

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS**

**LIA D'ÁVILA BOIS**

**PROGRAMA VIDA SAUDÁVEL DO GOVERNO FEDERAL: AVALIAÇÃO DA  
QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS PARTICIPANTES EM CACHOEIRINHA**

**Porto Alegre**  
**2018**

**LIA D'ÁVILA BOIS**

**PROGRAMA VIDA SAUDÁVEL DO GOVERNO FEDERAL: AVALIAÇÃO DA  
QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS PARTICIPANTES EM CACHOEIRINHA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Administração Pública e Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Pedro de Almeida Costa

**Porto Alegre  
2018**

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por ter me dado a vida e guiado o meu caminho junto à minha família, bem mais precioso que possuo.

À minha mãe Odete por todo o apoio e amor dedicados a mim.

Ao meu pai Marco por todo o auxílio e ajuda ao longo desses anos.

À minha irmã Daniela pela imensa ajuda na conclusão deste trabalho e por ser uma das minhas maiores incentivadoras e exemplo de vida.

Ao meu irmão Vítor por sempre torcer por mim.

Ao Leo pelo amor e por estar ao meu lado em todos os momentos incentivando-me a não desistir.

À família e amigos pelo carinho e pelos momentos de alegria em minha vida.

Ao professor Pedro pela fundamental orientação e apoio na construção deste trabalho.

Aos professores que tive ao longo da graduação por todos os ensinamentos e contribuições para a construção do conhecimento que possuo hoje.

A todos, muito obrigada!

*“A juventude é a época de se estudar a sabedoria.  
A velhice é a época de a praticar.”*

*Jean-Jacques Rousseau*

## RESUMO

O presente trabalho busca apresentar a implementação do Programa Vida Saudável – política pública direcionada especificamente à pessoa idosa desenvolvida pelo Governo Federal, por meio do Ministério do Esporte – no município de Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, tendo como objetivo principal avaliar a Qualidade de Vida dos idosos participantes do programa. A contextualização do Brasil revela que a sociedade está caminhando para o aumento significativo da proporção da população idosa quando comparada à jovem. Esse fenômeno tem despertado interesse do poder público na promoção de políticas públicas direcionadas a essa população. O Programa VS tem por objetivo a promoção de práticas esportivas pelos idosos, com o propósito de desenvolver a qualidade de vida, a saúde, a inclusão, o bem-estar geral e a autonomia do idoso. Para avaliação da Qualidade de Vida dos idosos trabalhou-se com o conceito desenvolvido pela OMS, que a define a partir da 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, contemplando a saúde física, psicológica e social de cada indivíduo. A prática da pesquisa adotada neste trabalho buscou referência na pesquisa de campo etnográfica. Foram feitas entrevistas e anotações das percepções observadas no diário de campo. Foram entrevistadas vinte e duas idosas, no que foi possível identificar que a participação social das mulheres em grupos de convivência tem se revelado maior que o dos homens, indo ao encontro dos dados de uma maior expectativa de vida entre as mulheres idosas, assim como demonstrou uma preocupação maior delas sobre a saúde em relação aos mesmos, tanto no que tange o bem-estar físico, quanto preocupações com aparência e autoestima. As atividades físicas foram as aulas mais procuradas o que demonstrou que o esporte, além de proporcionar o bem estar físico, também promove a interação e socialização das idosas, influenciando de forma positiva também a saúde psicológica e as relações sociais das participantes.

