vida, ser feliz, não ficar para baixo. (Uci6, Sexo Feminino, 82 anos ; Casada)

## **DISCUSSÃO**

O conceito de qualidade de vida pode ser considerado multidimensional segundo uma abordagem geral ou holística. Estudos trazem os aspectos conceituais e as dificuldades em discutir suas abordagens (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; SEIDL; ZANNON, 2004). Considerando esta multidimensionalidade, de certo que os determinantes sociais da saúde influenciam na qualidade de vida das pessoas, especialmente dos idosos.

O estudo de Geib (2012) discutiu os determinantes sociais de saúde dos idosos e traz como ponto importante que a fragilidade de saúde e as incapacidades impostas pelo envelhecimento tendem a enfraquecer a interação social e a participação comunitária dos idosos, com riscos de isolamento social e limitações no estilo de vida. Demonstra a importância da inserção de idosos em grupos de convivência gratuitos ofertados pelo SUS em benefício da interação dos idosos, mudanças no estilo de vida e manutenção de um envelhecimento bem sucedido.

A utilização dos determinantes sociais de saúde expressadas pelos idosos nas ucis demonstra o processo de ancoragem da representação social, em que as dimensões que circulam no campo representacional desses idosos sobre qualidade de vida, os afetam e significam quando os relaciona aos determinantes sociais. Ancoragem é o processo que dá sentido ao objeto que se apresenta à nossa compreensão. O sujeito procede recorrendo ao que é familiar para fazer uma espécie de conversão da novidade: trazê-la ao território conhecido da nossa bagagem nocional (ARRUDA, 2002).

Observa-se nas uces que os saberes e ideias utilizados para construção do senso comum sobre alimentação e práticas alimentares possuem aspectos originários do universo reificado de conhecimentos. Desta forma, os participantes incorporaram informações discutidas no grupo de pertença e transformaram esses conhecimentos em saberes que faziam sentido ao seu cotidiano, justificando boas práticas alimentares em benefício de sua qualidade de vida.

O conhecimento a respeito das práticas alimentares adequadas, alimentos saudáveis se afina a um discurso biomédico, terapêutico, prescritivo, identitário ao universo reificado de conhecimentos. Em determinados momentos este discurso coocorria com o reconhecimento dos benefícios dos exercícios físicos para a qualidade de vida dos participantes. Estudos mostram que a prática de atividades fisicas permite o aumento da saúde psicofísica e melhora a qualidade de vida de individuos em processo de envelhecimento (BATTAGLIA etal., 2016).

A predominância de termos como "fazer exercícios", "não ficar parado", "fazer atividades" revelam a consciência sobre a importância da prática de atividades físicas e negação de atitudes sedentárias. Os quais são aspectos importantes de saberes do senso comum que foram incorporados a partir de informações pertencentes ao universo reificado de conhecimentos. Desta forma, os sujeitos agem, constróem ideias a respeito do objeto a partir de influências do meio que pertencem, e em consequência compreendem a importância de um envelhecimento ativo para um envelhecer bem-sucedido.

A representação social permite que se avalie de que forma o social interfere na construção do sujeito e de que forma esse sujeito afeta o meio em que vive. A incorporação no cotidiano de saberes que são disponilizados pelo meio social só ocorre se esses conhecimentos tiverem algum sentido ou afete de alguma forma esse sujeito. Para isso, os saberes sobre a importância de atividades físicas divulgados na mídia, nos programas de televisão e durante as atividades da Academia Carioca devem conter mensagens que afetem os idosos para que possam ser incorporados no seu cotidiano, o que demonstra a importância da dimensão afetiva para o campo representacional.

A solidão é um ponto relevante para a qualidade de vida, pois traduz-se como negativa para o bem-estar. Em estudo comparativo realizado com pessoas que fazem parte de grupo de convivência de idosos uma das principais motivações para a participação de grupos de convivência são a busca de melhorias na saúde e qualidade de vida, e a fuga da solidão (BITTAR; LIMA, 2011), que mostra o importante papel da inserção dos idosos em grupos de convivência para a saúde mental dos mesmos.

Estudo realizado por Araújo et al. (2011), que buscou identificar as representações sociais de idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido, confirma em seus resultados a importância do apoio e das relações familiares e sociais para envelhecer de forma saudável. Em estudo realizado na Turquia, idosos com níveis de apoio social e atividades da vida diária elevadas apresentaram melhores níveis de qualidade de vida e menores níveis de depressão (UNSAR; DINDAR; KURT, 2015). Tais resultados ressaltam como a independência e a participação social afetam positivamente a qualidade de vida de idosos.

A ocorrência dos verbos "procurar" e "buscar" e suas variações "procuro", "buscando", "busco" refletem ações que os idosos realizam ou que idealizam serem atitudes apropriadas para o alcance da qualidade de vida. O substantivo "pessoa" também teve incidência no conjunto de léxicos da classe 1 relacionando-se com os verbos citados anteriormente. Essas associações mostram uma atitude proativa dos idosos frente a sua

qualidade de vida, evidenciando ainiciativa para prática de atividades físicas e satisfação em participar dos grupos de convivência.

A presença dos verbos reflete a dimensão simbólica da representação, que a partir da disseminação do conhecimento por parte do universo reificado conduz a responsabilização do outro, gera uma coerência entre pensamento e ação. Desta forma, a presença de conhecimentos sendo discutidos por parte dos profissionais de saúde a partir da Academia Carioca e dos meios mididáticos como nos programas de TV veiculam informações que serão captadas pelos idosos, que serão afetados de forma a construir pensamentos que relacionados a atitudesserão expressados a partir dos verbos de ação. Neste sentido, os verbos indicam que os idosos passam a tomar para si a responsabilidade da ação, incorporando-a em seu cotidiano e compreendendo sobre os benefícios das mesmas para a sua saúde.

Estudo realizado por Mantovani, Lucca e Neri (2016) mostrou que os idosos não se isolavam em casa, buscavam estar inseridos ativamente em grupos na comunidade, estabelecendo novos vínculos e amizades. Desta forma, assim como no presente estudo, os idosos encontram-se em uma atitude ativa de buscar constantemente condições de vida satisfatórias a partir da inserção social.

Estudo transversal realizado na Finlândia, Polônia e Espanha sobre avaliação dos determinantes de qualidade de vida de pessoas idosas, mostra que a prática de atividade física e o estabelecimento de laços a partir da inserção de idosos em grupos sociais são alguns dos fatores que sugeriram o aumento da qualidade de vida da população em envelhecimento (RAGGI et al., 2016).

Observa-se nas uces forte influência das condições econômicas atuais vivenciadas pela população brasileira. Com a crise econômica e financeira também foram evidenciadas metáforas e vocábulos que traduzem a insatisfação e instabilidade emocional, social e econômica enfrentadas pela população devido à situação política atual. Como visto no capítulo V, nem todos os idosos participantes da pesquisa estão aposentados, muitos ainda estão inseridos no mercado de trabalho a fim de complementar a renda familiar.

À medida que a população envelhece a questão da seguridade social se faz presente, tanto no âmbito social, quanto no econômico. Com o aumento da longevidade e melhores condições de saúde há aumento do número de pessoas idosas que serão beneficiadas pela previdência social, desta forma, há aumentam-se os gastos governamentais para esses fins.

A fim de amenizar esse quadro, a solução encontrada foi estender o tempo de contribuição com aposentadorias mais tardias, os idosos tornam-se produtivos por mais anos, em consequência disso, cada vez mais idosos estão inseridos no mercado de trabalho

ocupando o lugar de pessoas mais jovens. Essa situação traz consequências sociais e econômicas para o país, entre elas, o aumento do número de pessoas desempregadas.

Estudos sobre a condição financeira de idosos também relacionou o poder aquisitivo à qualidade de vida, por afetar o acesso a bens e serviços, dentre eles a alimentação de qualidade e lazer (IRIGARAY; TRENTINI, 2009; TAHAN; CARVALHO, 2010).Nos resultados desta pesquisa, os léxicos da classe 1 e suas uces mostram que o dinheiro possibilita a aquisição de alimentação de qualidade, de práticas de lazer que, por sua vez, se relaciona com aspectos de satisfação social e também afeta as atitudes em relação ao cumprimento de prescrições feitas por profissionais de saúde que está relacionada à compra e consumo de alimentos que requerem condições econômicas melhores para sua aquisição.

Aspectos econômicos também são evidenciados quando há o reconhecimento da importância das atividades da Academia Carioca ser oferecidas gratuitamente, pois se evidencia que nas atuais condições econômicas desses idosos não haveria possibilidade de realizar os pagamentos deste tipo de serviço, como em uma academia ou professor particular, por exemplo.

Ressalta-se que a prática de atividades físicas tem sido supervalorizada na mídia e na sociedade, o culto ao corpo e as consciências dos benefícios dos exercícios têm impregnado as pessoas de iniciativa e aumentado a busca por academias, o que influencia a demanda e exigência do mercado. Estudo realizado por Ferreira et al. (2014) discutiu aspectos da desconstrução da imagem dos idosos por influencia mididática. Neste estudo, se observa que o espaço midiático tem sido veículo para informações que incitam cada vez mais os idosos a adquirir novos hábitos de vida, para manterem o corpo saudável, com participação social, atividades de lazer e novas perspectivas de futuro.

A dimensão imagética do envelhecimento ativo é disseminada pelos meios de comunicação e veiculada por profissionais de saúde. A imagem social do envelhecimento ativo e do corpo são trazidas pela mídia como sinônimo de longevidade e saúde e atingem a imagem individual e, consequentemente, influenciam atitudes de idosos como mostra o estudo de Ferreira et al. (2014). Desta forma, a imagem do envelhecimento ativo divulgada pela mídia, afeta os idosos de forma que eles reorganizem e passem a ter atitudes semelhantes ao ideal e imaginado por eles.