**Palavras-chave:** política pública; Programa Vida Saudável; envelhecimento ativo; qualidade de vida.

## ABSTRACT

The present work seeks to present an implementation of the Healthy Life Program - a national policy directed to the elderly and developed by the Federal Government, through the Ministry of Sports - Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, Brazil, with the main objective of evaluating the Quality of Life of elderly participants in the program. The contextualization of Brazil reveals that the society is going towards a significant increase in the proportion of elderly population when compared to the young. This phenomenon has raised interest in public authority at the promotion of public policies directed to this population. The HL program aims to promote sports practicing by the elderly with the purpose of develop quality of life, health, inclusion, general well-being and autonomy of the elderly. For the evaluation of quality of Life of elderly, the concept developed by WHO was used, which defines it as the awareness that the individual has about its position in life within the context of their culture and the value system where it lives and the relation to their goals, expectations, standards and concerns, contemplating the physical, psychological and social health of each individual. The research practice adopted in this study sought reference in ethnographic field research. Interviews and annotations of perceptions observed in the field diary were made. Twenty-two elderly women were interviewed, in which it was possible to identify that the social participation of women in coexistence groups has been shown to be larger compared to men, corroborating with the data on a greater life expectancy among elderly women, as well as a greater concern about health in relation to them, both with regard to physical well-being, and concerns with appearance and self-esteem. Physical activities were the most sought classes which demonstrated that sport, in addition to providing physical well-being, also promotes the interaction and socialization of the elderly, influencing in a positive way also the psychological health and the social relations of the participants.

**Keywords:** public policy; Healthy Living Program; active aging; quality of life.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
1.1 JUSTIFICATIVA .....	10
1.2 OBJETIVOS .....	11
1.2.1 Objetivo Geral .....	11
1.2.2 Objetivos Específicos .....	11
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	12
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS IDOSOS NO CONTEXTO BRASILEIRO .....	17
2.2 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA .....	20
2.4 UMA POLÍTICA PÚBLICA PARA A QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE .....	23
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	27
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	31
4.1 IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA VIDA SAUDÁVEL EM CACHOEIRINHA .....	31
4.2 OS IDOSOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA .....	36
4.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS NÚCLEOS .....	44
4.4 EXPERIÊNCIA DOS COORDENADORES E AGENTES SOCIAIS .....	48
4.5 EXPERIÊNCIA DAS IDOSAS .....	51
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	56
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	60
APÊNDICE 1 .....	65
APÊNDICE 2 .....	66
ANEXO A .....	68

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por grandes transformações em consequência do avanço da tecnologia, principalmente na área da saúde, o que resultou na diminuição da mortalidade a partir do desenvolvimento da medicina curativa e preventiva de muitas doenças (CAMARANO e PASINATO, 2004). Somado a isso, outros fatores que contribuem significativamente para o aumento da população idosa é o baixo crescimento populacional e menores taxas de natalidade e fecundidade (MDH, 2011). Em decorrência do aumento do envelhecimento da população, fenômeno crescente em todo o mundo, surge a necessidade de construção de novas formas de organização do governo para acolhimento das necessidades dos nossos idosos.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2016), estima-se que a população idosa no Brasil triplicará até 2050, passando de 19,6 milhões (10% da população brasileira), em 2010 (último censo), para 66,5 milhões de pessoas, em 2050 (29,3%). Até 2030, há previsão de que o número absoluto e o percentual de brasileiros com 60 anos ou mais de idade ultrapassarão o de crianças de 0 a 14 anos. Segundo avaliações em 2030 os idosos chegarão a 41,5 milhões (18% da população) e as crianças serão 39,2 milhões (17,6% da população).

Envelhecer é um processo natural do ser humano e é uma etapa da vida que se caracteriza por mudanças físicas, psicológicas e sociais. E isso tudo exige uma capacidade de adaptação e de preparação do idoso para lidar com todas essas mudanças. Por consequência, o processo de envelhecimento da população tem tomado uma maior atenção por parte do poder público, pois este também precisa adaptar-se a essa realidade.

Deve-se pensar as problemáticas sociais em relação à qualidade de vida dos idosos para um desenvolvimento adequado do envelhecimento, como prevê o Estatuto do Idoso (2003), que preconiza:

Art 8º - O envelhecimento é um direito personalíssimo e, sua proteção, um direito social.