O reconhecimento da Academia Carioca pelos participantes da pesquisa ultrapassa a esfera da saúde física e alcança a esfera psicológica trazendo benefícios para a saúde mental dos indivíduos. Os dados evidenciam a construção de vínculo estabelecidos no contexto do

grupo e a importância de estarem inseridos em um ambiente que permite o convívio e o contato com outras pessoas os ajudam a alcançar o bem-estar psíquico e a qualidade de vida.

Os fatores relacionados aos benefícios psicológicos da qualidade de vida são observados quanto à importância dada à socialização e inserção social que a mesma proporciona para os idosos. Em estudo realizado em grupo de convivência de Mogeiro, na Paraíba, a contribuição biopsicossocial dos grupos de convivência foi reafirmada pelos indivíduos que dele fazem parte, pois após a inserção no grupo passaram a ter mais satisfação em viver, sentiram-se mais valorizados socialmente. O grupo facilita o convívio e as relações sociais e permite a expressão de sentimentos (CAVALCANTE et al., 2015).

A construção de sentidos sobre qualidade de vida, atividade e ocupação do tempo relacionado à condição de aposentadoria está mais presente nos depoimentos dos idosos do sexo masculino evidenciando uma questão cultural e social que traz para a esfera masculina a responsabilidade de arcar com as responsabilidades e despesas da família, que gera o sustento e dinheiro que mantém a estrutura familiar. Assim como a importância para o homem de sentir-se pertencente a um grupo, já que em toda sua trajetória de vida o sexo masculino busca estar inserido em grupos de amigos do trabalho e em atividades de lazer que incluam outras pessoas.

Neste contexto, observa-se que ações realizadas no ambiente do grupo de convivência do Programa Academia Carioca de Saúde vão além da esfera da prática de atividades físicas, mas torna-se um mecanismo de promoção de saúde por meio de informações necessárias e reconhecidamente importantes para os sujeitos que nela se inserem. Desta forma, o universo reificado de conhecimentos está presente nas representações dos participantes quando se utilizam desaberes técnicos sobre cuidados em saúde, por meio de depoimentos sobre práticas saudáveis e cuidados necessários que realizam com intuito de prevenir ou amenizar as consequências de agravos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis que são apreendidos no contexto das ações realizadas no grupo.

A difusão de estratégias e práticas que estimulem hábitos saudáveis são alternativas para obtenção de uma velhice afastada de doenças crônicas ou comprometimentos funcionais, mas não se reduzem a isso, sabe-se que as condições econômicas e sociais de um individuo interferem diretamente na qualidade de sua alimentação, na possibilidade de realização de atividades, fatores que podem justificar e tornar a promoção de hábitos de vida saudáveis uma missão ainda mais desafiadora para os profissionais de saúde.

Para obtenção de conhecimento sobre as necessidades em saúde evidenciadas pelos idosos, torna-se fundamental apreender as transformações e consequências do envelhecimento

normal, o mesmo pode ser considerado um processo individual, no qual as transformações biológicas, psíquicas e sociais serão vivenciadas de forma única e distinta de um indivíduo para o outro, dependendo de sua cultura, seu contexto social e econômico. O que ressalta a importância de o cuidado ser realizado a partir das necessidades e individualidades de cada idoso.

O envelhecimento normal pode ser caracterizado por alterações estruturais e funcionais nos sistemas fisiológicos principais (sistema nervoso, cardiovascular, respiratório, digestivo, gênito-urinário, locomotor, entre outros). Esse declínio normalmente não significa a restrição da participação social do indivíduo, pois se apresenta como uma lentificação global e uma relativa limitação no desempenho das tarefas do cotidiano (MORAES, 2012).

O envelhecimento psicológico, por sua vez, pode ser marcado por mudanças cognitivas, como perda de memória, lentificação no tempo de resposta e reação às perguntas, falta de atenção, no entanto, se tais traços forem intensificados, não devem ser considerados características de um processo normal de envelhecimento, porque podem ser levados ao diagnóstico de uma patologia. Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005), na maioria das vezes, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado por elementos como a falta de prática e não utilização daquela função cognitiva, por doenças, por falta de motivação, de confiança e por fatores sociais como a solidão e o isolamento, mais do que o envelhecimento em si.

Já os fatores sociais do envelhecimento para o idoso podem ser evidenciados no processo de mudança nos papéis sociais, no momento da aposentadoria, com o rompimento das relações sociais e afetivas que se estabelecia no trabalho, com os próprios familiares quando passam a realizar todos os compromissos e tarefas cotidianas no lugar do idoso, no sentido de poupá-lo. Porém, essas ações podem levar a sensação de incapacidade, ao isolamento social e consequentemente, perda de autonomia e independência.

Para Teixeira e Neri (2008), o envelhecimento bem-sucedido aproxima-se de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objetividade da saúde física, expandindo-se em um continuum multidimensional, depende de uma apreciação individual e é justificada no bem-estar subjetivo. Ou seja, o termo não possui uma definição consensual determinada, pois parte da subjetividade do individuo, dependente do ambiente e das condições culturais que ele se insere.

Um estudo realizado por Lima, Silva e Galhardoni (2008) discutiu as diferentes concepções de envelhecimento bem-sucedido, enfatizando o processo de envelhecimento como uma experiência heterogênea, que implica diferentes estratégias para a obtenção de

bem-estar e qualidade de vida, sendo os mesmos constructos complexos, multifatoriais, que envolvem múltiplas variáveis, associadas tanto às dimensões individuais quanto coletivas do envelhecimento.

Para Neri (2007), a boa qualidade de vida na idade madura excede os limites da responsabilidade individual e deve ser vista por múltiplos aspectos, ou seja, uma velhice satisfatória não será atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da interação entre pessoas em mudança vivendo em sociedade e de suas relações intra, extraindividuais e comunitárias. Assim, ressalta-se a importância da inserção socialdos idosos em grupos na comunidade e a interação que se estabelece por meio das atividades desenvolvidas na Academia Carioca de Saúde, tanto com outros idosos, quanto com os profissionais de saúde.

Nas uces evidencia-se a importância de como o Programa da Academia Carioca realiza suas atividades. Sendo um grupo de convivência heterogêneo, com alunos de diferentes faixas etárias, condições socioeconômicas e acometimentos em saúde que diferem uns dos outros, torna-se importante que exista uma abordagem que reconheça e respeite as limitações e necessidades de cada indivíduo, que desenvolva ações com equidade. Sendo o mesmo, um dos princípios norteadores do SUS, a Equidade reconhece as diferenças de condições de vida e saúde e necessidades das pessoas, sendo que o direito à saúde é para todos e o sistema público de saúde no âmbito dos Grupos de Convivência deve estar preparado para atender a essa diversidade.

A Academia Carioca foi planejada e estruturada para ser um ambiente de compartilhamento de conhecimentos e informações sobre os cuidados em saúde, um local de produção de sentidos e transformador de atitudes.

Os idosos participantes da Academia Carioca estão conscientes da importância de estarem inseridos em grupos onde possam socializar e realizar atividades em benefício de sua qualidade de vida. Isto foi evidenciado nas uces como também no capítulo IV, nos relatos descritivos dos sentidos atribuídos por eles às suas inserções na Academia Carioca, quando informam que preferem estar com os outros idosos fazendo exercícios em grupo ou que, apesar de terem planos de saúde privados, optam pelo atendimento público da Clínica pela oportunidade que tem de socialização. Em estudo que avalia aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social, a adversidade social, o estilo de vida, condições de saúde e aspectos funcionais de relações sociais se destacaram como importantes marcadores para compreensão da qualidade de vida (CAMELO; GIATTI; BARRETO, 2016).

Os idosos comunicaram seus conhecimentos sobre o que, à luz de suas representações, seja qualidade de vida, e conseguem reconhece-la em situações de seu cotidiano, por meio de exemplos; no entanto, identifica-se também nas uces a comunicação de imagens que descrevem ações e condições que remetem a uma compreensão de qualidade de vida ideal ou imaginada, em um discurso de devir, mas não propriamente vivida por eles.

Os elementos utilizados pelos idosos para descrever o objeto qualidade de vida perpassa pelos determinantes sociais de saúde que tem a ver com o discurso da produção social de saúde. Essa classe nao foi composta por conceitos do modelo cartesiano, ou seja, não foi identitária de um modelo biomédico de saúde. Os idosos não falam de aspectos referentes a doença ou a partes do corpo, não têm uma ideia fragmentada de qualidade de vida, mas sim, expressaram uma visão global sobre este objeto, com discurso que mostra a consciência de que a saúde resulta de uma produção social, de determinantes sociais, e que é a conjunção de todos esses fatores que os proporcionarão qualidade de vida.

#### CAPÍTULO VIII

# A TERAPÊUTICA APLICADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE

Como discutido anteriormente, o processo de envelhecimento tem como consequências o declínio biológico e o aparecimento de doenças e fragilidades. A atenção primária de saúde possui como estratégia a prevenção de agravos, promoção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas, incluindo a saúde dos idosos.

O Programa Academia Carioca de Saúde está inserido em parceria com as Clínicas da Família distribuídas pelo território da cidade do Rio de Janeiro. A porta de entrada para as atividades na Academia tornou-se as Clínicas da Família e com isso os profissionais que atuam nos consultórios e realizam os atendimentos em saúde devem estar capacitados para compreender as necessidades de saúde dessa população.

Como se observa no Quadro 4, as Classes 4 e 5 produzidas pelo processamento de dados congregam uces cujos sentidos remetem aos aspectos do cotidiano do trabalho dos profissionais e das relações terapêuticas estabelecidas no âmbito da Clínica da Família, as transformações e consequências para a saúde ocasionadas pela inserção dos idosos nas atividades na Academia Carioca.