Art 9º - É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante políticas sociais e públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Na velhice, um dos aspectos mais afetados é a saúde, de tal modo que o poder público tem buscado promover políticas públicas voltadas para a qualidade de vida do idoso (CAMARANO e PASINATO, 2004). Por isso, em 2013, o Governo Federal, por meio do Ministério do Esporte, criou o Programa Vida Saudável<sup>1</sup>, que tem por objetivo desenvolver a qualidade de vida, a saúde, a inclusão, o bem-estar geral e a autonomia do idoso através do esporte e do lazer. O programa foi edificado seguindo as diretrizes da Constituição Federal de 1988 (Art. 5º, 6º, 217º, inciso 3º), a Política Nacional de Esporte (2005) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

O Programa Vida Saudável (VS) foi desenvolvido com o propósito de aproximar as pessoas idosas de suas comunidades através do esporte e do lazer por meio de diferentes segmentos, como a dança e a atividade física. O convênio é feito junto às prefeituras e possui 24 meses de vigência, período em que o Ministério do Esporte dá suporte estrutural e pedagógico aos municípios, para que, após o término do contrato, as prefeituras deem continuidade através da municipalização e apropriação da política, de modo a estruturar e conduzir suas próprias políticas públicas de lazer e esporte recreativo.

Um exemplo de implementação desse programa ocorreu no município de Cachoeirinha, no Rio Grande do Sul, onde foi implementado em setembro de 2015, tendo seu término de convênio com o Ministério do Esporte em setembro de 2017. Neste município o programa encontra-se então em período de transição, sendo este processo muito importante para a estruturação e continuidade das ações desenvolvidas.

Nesse sentido, este trabalho pretende avaliar a Qualidade de Vida (QV) dos idosos participantes do Programa Vida Saudável no município de Cachoeirinha, assim como descrever as atividades desenvolvidas, a experiência dos participantes, dos gestores e dos professores, com o propósito de identificar os impactos na QV dos idosos após sua inserção no programa, a partir da sua própria percepção e da percepção dos outros atores. Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo

---

<sup>1</sup> Diretrizes e objetivos explicitados pelo Ministério do Esporte. Disponível em: <http://www.esporte.gov.br/index.php/institucional/esporte-educacao-lazer-e-inclusao-social/esporte-e-lazer-da-cidade/vida-saudavel-vs> acesso em: 03/10/2017.

responder o seguinte problema de pesquisa: De que forma o Programa Vida Saudável tem influenciado a Qualidade de Vida dos idosos que participam do programa no município de Cachoeirinha?

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Considerando o caráter social e indispensável para se pensar o reflexo do envelhecimento da população brasileira na atualidade, faz-se necessário compreender como as políticas são pensadas para essa população. De modo que, a importância de estudos que tratam as questões relacionadas ao fenômeno do envelhecimento populacional pode ser percebida na emergência do tema nas agendas internacional e nacional de políticas públicas.

Assim, é necessário analisar se as políticas implementadas neste contexto estão de fato cumprindo seu papel social e político. E para a formulação deste trabalho é fundamental a pesquisa empírica, confrontando diretrizes legais com a prática implementada no Programa Vida Saudável.

Nesse contexto, o Programa Vida Saudável é um exemplo da promoção e instrumento de política pública voltada para a terceira idade, com o propósito de pensar problemas sociais e contemplar alternativas que visam à qualidade de vida do idoso. Justifica-se sua análise pela problemática do contexto atual, sendo uma temática primordial para questões relacionadas ao desenvolvimento social, político e econômico do Brasil.

Logo, investigar e aprofundar a estrutura que permeia o Programa torna relevante o presente trabalho de pesquisa, uma vez que trata-se de um programa social de responsabilidade pública que soma vantagens e benefícios à ascendente população idosa, cada vez mais ativa e ávida por alternativas de integração social e bem-estar.

Espera-se que este trabalho contribua para o entendimento da estrutura de gestão necessária para esse tipo de política, de modo a apresentar a experiência do Programa para possíveis adequações em outros municípios, assim como para auxiliar os gestores públicos em sua aplicabilidade.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar como o Programa Vida Saudável tem influenciado a Qualidade de Vida dos idosos participantes do Programa no município de Cachoeirinha.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Apresentar os aspectos legais e formais de Políticas Públicas direcionadas aos idosos, assim como do Programa Vida Saudável.
- Expor conceitos relacionados ao envelhecimento e à qualidade de vida na terceira idade.
- Descrever as estruturas organizacionais criadas e/ou adaptadas para implementação do programa Vida Saudável no município de Cachoeirinha.
- Conhecer as atividades desenvolvidas no programa, assim como a experiência dos participantes, gestores e professores.
- Identificar a melhoria da qualidade de vida dos idosos após sua inserção no programa a partir da sua própria percepção e da percepção dos outros atores.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a construção do referencial teórico desta pesquisa, foi feita uma revisão bibliográfica com o intuito de apresentar teorias que contribuirão para a análise do caso que é objeto de estudo deste trabalho. Desta forma, o capítulo organiza-se da seguinte forma: primeiro será apresentado um breve histórico sobre políticas públicas, posteriormente serão expostas as políticas públicas direcionadas à pessoa idosa no contexto brasileiro. Partindo desses conceitos e para possibilitar a análise do Programa Vida Saudável, serão apresentados elementos teóricos sobre o envelhecimento e a qualidade de vida na terceira idade.

### 2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para iniciar a discussão sobre políticas públicas, precisa-se primeiro elucidar alguns conceitos importantes. Entender a origem de uma área do conhecimento é essencial para melhor compreender seus desdobramentos, sua trajetória e suas perspectivas (SOUZA, 2006).

Segundo Souza (2006), na Europa, a área de política pública, surge como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e do governo – produtor, por excelência, de políticas públicas. Nos EUA, ao contrário, surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos.

Nesse sentido, para análise de uma política pública é preciso primeiro analisar as ações e posturas do Estado, assim como expor a relação existente entre o capitalismo e as políticas públicas em diferentes momentos históricos.

Boneti (2012) entende que é preciso explicitar o entendimento que se tem sobre a relação entre o Estado, as classes sociais e a sociedade civil; pressupondo que desta relação originam-se os agentes definidores das políticas públicas. Para o autor, cada momento histórico produz, no contexto da inter-relação entre a produção econômica, cultural e de interesses dos grupos dominantes, ideologias que motivam

e referenciam as ações institucionais e, em particular, a elaboração e a operacionalização das políticas públicas.

As políticas públicas tendem a ter objetivos e direcionamentos diferentes de acordo com a fase na qual o capitalismo se encontra. Segundo Pochmann (2017), durante o predomínio da livre concorrência capitalista no século XIX, a atuação do Estado era mínima perante a dinâmica de acumulação do capital autorregulado. Ao Estado cabia apenas a organização política, basicamente, o exercício do monopólio da violência (controle da ordem policial), da moeda e da tributação.

Behring e Boschetti (2007 *apud* Pastor e Brevilheri, 2009) sintetizam o liberalismo como o predomínio do individualismo, o bem-estar individual priorizando-se sobre o bem-estar coletivo, dominação da liberdade e da competitividade, a naturalização da miséria, o predomínio da lei da necessidade, e por fim a manutenção de um Estado mínimo. Segundo essas autoras, no final do século XIX, em resposta à crescente mobilização e organização dos trabalhadores, além de ações de caráter repressivo, foram incorporadas algumas demandas dos movimentos operários, transformando as reivindicações em leis que proporcionaram melhorias nas condições de vida dos trabalhadores, porém, sem atingir a essência da questão social, no que diz respeito à intervenção do Estado para a inclusão de políticas sociais de fato (PASTOR E BREVILHERI, 2009).