Quadro 5 – Caracterização de Classes 4 e 5:

Classe 4 – Terapêutica aplicada na Atenção Básica	Classe 5- Aspectos Fisiológicos da Saúde
Descrição do Itinerário Terapêutico	Dimensão afetiva da doença
A valorização da figura médica	Descrição de características físicas, psicológicas e fisiológicas de patologias
A ausência da figura da enfermagem	Descrição de eventos seguindo uma temporalidade

A Classe 4congrega 108 uces, com 11% das ucesprocessadas, os vocábulos que representaram um phi maior ou igual a 19 desta classe foram: doutor (21), exame (28), consult+ (16), vim (19), marc+(11), trat+(15), fiz (22), consegui (10), med+(32), demor+(7), remed+(30), clinica\_da\_fam+(9), encaminh+(6), gilberto (9), fernanda (14), nome (6), plano (6), mamografia (6), preventivo (6), aqui (72), teve (8).

Figura 9- Classificação Hierárquica Descendente Classe 4:

Clas	sse 4	
fficient d'association Phi		
Forme	Phi	Eff.
doutor	0.36	21
exame	0,33	28
consult	0.29	16
vim	0.27	19
marc	0.27	11
trat	0.26	15
fiz	0.26	22
consegui	131-15	10
med	0.24	32
demor	0.24	7
remed	0.23	30
clinica da	Residence of	9
encaminh		8
	0,22	9
fernanda		14
	0.20	6
plano	0.20	6
mamogra	3000	6
preventiv		6
	0,19	8
tratament		6
dent	0,18	7
fund	0,18	5
venc	0,18	4
vi	0,17	8
atend	0.16	5
pedi	0,15	5
Variable	Phi	Eff.
*suj 22	0.12	9
*esc 5	0.11	51
*id 2	0.09	37
*sui 10	0.09	8

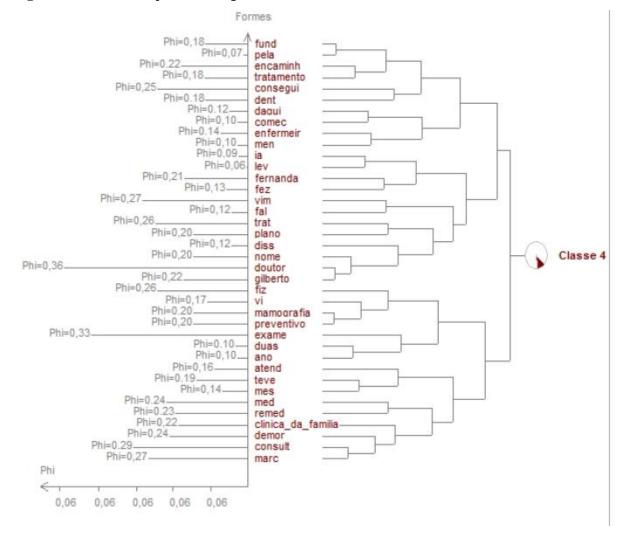


Figura 10- Classificação Hierárquica Ascendente Classe 4:

A Classe 4remete a trajetória terapêutica a partir da descrição dos acontecimentos de acordo com uma temporalidade. Descrição da situação de saúde do idoso antes de iniciar as atividades físicas, a dimensão biomédica a partir dos discursos evidencia as relações que são estabelecidas entre os pacientes e profissionais da saúde que atuam na Clínica da Família, local onde a maioria dos idosos foimatriciado para as atividades.

A solicitação do matriciamentoé feita principalmente por profissionais médicos, podese perceber a predominância da forma reduzida "doutor" que representa as expressões "doutor" e "doutora". De acordo com a classificação hierarquicaascendente os vocábulos "doutor" e "gilberto" apresentam proximidade, justifica a frequência de sua utilização juntos e pode reafirmar a importância desses vocábulos para essa classe representando a figura do médico no atendimento.

A palavra "exame" também aparece com predominância nas uces, seguida das palavras "consulta", "marc" e "consegui" que se referem ao fato de o idoso ter conseguido

realizar a marcação de uma consulta com o médico. Esses vocábulos representam o início do itinerário terapêutico percorrido pelos idosos. E também são identificados com grande frequência a partir da classificação hierárquica ascendente pela aproximação dos vocábulos "marc" e "consult" ligadas ao vocábulo "demor", que representa o processo e o tempo de espera pela marcação de consulta, que são informações que descrevem o processo de trabalho da clínica da família, representada pelo vocábulo "clinica da familia".

Cheguei aqui passando mal, com dor no peito, falta de ar. Aí falei com o doutor Gilberto. Aí doutor Gilberto pediu um exame tal e tal, assim, e um exame de coração, mas é um nome complicado.(Uci 23, Sexo feminino, 66 anos, Viúva)

Quando minha mãe teve problema, as meninas atenderam muito bem ela, fizeram tudo muito rápido, internação. Eu acho que sim, as consultas de três em três meses. É bom que tem a agente comunitária de saúde, elas agilizam tudo rapidinho, são muito atenciosas. Eu só acho que aqui deveria ter ortopedista, porque eu tenho muitos problemas de artrose. (Uci 01, Sexo Feminino, 62 anos, Casada)

A palavra "encaminharam" também representa uma das ações realizadas pelos profissionais da atenção primária de saúde para alguma especialidade de referência ou exame que não é realizado na Atenção Primária.

Daqui me encaminharam para lá e comecei a conhecer as pessoas, conversar, contar meu problema que eu tinha, acabei já fazendo a colonoscopia, já consegui lá mesmo na ilha do fundão fazer a colonoscopia. (Uci 20, Sexo Feminino, 61 anos, Divorciada)

Geriatra. Ela falou assim: dona J., eu levei todos os exames que a doutora passou. A senhora está bem. A sua doutora está tratando da senhora muito bem. (Uci 27, Sexo feminino, 74 anos, Casada)

Na classificação hierárquica ascendente identificam-se os vocábulos "fazer exames", "preventivo", "aquisição de mamografia", que apresentam grande atração e são citados com frequência, representando os procedimentos que são realizados ou solicitados pelos profissionais nas clínicas da família, pois estão acompanhados e ligados aos verbos "vi" e "fiz".

Aí no ano passado eu fui no Zumbi fazer os exames, preventivo e aquisição de mamografia, aí não deixaram eu fazer e falaram que eu sou daqui. Aí eu tive que vir pra cá. Aí eu vi a fernanda, conversei com ela. Falei para marcar com ela, aí eu vim. Aí no primeiro dia eu fiz umas duas ou três viagens, porque quem coleta era uma enfermeira e a fernandaviu para mim. (Uci2, Sexo feminino, 62 anos, Divorciada)

A presença lexical do vocábulo "pressão" que se refere a patologia hipertensão arterial esteve presente nas uces.

Em relação a minha saúde é mais a pressão, não tem nada, fiz todos os exames este ano, todos preventivos e deu tudo bem, deu só infecção renal, mas a médica passou um remédio e quando fez exames de novo estava tudo bem. (Uci 10, Sexo feminino, 66 anos, Casada)

A predominância da palavra "plano" justifica-se pelos relatos de utilização de plano de saúde pagos pelos idosos ou por seus familiares.

Ela, meus filhos pagando plano de saúde, aí que eu vim começar a me tratar. Eu estava com o problema da tireoide com açúcar, a doutora disse, a senhora aumenta os comprimidos (Uci 27, Sexo feminino, 74 anos, Casada).

O doutor passava e eu fazia direito, era plano da firma. Eles faziam dieta direito para a gente, aí começou de seis em seis meses. Aqui os cuidados com a saúde são assim, fazem os exames para ver se as taxas estão certinhas (Uci1, sexo feminino, 62 anos, Casada).

No discurso dos participantes a figura do médico a partir da citação do nome "gilberto" representa a fase de transição da avaliação médica para verificar se o paciente se encontra apto ou não para dar início às atividades na Academia Carioca. Auce a seguir apresenta o vocábulo "depressão séria", representando a percepção de si descrita pelo idoso e a importância da pactuação profissional para melhora do quadrode saúde do paciente. Descrevem a partir deuma temporalidade, antes desse idoso iniciar as atividades na Academia e depois de começar a sua participação.

Eu fui atendido pelo doutor e ele até hoje me chama de chorão. Eu estava com uma depressão séria. Ele conversou comigo, me orientou a como vencer minha depressão sem remédio. (Uci 12, Sexo Masculino, 70 anos, Casado)

No corredor é uma bagunça, eu não gosto, não gosto, muito ajuntamento eu não gosto. Aí eu falei com o doutor gilberto, aí o doutor gilberto falou assim: não, você tem que ter o eletrocardiograma e preciso fazer exames, aí eu fiz. (Uci 23, Sexo feminino, 66 anos, Viúva)

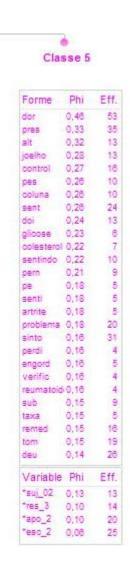
O vocábulo "fernanda", que representa a figura da professora de educação física responsável pelas atividades da Academia Carioca, também apareceu com frequência no discurso dos sujeitos representando a fase de transição e recepção dos mesmos para o início das atividades no Grupo da Academia Carioca.