Segundo Pochmann (2017), a partir do início do século XX a incapacidade do mercado de se autorregular e os limites do Estado mínimo tornaram-se evidentes. E a expansão da estrutura oligopolista das grandes empresas na produção e distribuição de bens e serviços acabou sendo incorporada à esfera estatal. A superação do Estado mínimo pelas exigências da nova estrutura moldou outro padrão de intervenção estatal, mais compatível com as exigências da dinâmica de acumulação capitalista, mostrando ser favorável à regulação dos conflitos sociais inerentes à luta das classes e estratos sociais. Por consequência, houve a possibilidade do estabelecimento inédito de políticas públicas de abrangência nacional para além do Estado liberal. Ainda na primeira metade do século XX, políticas em várias áreas, como economia, trabalho, educação e saúde, até então praticamente desconhecidas, passaram a ser difundidas no mundo (POCHMANN, 2017).

Essa nova forma de regulação social do Estado, chamado Estado de Bem-estar social ou *Welfare State*, estava diretamente relacionada à expansão do capital

e o desenvolvimento da sociedade salarial no pós-segunda guerra (PEIXOTO e ARRAIS, 2012). Vargas salienta que,

[...] as políticas públicas não podem ser reduzidas às políticas estatais. Políticas Sociais conformam ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado e estão voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico capitalista. Essas têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento da primeira revolução industrial. As políticas sociais são formas de interferência do Estado e visam à manutenção das relações sociais de determinada formação social. São frutos de articulações entre as pressões e movimentos da classe trabalhadora com as formas de reprodução exigidas pela valorização do capital e pela manutenção da ordem social e destina-se a amenizar/compensar as desigualdades econômicas resultantes (VARGAS, 2007, p.16).

A ampliação do Estado é marcada neste período pela intervenção na economia e pelo envolvimento com questões distributivas e redistributivas de benefícios sociais. Essa legitimidade da intervenção do Estado na sociedade capitalista deu-se pelo desenvolvimento de políticas que permitiam as condições de reprodução do capitalismo. O *pacto keynesiano*, assim chamado pela influência da teoria keynesiana, foi em que os liberais aceitaram compartilhar uma estratégia econômica, política e social no qual o mercado deixava de ser o ator central, com seus valores individualistas, para ceder lugar ao Estado, com os seus valores coletivistas (PEREIRA, 2010).

Desse modo, o desenvolvimento do capitalismo contribuiu para a ampliação das políticas sociais, embora houvesse legitimidade e interesse do capital por essa manutenção do Estado, o Estado de Bem Estar Social demonstrou que foi possível proporcionar para a população maiores investimentos em serviços públicos.

Apesar de seu caráter parcial, dado que não chegou a alterar sua essência classista, essa abertura significou uma enorme conquista para as classes dominadas; por isso seria um gravíssimo erro de perspectiva considerar o *Welfare State* e a moderna democracia capitalista tão somente como produtos de uma demoníaca conspiração da burguesia para enganar as massas. Integradas de maneira permanente à vida estatal, sua presença deu lugar a uma extraordinária expansão dos serviços assistenciais e das agências governamentais encarregadas de sua atenção. Ao mesmo tempo, as instituições político representativas adquiriram uma inédita consistência realimentando dessa maneira a força dos setores populares no seio dos aparatos estatais (BORON, 1994, p.77 *apud* BECKER, 2014, p.7).

A ampliação de políticas sociais se deve tanto pelas pressões que o Estado vinha sofrendo frente à questão social e ao desenvolvimento do capitalismo quanto

também pela extensão dos direitos de cidadania. Com o *Welfare State*, a partir da proposta do pleno emprego, há a universalização das políticas sociais, principalmente da educação e da saúde, e, conseqüentemente a melhoria dos padrões de vida dos cidadãos que passam a se sentir mais protegidos através do acesso a serviços e benefícios tais como: seguro social, leis de proteção do trabalho, salários mínimos, entre outros (PEREIRA, 2010).