Ai eu vim falei com a Fernanda, Fernanda pegou meu nome, meu nome e da minha mulher também. Fez uma ficha e mandou ao doutor Gilberto pegar um atestado e tal, aí eu

comecei aqui e estou até hoje, para mim foi uma boa. (Uci 24, Sexo Masculino, 67 anos, Casado)

A Classe 5 representa 101 uces e 11% de uceprocessadas. Os vocábulos com o phimaior ou igual a 16 foram: dor (53), pres+ (35), alt+(13), joelho (13), control+ (16), pes+ (10), coluna (10), sent+(24), doi (13), glicose (6), colesterol (7), sentindo (10), pern+ (9), pe (5), senti (5), artrite (5), problema (20), sinto (31), perdi (4), engord+ (5).

Figura 11- Classificação Hierárquica Descendente Classe 5:



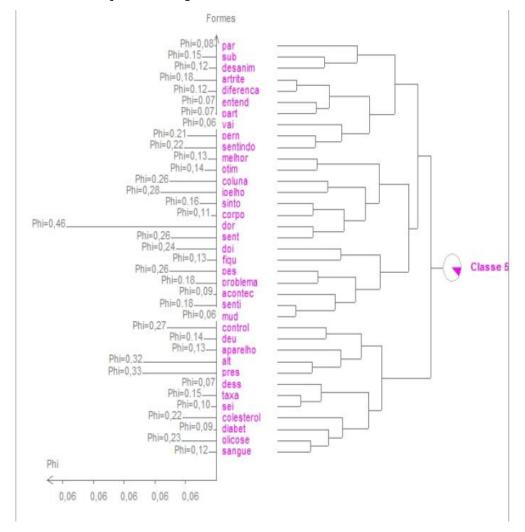


Figura 12- Classificação Hierárquica Ascendente Classe 5:

O vocábulo que apareceu com mais frequência no discurso dos participantes foi a palavra "dor", que representa como variações as palavras "dores", "dorzinha". Representando o mesmo significado, tem-se a expressão "dói", também citada com bastante frequência. A presença da temporalidade nos discursos se expressa com verbos no passado: "sentia mal". De acordo com a classificação hierárquica ascendente os vocábulos "senti" e "mudou" representam a transição entre estados percebidos no passado e no presente. Neste caso, demonstram uma dimensão auto avaliativa de seu estado de saúde para melhor.

Mais energia para fazer as coisas. E sem contar que dor que eu sentia, mal-estar, dor na perna, na coluna entendeu. Muito travada. Isso aí foi, está sendo liberado. Eu sinto muito alívio. Eu sinto que cada vez libera mais. Por isso quequando eu começo, por alguma razão não poder vir porque atacou a artrite reumatoide, aí eu sinto a diferença no corpo mesmo, na indisposição (Uci 25, Sexo feminino, 60 anos, Divorciada).

Termos como "melhorou", "mudou" refletem a temporalidade passado e presente, e termos como "vai melhorar" representam o futuro, as expectativas positivas que os idosos têm.

A minha vida melhorou, mudou. Porque eu não estou com aquela, como se fala, com aquele encosto, aquele peso nas costas. Mas eu acho que vai melhorar. Acho que vai melhorar sim. Porque aquelas dores que eu sentia aqui, não estou sentindo. O meu problema é o joelho (Uci 23, Sexo feminino, 66 anos, Viúva).

Há uma mudança na representação de acordo com a condição de produção do discurso sobre o modo como se vive, a partir do contexto de promoção da saúde voltado para o envelhecimento ativo e a partir da atuação dos profissionais de saúde.

Outros vocábulos que apareceram com mais frequência foram "pressão" e "alta" para se referir a pressão alta ou hipertensão arterial, sendo um dos vocábulos mais citados.

Ela dava dezesseis por nove, dezessete, eu sentia uma pressão na cabeça. Aí agora ela está controlada, graças a Deus. A gente conversa, brinca nesses aparelhos. Eu tenho uma dor nesse braço antiga que eu faço uns aparelhos aí e dão uma boa melhorada. Com a idade que eu estou, minha saúde está muito boa, graças a Deus. (Uci 13, sexo feminino, 79 anos, Divorciada)

As uces desta Classe apresentaram vocábulos que significam transformações nas condições de saúde dos sujeitos, a partir dos vocábulos "colesterol", "triglicerideos", "glicose" que representam medidas bioquímicas de avaliação das taxas sanguíneas desses componentes. A partir da classificação hierárquica ascendente, os vocábulos "glicose", "colesterol" estão ligados ao vocábulo "sangue" e "diabetes" que demonstram parte do conhecimento dos usuários a respeito das variáveis bioquímicas que definem uma pessoa com a patologia Diabetes Mellitus.

Mas era sofrido, meu peito queimava de tanto medo, era muito ruim. Me incomodava muito, graças a Deus me libertei. Minhas taxas de sangue estavam todas altas. Meu colesterol, triglicerideos, só mesmo minha glicose que nunca passou de cento e dez, cento e quinze por aí, nunca subiu muito. (Uci2, Sexo Feminino, 62 anos, divorciada)

Mas apesar disso tudo eu não fico gripada assim por quase nada. Não assim, não. Meus exames geralmente não têm problema nenhum, não tem colesterol, não tem glicose. Não tem osteoporose. Assim, te mesmo a artrite reumatóide que segundo os médicos se desenvolveu em função do estresse mesmo que aconteceu. (Uci 25, Sexo feminino, 60 anos, Divorciada)

As uces apresentam vocábulos que correspondem a melhorias nas condições de saúde e bem-estar representadas pelos vocábulos "sinto uma disposição", "mudou tudo", "ficou tudo maravilhoso", "mais jovem", "mais saudável", "autoestima". Quando questionadas sobre pessoas idosas que não praticam atividades físicas surgem nas uces expressões como "não tem ânimo para nada", "as pessoas ficam mais doentes", "não ficam saudáveis".

A pessoa ficar parada não tem ânimo para nada e eu não já sinto uma disposição. Até eu sentia muitas dores, assim nas pernas, perna fraca para subir para o ônibus depois que comecei a fazer exercício aqui mais a minha hidro, minha filha mudou tudo, ficou tudo maravilhoso. (Uci 30, Sexo feminino, 60 anos, Viúva)

Mudar, melhor, eu estou com mais disposição, mais jovem, mais saudável, melhorou bastante. Deve ter, as pessoas ficam mais doentes, ficam mais assim, não fica saudável. Vindo para cá melhora bastante coisa. Melhora pressão, melhora artrose, melhora tudo que for dor no corpo, coluna. É bom para tudo, até o coração para quem tem problema sério, melhora tudo, a autoestima. (Uci 29, Sexo feminino, 70 anos, Viúva).

A presença das expressões "a pessoa ficar parada não tem ânimo para nada" e "eu não já sinto uma disposição" representa esteriotipização ou categorização da representação social de envelhecimento ativo, essa categorização ajuda o indivíduo a compreender ou explicar a realidade social em que está inserido, ou seja, desta forma, atribui sentido ao universo de pertença e enquadra-se em um grupo no qual se identifica.

Outro vocábulo importante que emergiu nesta Classe em uma das uces foi o fato de a melhoria nas condições de saúde proporcionar a diminuição da necessidade de atendimentos médicos ocasionados pela participação das atividades no grupo da Academia Carioca, representada pelo verbo no passado identificado na expressão "eu vivia indo em médico".

Vou fazendo tudo logo. Melhoroumuito minha saúde, eu vivia indo em médico. Eu passei a não ficar passando mal direto. Tinha pressão alta, eram dores em tudo quanto era lugar, tive uma fase que não conseguia andar com joelho inchado. (Uci 04, sexo feminino, 60 anos, Solteira).

Dentre os diferentes motivos que impulsionaram o início das atividades pelos idosos, asuces desta classe captaram como importantes motivações de iniciativa própria o controle da ansiedade, do peso e melhorias em problemas de má circulação sanguínea a partir das expressões "controlar a minha ansiedade", "controlo o peso"

Bom também para perder minhas gordurinhas, para de fumar me fez engordar, aí vindo aqui eu sinto que consigo controlar um pouco a minha ansiedade e controlo o peso também. (Uci 08, Sexo feminino, 60 anos, Viúva)

### **DISCUSSÃO**

Com o rápido envelhecimento populacional e prolongamento da vida, os desafios estão estabelecidos, principalmente na área da saúde. Por meio do conhecimento acerca das particularidades do processo normal de envelhecimento, espera-se que os profissionais estejam mais bem preparados para dispor de assistência humanizada aos idosos, que realizem atendimento com prioridade, compreendendo as limitações inerentes ao envelhecimento normal, atendendo-os em sua individualidade e totalidade. Da mesma forma, os serviços de saúde devem estar aptos e organizados para atender a esta população, dar condições aos profissionais para que os mesmos tenham estrutura e instrumentos adequados para desempenhar uma assistência integral e de qualidade.

As Classe 4 e 5 apresentam a descrição do itinerário terapêutico de idosos que frequentam a Academia Carioca da Clínica da Família: há ucesque remetem ao momento em que eles identificam patologias, aoiníciodos cuidados de saúde e acompanhamentos na Clínica até o momento em que iniciam as atividades da Academia Carioca.

O termo itinerário terapêutico significa a busca de cuidados terapêuticos e procura analisar as práticas individuais e sócio-culturais de saúde em termos dos caminhos percorridos na tentativa de solucionarem problemas de saúde (GERHARDT, 2006). Neste sentido, todo percurso descrito pelos participantes desde sua busca por consultas na unidade, o atendimento e o matriciamentopara praticar atividades físicas fazem parte do itinerário terapêutico da maioria dos idosos que frequentam o Grupo de Convivência.

Os itinerários terapêuticos constituem um percurso desenhado a partir de práticas realizadas pelos idosos, neste sentido, torna-se importante estudá-las para que setenha subsídios para compreender as representações sociais produzidas por eles neste contexto. E de acordo com a perspectiva de Gerhardt (2006), o contexto social dos indivíduos deve ser levado em consideração.

As Clínicas da Família, por sua vez, se enquadram na Estratégia de Saúde da Família, com equipe de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos de saúde bucal, farmacêuticos e agentes comunitários. Esses profissionais possuem a missão de realizar

a recuperação e promover a saúde, prevenir doenças na população, dentro das unidades de atenção à saúde e no território, sejam nas escolas, igrejas, centros comunitários e clubes. Desta forma, o processo de cuidado e as intervenções em saúde podem ser facilitados.

Geralmente, a busca por cuidados é impulsionada por problemas de saúde ou comorbidades, foram eles descritos a partir dos vocábulos "dor", "joelho", "pressão" presentes na Classe 5 de produção de dados e a continuidade do percurso se dá a partir da busca por atendimentos, tentativas que podem culminar na marcação de consultas médicas representadas pelos vocábulos "vim", "marcar", "consultas", "médico" presentes na Classe 4. Desta forma, a união das Classes 4 e 5 mostra a continuidade do itinerário terapêutico, da sua motivação até a busca por cuidados propriamente ditos.

Estudos mostram que o itinerário terapêutico pode ser uma importante ferramenta para a adequação e qualificação da assistência prestada (CABRAL etal., 2011; GUERIN et al., 2012). No entanto, as investigações sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes e apesar de sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde ainda é uma questão pouco disseminada no Brasil (CABRAL etal., 2011).

Nas uces da Classe 4 a predominância da expressão "doutor" surge como resposta a pergunta sobre como está a saúde e como são os cuidados em saúde realizados pela equipe de profissionais da Clínica da Família. A palavra "doutor" e suas variações aparecem com frequência, pois o modelo biomédico, o tratamento da doença e, por conseguinte, a valorização da figura do médico ainda estão muito presentes no cotidiano dos usuários do sistema público de saúde, ficando em segundo plano a ideia de prevenção e promoção da saúde.

Quando questionados sobre a saúde, observa-se nas uces a presença de expressões que descreviam dimensões de procedimentos médicos e patologias dentre elas "colonoscopia" e "exames", de forma inespecífica. A palavra exame aparece com predominância nas uces como exemplode recurso utilizado pelos médicos no atendimento e avaliação da saúde nas consultas. O vocábulo "consulta" também apresentou frequência significativa nas uces, o que, em conjunto com as demais, mostrão domínio dos sujeitos de uma linguagem técnica, que o auxilia no diálogo com os profissionais, na conversação sobre as suas condições de saúde.

Em estudo realizado sobre as representações sociais de idosos sobre saúde observou-se que a saúde para as idosas está intimamente ligada à prescrição e a medicalização, assim como com a abdicação de alimentos que pode ser identificada nas ucesdescritas no capítulo VII, transparecendo o modelo de atenção médico-curativista (COSTA E SILVA; MENANDRO, 2014).

Na organização do sistema de saúde, a atenção primária é a porta de entrada nos serviços e é a partir da avaliação das necessidades de saúde realizada pelos profissionais que nela atuam que os pacientes são encaminhados para uma rede de referência com profissionais especializados e capacitados para atender a demanda dos indivíduos, por isso a predominância do vocábulo "encaminharam".

A atenção primária tende a serresolutiva o quanto possível, com profissionais capacitados para realizar procedimentos simples como exames de sangue, urina, colocação de DIU, eletrocardiograma, ultrassonografias, exames preventivos e encaminhamentos para procedimentos como mamografia, colonoscopia e dispensação gratuita de medicamentos prescritos pelos médicos ou por enfermeiros, de acordo com os protocolos de enfermagem da atenção primária.

A saúde autopercebida é descrita a partir de patologias, tais como hipertensão arterial e diabetes, como se pode observar no emprego da palavra "pressão". A predominância de palavras como glicose também representa o controle ou a atitude preventiva da Diabetes quando utilizam a expressão "nao tem glicose", "glicose nunca passou de cento e dez".

Outro ponto de destaque é a utilização dos planos de saúde privados e a perda de crença no sistema público de saúde. Embora eles estejam cadastrados e inseridos na Clínica da Família, identifica-se nas uces o uso do léxico "plano" ou da expressão "plano de saúde" para representar o acompanhamento de suas patologias com médicos particulares vinculados aos planos de saúde, cobertos pelas empresas em que trabalhavam ou que são pagos por eles próprios ou por seus filhos.

A insatisfação com o sistema público pode estar relacionada com a demora na marcação de consultas e a realização de procedimentos. Apesar disso, os profissionais médicos, enfermeiros e profissionais que atuam na Clínica da família recebem o reconhecimento do trabalho que realizam.

A figura do médico a partir do nome "gilberto" representa os profissionais da Clínica da Família que atuam ativamente encaminhando seus pacientes para a Academia Carioca. A importância do apoio dos profissionais (médicos, enfermeiros, agentes comunitários, educadores físicos) que compõem a Estratégia de Saúde da Família na elaboração e incentivo à participação da população e adesão aos grupos de convivência fica evidente em outros estudos que envolvem a temática da qualidade de vida (TAHAN; CARVALHO, 2010).

A presença de léxicos que representam a figura de profissionais de saúde que atuam na Clínica demonstra o estabelecimento de vínculo e estreitamento de relações entre profissionais e pacientes, que pode ser considerado um suporte encontrado pelos idosos para

melhorias de suas condições de saúde e um estímulo a hábitos de vida mais saudáveis a partir do processo de educação em saúde.

Neste ínterim, observa-se que as atividades e exercícios físicos realizados na Academia Carioca enquadram-se como uma das principais estratégias de prevenção de agravos às DCNT, redução de danos, assim como alternativa para promoção de hábitos de vida saudáveis para a população. Os exercícios podem ser praticados por pessoas de todas as idades e de grupos especiais, como idosos, hipertensos, diabéticos e obesos.

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo da atenção básica, bem como sua resolutividade, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tais núcleos se constituem por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (nutricionista, assistente social, psicólogo, profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo, médico pediatra, entre outros) que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e Academia Carioca de Saúde, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual (is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASIL, 2012).

Os NASFs utilizam as Academias Cariocas de Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica a partir do desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e redução de danos que busquem fortalecer os grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição de saúde a partir da inserção social, estímulo ao vínculo com a UBS e mudanças nos hábitos de vida.

Os profissionais de saúde da Clínica da Família (Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Técnicos de Enfermagem) juntamente com os profissionais que constituem o NASF (Profissionais de Educação Física, Nutricionistas, Fisioterapeutas e Assistentes Sociais) também oferecem atividades de educação em saúde, promoção de hábitos alimentares saudáveis, proteção de doenças, prevenção de agravos às doenças crônicas, fato que agrega ainda mais qualidade à assistência que é prestada nas UBS.

No que se refere às responsabilidades do enfermeiro na atenção básica, destaca-se a realização da atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e velhice. Quando indicado ou necessário realiza atividades no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, clubes, dentre outras), realiza consulta de enfermagem, procedimentos e atividades em grupo de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2012).

Por meio do processo de enfermagem, o enfermeiro realiza a captação de informações do paciente, identifica as necessidades, planeja as ações, realiza as intervenções e estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos com o objetivo de minimizar as consequências declinantes dos maus hábitos e incentivar a incorporação de atitudes saudáveis no cotidiano da população em geral. E por estarem mais próximos do cotidiano das pessoas, ele consegue avaliar com mais facilidade se suas estratégias estão sendo úteis às condições dos indivíduos.

O estudo de Oliveira e Tavares (2010) evidencia a importância do estabelecimento das relações das enfermeiras com os idosos por meio dos contatos nas ações educativas, no acompanhamento da situação de saúde, e pelo tempo dispensado na consulta de enfermagem, que permitem o estabelecimento de vínculo que favorece a compreensão das necessidades biológicas, sociais, econômicas e culturais, fatores estes considerados na resolução dos problemas identificados. Não obstante, léxicos que remetam à figura ou ao trabalho específico do enfermeiro não aparece claramente nas uces, estando ausente do discurso dos idosos ao dissertarem sobre o itinerário terapêutico na Clínica da Família.

Destaca-se que para um envelhecimento com qualidade se reconhece que as práticas de atividades físicas, a socialização e o compartilhamento de informações sobre a saúde que são dados no Ambiente da Academia Carioca de Saúde podem ser responsáveis pela construção de saberes e práticas que podem beneficiar a saúde dos idosos participantes. Neste sentido, a partir da convivência com pessoas de gerações diferentes, por meio de palestras com orientações e educação em saúde realizada por enfermeiros e outros profissionais de saúde, pode-se identificar um novo perfil de idosos, mais ativos e mais conscientes sobre sua própria saúde.

Os profissionais compreendem que as atividades físicas possuem um poder terapêutico não medicamentoso que colabora para melhorias no quadro clínico dos pacientes ocasionando diminuição e controle de pressão arterial, glicemia, controle da obesidade, hipercolesterolemia e solução de problemas psicológicos como a depressão e baixa autoestima. O exercício físico é considerado seguro e eficaz na redução dos sintomas depressivos em idosos e também possui outros benefícios para a saúde (CATALAN-MATAMOROS et al., 2016).

A fase de transformações nas estruturas familiares e aposentadorias podem motivar os idosos a iniciar novos hábitos sob novas perspectivas de vida, a partir de realização de viagens, participação de grupos, estabelecimento de novos vínculos e amizade, no entanto, embora essas atitudes façam bem à sociabilidade desses idosos, a solidão provocada pela ausência familiar pode não ser suprida e podem ser instalados quadros de depressão e exclusão social, que são fatores reais que afetam o bem-estar e qualidade de vida.

Para os idosos a depressão pode ter reflexo das atividades culturais e sociointeracionais presentes nas experiências nos grupos de convivência. De acordo com o estudo de Coutinho et al. (2003) sobre representações sociais da depressão, os idosos apresentam como causas psicológicas da depressão, a tristeza associada ao fato do adoecer, a morte de amigos, preocupação com a família, com a doença, a saudade. As causas socioculturais encontram-se correlatas à perda de emprego, separação da família e dos colegas, saber que é desprezado pela família, e conflitos. As causas físico-orgânicas associam-se a doenças.

Outraimportante figura mencionada foi a da professora de educação física, com predominância do vocábulo "fernanda" nas uces. Ela é responsável direta pelas atividades da Academia Carioca de Saúde da Clínica da Família. Nas uces fica evidente a satisfação deles em participar das atividades do grupo. As transformações e benefícios para a saúde recebidos pelos idosos após iniciarem suas atividades na Academia Carioca fica evidente na Classe 5. Esta classe liga-se a Classe 4 por apresentar características que descrevem aspectos clínicos e biológicos de patologias apresentadas pelos mesmos antes de iniciar as atividades no Grupo.

Observa-se que a figura do agente comunitário de saúde também aparece em evidência no que tange a qualidade do atendimento que é realizado nas clínicas da família. O que mostra o papel fundamental que esses profissionais exercem no acolhimento e direcionamento dessas pessoas dentro da atenção primária de saúde.

A palavra "dor" surge nas uces da Classe 5 para descrever o incômodo e desconforto que sentiam em partes do corpo como pernas, costas, joelhos, coluna, mãos e pés antes de iniciar as atividades na Academia Carioca. Nas uces os idosos descrevem de que forma a falta das atividades afetam o estado geral de seu corpo, influenciando na disposição e ânimo para a realização de tarefas e atividades do cotidiano. Os problemas em regiões localizadas do corpo e as dores que sentiam ou ainda sentem em partes como "joelho", "pés" e "coluna" faz com que essas palavras tenham uma significativa incidência nos discursos

A prática de atividade física proporciona o alívio de dores corporais como nos ossos, músculo, promove o controle da pressão arterial e diminuição de níveis sanguíneos de glicose, colesterol e triglicerídeos, indicadores clínicos que mantidos em níveis normais apontam para condições de saúde adequadas. Os saberes expressos pelos idosos sobre a importância do controle desses indicadores clínicos em benefício de sua saúde mostra que são disponíveis para eles informações a respeito de suas condições de saúde, conhecimentos passados a partir do processo relacional com os profissionais de saúde.

Os resultados evidenciam a mudança na autopercepção de saúde desses idosos após ingressarem nas atividades da Academia Carioca. A Classe 5 revela estados, sentimentos, sensações, dores, problemas e incômodos existentes em sua saúde que afetavam o cotidiano desses idosos e se contrapõe ao estado atual de satisfação e bem-estar pelas mudanças promovidas pelas atividades.

Os efeitos positivos da inserção de idosos em grupos educativos de promoção da saúde e de atividades físicas indicam melhoria geral ou autopercepção da saúde física, a melhoria nos aspectos psicossociais e em relação ao processo de envelhecimento, a melhoria na adesão a ações preventivas e na conduta saudável e estilo de vida, aumento no nível de atividade física, melhoria na qualidade de vida e/ou bem-estar físico e melhora nas atividades da vida diária ou redução do risco de desenvolver incapacidades (LIMA et al., 2016).

A prática de atividades físicas proporciona melhorias no bem-estar e afeta positivamente a autoestima das pessoas. Sobre a diferença na vida das pessoas que praticam e na vida das pessoas que não praticam atividades físicas fica nítido que os idosos possuem uma representação das pessoas que não praticam exercícios físicos. De acordo com as uces, a imagem de idosos que não praticam atividades físicas é a de pessoas não ativas, não saudáveis e que possuem maior probabilidade de adquirir algum tipo de doença.

O processo de envelhecimento deve ocorrer por meio de condições adequadas de manutenção da saúde e bem-estar do idoso. Condições contrárias levam ao acometimento de um envelhecimento declinante, com transformações na estrutura familiar, agravos às doenças crônicas, aumento do número de hospitalizações e uso dos serviços de saúde, o que, consequentemente, confere elevados gastos públicos (WHO, 2001).

Melhores condições de saúde e qualidade de vida reduzem os gastos públicos com atendimentos médicos, como identificado em uma das uces a partir da expressão "vivia indo em médico". A participação no grupo da Academia Carioca promove transformações nas condições de saúde desses idosos capazes de transformar as suas concepções sobre viver saudáveis.

Em uma das ucesse identificaa valoraçãodocontrole do peso corporal com a expressão "perder umas gordurinhas". Esse discurso se justifica na saúde, mas, muitas vezes, o emagrecimento está presente na contemporaneidade ligado a um corpo imagem de perfeição e objeto de consumo. Atrelada a essa imagem, o culto ao corpo e a ideia de uma eterna juventude tendem a produzir corpos sem história, dos quais se tenta apagar todas as marcas do passado ou impedir que elas apareçam por meio de cirurgias plásticas, procedimentos estéticos (COUTINHO etal., 2013).

Como discutido por Schlosser e Camargo (2015) a beleza pode ser associada a uma tríade composta por saúde, juventude e corpo definido, sendo tais fenômenos associados mutuamente. A mídia difunde que a beleza está disponível a quem desejar, sendo que a indústria publicitária e cosmética apresenta padrões de beleza a serem seguidos: a imagem de modelos. Neste ínterim, a imagem construída associa a beleza à sedução, ao socialmente aceito, ao bem-estar e à saúde. Por sua vez, os padrões de beleza atuam diretamente nas representações sociais do corpo.

Desta forma, a imagem de um modelo pode influenciar atitudes frente à saúde e ao corpo, com a finalidade de obter o corpo ideal. Para os idosos, a prática de atividades físicas na Academia Carioca pode ser um meio pelo qual eles encontraram para praticar atividades físicas e cuidar do corpo e da saúde. De modo geral, fica evidente no discurso dos participantes as transformações positivas que a participação nas atividades físicas da Academia proporcionou em suas vidas.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo investigou as representações sociais de qualidade de vida construídaspor idosos de 60 a 82 anos, participantes de um grupo de convivência e de práticas de atividades física denominado de Academia Carioca de Saúde. Esta Academia se insere no cotidiano dos idosos, promove a ressocialização dos indivíduos por meio do diálogo entre os participantes e permite a construção de conhecimentos e ações para incorporação de atitudes saudáveis no cotidiano das pessoas. Um lócus pulsante de circulação de saberes sobre temas que importam à saúde e, assim, contribui para a construção de representações sociais.

As representações sociais de qualidade de vida se constroem sustentadas nos determinantes sociais de saúde, nas condições de alimentação, moradia, financeira e social, elementos esses que vêm ao encontro do discurso da produção social de saúde. Os participantes desse estudo não tiveram um discurso fragmentado sobre qualidadede vida, mas sim, expressaram uma visão global, holística sobre esse objeto.

A qualidade de vida desses idosos perpassa pelos fatores psicossociais que estão relacionados a importância do contato familiar e de amigos, a convivência e o estabelecimento de vínculos dentro dos grupos, a solidão, a segurança. Os fatores socioeconômicos estiveram relacionados, em sua maioria, ao dinheiro, que viabilizaria a aquisição de alimentos, produtos, condições melhores de moradia e lazer que foram vinculados a obtenção de sua qualidade de vida.

A caracterização das práticas que promovem a qualidade de vida evidenciou atitudes relacionadas a hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas diárias, participação social, convívio e interação com amigos nos grupos de convivência, práticas religiosas, realização de atividades cotidianas com independência e autonomia, apoio e contato familiar, importância do sono e repouso, assim como atividades de lazer na companhia de amigos e parentes, sendo essas as principais ações de idosos frente a sua qualidade de vida.

As representações sociais sobre qualidade de vida evidenciam a articulação de saberes e práticas sobre alimentação saudável e os benefícios das atividades físicas, exemplificando uma atitude ativa frente ao envelhecimento. Articulam, também, cuidados que realizam com intuito de prevenir ou amenizar as consequências de agravos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, que tiveram aspectos originários do universo reificado de conhecimentos, influenciados pela mídia e pelos profissionais de saúde.

O itinerário terapêutico dos idosos é impulsionado por problemas de saúde, dificuldades de socialização e/ou necessidade de atividades que ocupem o seu dia. Desta

forma, alguns são estimulados a praticar atividades pelos profissionais da Unidade; outros, para inserirem-se, buscam por iniciativa própria diretamente informações no Grupo, e após serem avaliados, começam a participar das atividades.

O processo de transição para uma vida ativa apresentadomostra os benefícios da participação no Grupo da Academia Carioca para a vida dos idosos. As atividades físicas realizadas diariamente, o convívio e estabelecimento de amizades, passeios, atividades educativas que são promovidas no ambiente do grupo promovem melhorias nas condições de saúde física, psicológica e social, com mudanças positivas nas atitudes frente a qualidade de vida e bem-estar e ações de cunho preventivo ao cuidado de si.

Desta forma, os profissionais de saúde da atenção primária podem realizar o matriciamento dos idosos para o grupo de convivência mesmo que esses não apresentem patologias, com o objetivo de prevenir acometimentos à saúde em consequência do processo de envelhecimento. Os idosos passam a ser estimulados a participação no grupo quando se identificam alterações no comportamento que indicam depressão, dificuldades de socialização, sedentarismo, obesidade e/ou doenças crônicas não transmissíveis. E, a superação de tais problemas contribuem para que os idosos associem as atividades físicas da Academia Carioca à qualidade de vida.

Por conseguinte, constroem uma imagem, figura-tipo, daqueles que não praticam atividade física e não participam de grupos de convivência, como pessoas que não são saudáveis, são sedentárias e possuem maior probabilidade de adquirir algum tipo de doença.

O espaço da atenção básica ficou evidenciado nesta pesquisa como promotor de saúde e de um cuidado dedicado a avaliar habilidades e promover ações que façam com que os idosos se sintam capazes de ter atitudes positivas frente a sua vida e alcancem o bem-estar.

A identificação da importância familiar na conjuntura social, psicológica e emocional no cotidiano dos idosos faz com que seja importante que os profissionais, em destaque o enfermeiro, coresponsabilizem e estimulem a integração dos idosos e seus familiares nas atividades, com o intuito de ampliar informações importantes para a saúde e, também, de fortalecer ou reestabelecer vínculos que possam estar fragilizados.

Neste sentido, torna-se importante o apoio quanto a necessidade de inserção dos idosos nas diversas atividades promovidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), incluindo-se aí, as orientações sobre doenças crônicas não transmissíveis, hábitos alimentares e a importância da prática de atividades físicas com o objetivo de qualificar ainda mais as potencialidades de saúde e qualidade de vida dos idosos.

Considera-se que os resultados dessa pesquisa são limitados por terem sido oriundos de somente uma Unidade, recomendando-se que se ampliem o número de participantes e a diversidade de campo para que se possa ter uma maior abrangência e condições de afirmações. Não obstante, os resultados suscitam questões sobre as possibilidades de diferenciações entre as representações de qualidade de vida de idosos participantes de grupo de convivência e de atividades físicas, e as de idosos que não participam de tais grupos e atividades, sendo tais questões possibilidades para uma nova investigação.

Com este trabalho foi possível demonstrar a importância da aplicabilidade das Políticas Públicas de Saúde em benefício da população idosa. Neste caso, o Programa Academia Carioca de Saúde pode enquadrar-se comocolaborador para diminuição da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), já que permite que pessoas idosas sem doenças crônicas e pessoas com diabetes, hipertensão, dentreoutras, insiram-se em um ambiente de prática de atividades físicas regulares, que, comprovadamente, possui potencial para prevenir o aparecimento de patologias, melhora o quadro de saúde de pessoas com doenças pré-existente e e minimiza agravos às DCNT.

O programa Academia Carioca permite a reafirmação de direitos garantidos por lei na PNI e PNSI, ao promover a participação ativa de idosos na sociedade por meio das ações de lazer promovidos pelo grupo e inserção diária de discussões no ambiente da Academia, permitindo o direito a saúde a partir dos atendimentos oferecidos pela Clínica da Família e pela equipe NASF e promovendo ações que garantam o envelhecimento ativo, saudável e ateção integral à saúde dos idosos, respectivamente. Assim como, também permite a aplicação depolíticas como a de Envelhecimento Ativo que, por sua vez, objetiva melhorar a qualidade e vida à medida que as pessoas envelhecem.

### REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A. B. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa** / Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques : prefácio do professor Luiz Gonzaga Godoi Trigo. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades EACH/USP, 2012. 142p.:il.
- ALMEIDA, P. M.; MOCHEL, E. G.; OLIVEIRA, M. S. S. O idoso pelo próprio idoso: percepção de si e de sua qualidade de vida. **Revista Kairós Gerontologia**, 13(2), ISSN 2176-901X, São Paulo: março 2011: 99-113.
- ALVES, D. S. B. et al. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Caderno de Saúde Coletiva**, 2016, Rio de Janeiro, 24 (1): 63-69. DOI: 10.1590/1414-462X201600010272
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva.** 2008;13(4):1199-207.
- APOSTOLIDIS, T. Representations Sociales et Triangulation: Une Application en Psychologie Sociale de la Sante. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 211-226
- ARAUJO L. F.et al. Representações sociais do envelhecimento saudável por homens idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, 14(6). ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, dezembro 2011: 135-151.
- ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina doEsporte**.Vol. 6, Nº 5 Set/Out, 2000, p; 196.
- ARRUDA, A. Teoria das Representações sociais e Teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa.** n.117, novembro, 2002.
- AZEVEDO,D. M.; COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Uso do Alceste na análise de dados qualitativos: Contribuições na pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**., Recife, 7(esp):5015-22, jul., 2013
- BARBOSA, S. R. C. S. (Org) Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção. A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM. Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998, p. 401-423.
- BATTAGLIA, G. et al. Effects of an adapted physical activity program on psychophysical health in elderly women. **Journal Clinical Interventions in Aging**. 2016; 11: 1009–1015. Published online: 2016, Jul, 29. doi: 10.2147/CIA.S109591

BITTAR, C.; LIMA, L. C. V. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Revista Kairós Gerontologia**, 14(4), ISSN 2176-901X, São Paulo (SP), Brasil, setembro 2011: 101-118.

BORGES, L. J. et al. Associated factors of depressive symptoms in the elderly: Epi Floripa study. **Rev Saúde Pública** 2013;47(4):1-10

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso /Ministério da Saúde. 1. Ed. 2 reimpr.Brasília. Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. — Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva. Plano Nacional de Saúde (PNS)2008/2009-2011 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n° 1395, de 9 de dezembro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa** do Brasil, Brasília, n° 237-E, pp. 20-24, seção 1, 13 dez 1999.

BRASIL. Política Nacional do Idoso. LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994

BRASIL. Programa Academia da Saúde. Portaria N° 2.681 do Ministério da Saúde. 7 de novembro de 2013. Programa Academia da saúde. **Diário Oficial da União**, seção 1, N° 218, sexta-feira, 8 de novembro de 2013. ISSN 1677-7042)

CABRAL, A. N. L.V.et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4433-4442, 2011

CAMELO; L. V.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Health related quality of life among elderly living in region of high vulnerability for health in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**abr-jun 2016; 19(2): 280-293. DOI: 10.1590/1980-5497201600020006

CAMELO; L. V.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Health related quality of life among elderly living in region of high vulnerability for health in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.

**Revista Brasileira deepidemiologia**abr-jun 2016; 19(2): 280-293. DOI: 10.1590/1980-5497201600020006

CATALAN-MATAMOROS, D. et al. Exercise improves depressive symptoms in older adults: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Journal of Psychiatry Research - Elsevier**. 2016 Jul 22;244:202-209. doi: 10.1016/j.psychres. 2016.07.028.

CAVALCANTE, R. M. F. et al. Contribuições de um grupo da terceira idade para a saúde das idosas participantes. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 19; Número 1. Páginas 11-18, 2015. ISSN 1415-2177. DOI:10.4034/RBCS.2015.19.01.02

COSTA E SILVA, S. P.; MENANDRO, M. C. S. As representações sociais de saúde e de cuidado em saúde de homens e mulheres idosos. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23, n.2, p.626-640, 2014

COSTA, T. B.; RIBEIRO, L. H. M.; NERI, A. L.Prevalence of and factor sassociated with leisure-time physical activity in older adults from seven Brazilian cities: data from the FIBRA study **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde •** Pelotas/RS • 20(2):174-183 • Jan/2015

COUTINHO, R. X.; TOMAZETI, R. V.; ACOSTA, M. A. DE F. Representação de corpo na velhice: o corpo real versus o corpo social. **Revista Kairós Gerontologia**,16(4), pp.215-236. Online ISSN 2176-901X. (2013, dezembro). Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

COUTINHO, M. P. L. et al. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Revista Psico-USF**, v. 8, n. 2, p. 183-192, Jul./Dez. 2003

CRAMER, J. A.; SPILKER, B. Quality of Life and Pharmacoeconomics: An Introduction. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998.

DA-FONTE, E. et al. Effects of a physical activity program on the quality of life among elderly people in Brazil. **Journal of Family Medicine and Primary Care.** 2016 Jan-Mar;5(1):139-42. doi: 10.4103/2249-4863.184639.

DAY, H.; JANKEY, S.G. Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). **Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications**. Thousand Oaks: Sage, 1996.

DEL DUCA, G.F., ANTES, D.L.; HALLAL, P.C. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 16(1), 68-76, 2013.

FERREIRA, M.G. et al. Desconstruindo a imagem do idoso nos meios midiáticos. **Revista Kairós Gerontologia**,17(4), pp.211-223., dez,2014. ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

- FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**vol.21 n.1 São Paulo Jan./Mar. 1999
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. Avaiablefrom: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02
- GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Revista Ciência& Saúde Coletiva**, 17(1):123-133, 2012
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno de Saúde Publica** 2006; 22(11):2449-2463.
- GRAGNOLATI, M. et al. Relatório: "Envelhecendo em um Brasil mais velho". Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento/ Banco Mundial, 2011.
- GUEDES, J. M.; BACELAR E SILVA, S.; FONSECA, A. M. Uma tipologia de modos de vida na aposentadoria em Portugal. **Revista Kairós Gerontologia**, 17(4), pp.09-29. ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X.São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Dezembro, 2014.
- GUERIN, G. D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva** vol.17 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2012
- IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2015. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://censo2010. ibge.gov.br/>. Acesso em: 8 de julho de 2016.
- IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. **Estudos de Psicologia.**Campinas . 26(3) I 297-304 I julho setembro 2009
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.
- JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Texto em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 89-111.
- KANSO, S. Causas de Morte Evitáveis para a População Idosa. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011
- KIRCHENGAST, S.; HASLINGER, B. Intergenerational Contacts Influence Health Related Quality of Life (HRQL) and Subjective Well Being among Austrian Elderly. **Journal Collegium Antropologicum.** 2015 Sep;39 (3):551-6.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologia de Cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem,** Florianópolis, 2006;15 (Esp): 178-85

KRONBERGER, N.; WAGNER, W. Palavras-chaveem contexto: análise estatística de texto. In:BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Organizadores). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: ummanual prático**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 416-38.

LIMA, C. L. A Articulação "Themata-Fundos Tópicos": por uma Análise Pragmática da Linguagem. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** 2008, Vol. 24 n. 2, pp. 243-246

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Successfulaging: paths for aconstructand new frontiers. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.27, p.795-807, out./dez. 2008.

LIMA, K. C.et al.Health Promotion and Education: A Study of the Effectiveness of Programs Focusing on the Aging Process.**International Journal of Health Services** 2016 Aug 2. pii: 0020731416660965

LOUREIRO, H.et al.A perceção da transição para a aposentadoria na perspetiva dos participantes do Reativa. **Revista Kairós Gerontologia**, 18(N.o Especial 19), Temático: "Envelhecimento Ativo e Velhice", pp. 65-79. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.(2015)

MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R.; NERI, A. L. Associations between meanings of old age and subjective well-being indicated by satisfaction among the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, 2016; 19(2):203-222. http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150041

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000, p. 7-18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília – DF, 2012.

MISSIAS-MOREIRA, R.; TEIXEIRA, R.M.; NOVAES, K.O. Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, 17(1), pp.201-217. Março de 2014 ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.: il.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed; 2009.

MORAES, E. N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. / Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância; organizado por Ana Paula Abreu Borges e Angela Maria Castilho Coimbra. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. 340 p. il., tab., graf

MOSCOVICI, S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. Representações Sociais: Investigação em psicologia social.2° Edição. Editora Vozes. 2003.

NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007. p.13-59

OLIVEIRA, D. C. et al. Cuidado de Enfermagem e Necessidades Humanas e de Saúde. Revista de Enfermagem **Escola Anna Nery (impr.)** 2011 out-dez; 15 (4):838-844

OLIVEIRA, A. D. et al. A intersetorialidade nas políticas públicas para o envelhecimento no Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, 17(2), pp.91-103. Junho, 2014. ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista Escola de Enfermagem USP** 2010; 44(3):774-81

OMS. Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998. OMS/HPR/HEP/98.1Genebra: Organização Mundial da Saúde.1994

OMS. **Envelhecimento ativo: um marco para a elaboração de políticas**. Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro. 2002

OMS. **Envelhecimento e Curso de Vida**. Saúde da Família e da Comunidade.Organização Mundial da Saúde - 2007

OMS. Guia Global: Cidade Amiga do Idoso. Organização Mundial de Saúde. 2008

OMS. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. **Carta de Otawa**. Organização Mundial da Saúde. Otawa, novembrode 1986.

ONU. Organização das Nações Unidas. Relatório da I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, Plano de Ação Internacional. Viena (AT): ONU;1982.

PARK, H. K.; et al. Effects of social activity on health-related quality of life according to age and gender: an observational study. **Health and Quality of Life Outcomes** (2015) 13:140

- PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A.Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012
- POMBO-DE-BARROS, C. F.; ARRUDA, A. M. S. Afetos e Representações Sociais: Contribuições de um Diálogo Transdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, Abr-Jun 2010, Vol. 26 n. 2, pp. 351-360
- RAGGI, A. et al. Determinants of Quality of Life in Ageing Populations: Results from a Cross-Sectional Study in Finland, Poland and Spain. **PLoS One**. 2016; 11(7): e0159293. Published online 2016 Jul 19. doi: 10.1371/journal.pone.0159293
- RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). **Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications**. Thousand Oaks: Sage, 1996. p.75-86.
- SAKAMOTO, R.; MIURA, Y. The effect of exercise intervention on frail elderly in need of care: half-day program in a senior day-care service facility specializing in functional training. **Journal of Physical Therapy Scienc** 28: 1957–1963, 2016
- SANTOS, A. A.; MANSANO-SCHLOSSER, T. C. S.; CEOLIM, M. F.; PAVARINI, S. C. I.Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília 2013 mai-jun; 66(3): 351-7.
- SILVA, D.M. et al. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 20(7):2183-2191, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015207.17972014
- SCHLOSSER, A.; CAMARGO, B.V. Representações Sociais da Beleza Física para Modelos Fotográficos e Não Modelos. **Psico**. Porto Alegre, v. 46, n. 2, pp. 274-282, abr.-jun. 2015
- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet. 2011;377(9781):1949-61. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
- SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública** 2004; 20:580-8.
- SILVA, L. M. Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: um estudo de representações sociais. Dissertação Mestrado- UFBP/CCS- João Pessoa, 2011.
- SILVA, L.M. et al. Representações sociais sobre qualidade de vida para Idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**, Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):109-15.
- SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, jun. 2003.

- SOUZA, J. F. V.; CANDIOTO, R.A. Qualidade de vida e meio ambiente: um debate para mudanças socioeconômicas e políticas no Brasil. **Cadernos de Direito**, Piracicaba, v. 13(24): 9-34, jan.-jun. 2013
- TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. **Revista Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.19, n.4, p.878-888, 2010
- TEIXEIRA, I. N. D.O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Revista Psicol-USP**, São Paulo, jan./mar. 2008, 19(1), 81-94
- TEIXEIRA, J. B. Qualidade de vida, saúde e bem-estar: Representações sociais de idosos de um centro de convivência na cidade de Juiz de Fora- MG. Disertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia. Instituto de Ciências Humanas. Juiz de Fora. 2013. 173 p. :il
- THE WHOQOL GROUP. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**10:1403-1409. The WHOQOL Group 1995.
- TOMOMITSU, M. R. S. V.; PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2013; 16(4):663-680
- UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division: **World Population Prospects: The 2012 Revision**. New York, 2013.
- UNSAR, S.; DINDAR, I.; KURT, S.Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. **Journal of the Pakistan Medical Association**2015 Jun;65(6):642-6.
- VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2005; 8(3): 246-52
- VERA, M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ISSN 1025 5583 Págs. 284 290. **Anales de La Facultad Medicina**, Lima2007;68(3)
- VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública** 2009;43(3):548-54
- VIEIRA, K. F. L. et al. Representações Sociais da Qualidade de Vida na Velhice. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão.** 2012, 32 (3), 540-551
- WANG, M.; HENKENS, K.; VAN SOLINGE, H.A review of theoretical and empirical advancements. **Journal American Psychologist**, 66(3), 204-213, 2011.

WHO.World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization.**Basic Documents.WHO.Genebra, 1946.

WHO. World Health Organization.Macroeconomics and health: Investing in health for economic development: **Report of the Commission on Macroeconomics and Health.**Geneva: World Health Organization, 2001.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** /; tradução Suzana Gontijo. — Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.:il.

WHO.World Health Organization. Ten facts on ageing and the lifecourse. New York: 2012.

WHO.World Health Organization. World Health Statistics. 2014

# APÊNDICE A

## Instrumento para Coleta de Dados Sociodemográficos

1.	Código de identificação:
2.	Sexo: F() M()
3.	Idade:
4.	Religião:
5.	Cor:
6.	Naturalidade:
7.	Estado civil: ( ) casado(a); ( ) solteiro(a); ( ) divorciado (a); ( )viúvo(a)
8.	Grau de Escolaridade: ( ) não estudou ( ) ensino básico incompleto ( ) ensino básico
	completo ( ) ensino médio ou profissional incompleto ( ) ensino médio ou
	profissional completo ( ) ensino superior completo
9.	Inserção no mercado de trabalho ( ) Sim ( ) Não
10.	Aposentado (sem nova inserção)( ) Sim ( ) Não
11.	Profissão/ Ocupação que realizou ou realiza :
12.	Renda Familiar:
13.	Renda Pessoal:
14.	Residência: ( ) própria ( ) alugada ( ) emprestada
15.	Mora: ( ) sozinho ( ) com a esposa ( ) com filhos ( )com familiares ( ) com
	amigos
16.	Há quanto tempo participa das atividades da academia carioca?

### **APÊNDICE B**

#### ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1. Fale um pouco sobre o seu dia a dia, seus hábitos, o que o senhor gosta de fazer, o que não gosta.
  - 2. E sua saúde como está? Fale um pouco sobre isso.
  - 3. E o lazer? Como é seu lazer?
- 4. O(A) senhor(a) já ouviu falar em qualidade de vida? (O que o(a) senhor(a) já ouviu?) O que seria pro(a) senhor(a) qualidade de vida? Tem a ver com o quê, pode dar exemplos?
- 4. Como se pode ter qualidade de vida? Há alguma coisa que a pessoa possa fazer para ter QV? O que por exemplo?
- 5. Há alguma coisa que os outros possam fazer para a sua qualidade de vida? O que por exemplo?
- 6. O(A) senhor(a) conhece alguém que tenha essa QV que o(a) senhor(a) está falando? Como é a vida dessa pessoa?
  - 7. E o(a) senhor(a), considera ter qualidade de vida? Por quê?
- 8. O que o(a) senhor(a) faz em seu cotidiano e que considera que auxilia no alcance da qualidade de vida? ( E o que o(a) senhor(a) precisaria fazer para ter qualidade de vida?) (respondendo a esta pergunta significa que ele não faz, aí faz-se a pergunta: Isso que o(a) senhor(a) precisaria fazer, o(a) senhor (a) não faz por que?)
- 9. Há alguma ação e cuidados realizados pela Equipe da Estratégia de Saúde da Família que o senhor relacione com a qualidade de vida? Quais? (investigar as contribuições e avaliações)
- 10. E a Academia Carioca, fale um pouco sobre sua participação, sobre sua vida após o início de sua participação. (Investigar as relações da participação na AC com as respostas anteriores: saúde, qualidade de vida entre outros)
  - 11. Por que o senhor começou a participar das atividades da Academia Carioca?
  - 12. O senhor recomendaria as atividades da Academia para outras pessoas? Por que?
- 13. Participação na Academia Carioca e Qualidade de Vida, o que o senhor pode falar mais sobre isso?