Esse período foi marcado pelo atendimento de reivindicações mínimas a partir de reformas imediatas, viabilizadas pelas políticas sociais, sem perder, contudo, o caráter capitalista (PASTOR E BREVILHERI, 2009). Partindo dessa premissa, surge a discussão acerca dos reais benefícios sociais conquistados pelos cidadãos, como forma de manutenção do Estado para sustentação do capital.

No Brasil, as políticas sociais e o Serviço Social foram implantados na terceira década do século XX, em condições adversas, assumindo características peculiares, que vão marcar seu desenvolvimento posterior e ajudar a compreender suas limitações atuais (BULLA, 2003).

É a partir da década de 1930 então que se iniciam as primeiras consolidações de ampliação de políticas sociais no Brasil. Como, por exemplo, criação de um conjunto de leis referentes aos direitos trabalhistas, que culminaram na diversificação dos benefícios previdenciários e assistenciais para os trabalhadores, seguindo a premissa de um Estado regulador e articulador desses bens e serviços (RIZOTTI, 2001).

Já na década de 70, a coesão entre o crescimento econômico, o pleno-emprego e o desenvolvimento dos direitos do trabalho e de proteção social começaram a apresentar sinais de esgotamento. Com a crise capitalista, acentuada pela crise do petróleo, vêm a tona os limites do modelo de acumulação e regulação social ora vigente (PEIXOTO; ARRAIS, 2012). Nesse momento, emergem as correntes contrárias à tese keynesiana, a chamada teoria neoliberal, que defende a absoluta liberdade de mercado e uma restrição à intervenção estatal sobre a economia, que tem vigorado de forma hegemônica na maioria do mundo contemporâneo.

No Brasil, a década de 80 foi marcada por expressiva luta dos movimentos sociais pela busca do reordenamento do Estado, e por políticas sociais que correspondessem às necessidades da sociedade. O contexto político e econômico

da primeira metade dos anos 80 recolocou a questão social na agenda pública brasileira (RIZOTTI, 2001).

Como resposta à crise, aos anos de repressão militar e às reivindicações dos movimentos sociais, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, que teve como propósito materializar uma sociedade livre, justa e solidária, com o objetivo de enfrentar questões de âmbito social a partir da garantia de direitos, e de reduzir as desigualdades e promover o bem-estar de todos. Para isso, combinou a garantia de direitos com a ampliação do acesso da população a bens e serviços públicos.

Entre os principais avanços proporcionados pela CF de 1988 cabe destacar a introdução do tripé da Seguridade Social, que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa do Estado destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (RIZOTTI, 2001).

A Constituição Federal contém determinações sobre direitos individuais e coletivos, dentre eles os direitos sociais<sup>2</sup>. A conquista e garantia destes direitos implicou na promoção de políticas públicas e sociais, assim como na criação de mecanismos de participação e de controle social, como Fóruns e Conselhos.

Este marco regulatório representa uma das maiores conquistas no âmbito legal e institucional nacional, ressaltando a conjuntura e o fortalecimento da organização da sociedade civil, que culminou na promulgação da constituinte. Nesta luta, movimentos sociais de diversas categorias (mulheres, negros, direitos humanos, idosos, bens de consumo coletivo e sindical) manifestaram críticas e enunciaram reivindicações (SILVA, 2010). Esse movimento possibilitou a consolidação de políticas para diversos atores sociais, em destaque a população idosa, foco principal deste trabalho.

---

<sup>2</sup> Na forma da Constituição Federal brasileira são direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados (Art.6º). “Estes direitos abarcam a totalidade da vida humana e precisam ser garantidos como exercício de cidadania, pois as pessoas deixaram de ser encaradas como cidadãos isoladas, abstratas, para serem vistas e tratadas “[...] na especificidade ou na concreticidade de suas diversas maneiras de ser em sociedade, como criança, velho, doente, etc.” (BOBBIO, 1992, p. 68) (SILVA, 2010, p.12-13).



## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS IDOSOS NO CONTEXTO BRASILEIRO

O Estado de Bem-Estar Social estruturou-se no Brasil a partir do desenvolvimento econômico-industrial, em meados da década de 1920, porém somente com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, que o conceito de Seguridade ganhou visibilidade (VARGAS, 2007).

A noção de Seguridade Social, implantada a partir da Constituição de 1988, foi um importante fundamento para o redirecionamento da política social brasileira no sentido da construção de um sistema de proteção integral ao cidadão, capaz de protegê-lo quando no exercício da sua vida laboral, na falta dela, na velhice e nos diferentes imprevistos que a vida lhe apresentar. No tocante à cobertura, trata-se de um sistema que integra ações contributivas, no caso da política previdenciária, e não-contributivas, como nas políticas de saúde e assistência social. A Seguridade representa, então, a introdução da Assistência no campo do direito social o que é uma inovação na cultura política brasileira (COUTO, 2006 *apud* DELGADO; FLOR, 2012).

As políticas públicas direcionadas especificamente à pessoa idosa são mais recentes e sofreram influências de organismos internacionais na sua elaboração e implementação, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

O marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa foi a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena, na Áustria, em 1982. Essa assembleia foi o primeiro fórum global intergovernamental que focou na questão do envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um plano global de ação. O Plano de Ação para o Envelhecimento foi um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos diversos aspectos que envolvem o processo de envelhecimento (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Os objetivos do plano eram garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países. Teve como marco de referência a Conferência dos Direitos Humanos realizada em Teerã em 1968. Dado o contexto político econômico e social, admitiu-se que, pela “vulnerabilidade” da população idosa, esta deveria sofrer mais as consequências do colonialismo, neocolonialismo, racismo e práticas do *apartheid* (p.254-255).

Nesse contexto, um dos principais objetivos do Plano de Viena foi o de colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população. Percebeu-se a necessidade de “construção” e,

principalmente, do reconhecimento de um novo ator social — o idoso — com suas necessidades e especificidades. Dentre as recomendações, estava promover a independência do idoso, dotando-o de meios físicos e financeiros para a sua autonomia. O documento apresentava um forte viés de estruturação fundamentado em políticas associadas ao mundo do trabalho, buscando ampliar a independência financeira do idoso (CAMARANO e PASINATO, 2004).

As autoras entendem que<sup>3</sup>,

A promoção da independência requer políticas públicas que garantam a autonomia física e financeira, ou seja, o acesso aos direitos básicos de todo ser humano: alimentação, habitação, saúde, trabalho e educação. Por participação, busca-se a manutenção da integração dos idosos na sociedade. Isso requer a criação de um ambiente propício para que possam compartilhar seus conhecimentos e habilidades com gerações mais jovens e de se socializarem. Os cuidados referem-se à necessidade do desfrute pelos idosos de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, através do cuidado familiar ou institucional. Auto-realização significa a possibilidade de os idosos fazerem uso de oportunidades para o desenvolvimento do seu potencial, por meio do acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos. Por último, o quesito dignidade requer que se assegure aos idosos a possibilidade de vida digna e segura, livre de toda e qualquer forma de exploração e maus-tratos (CAMARANO e PASINATO, 2004, p. 257).

Assim, a preocupação com as condições necessárias à manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas tem aumentado e o tema de proteção e cuidado específicos para idosos vem adquirindo relevância inédita na agenda pública com a elaboração de políticas sociais direcionadas a esta população.

Um segundo marco importante no âmbito internacional foi a Segunda Assembleia Mundial que aconteceu em Madri, na Espanha, em 2002. Segundo Camarano e Pasinato (2004), essa Assembleia ocorreu em um contexto bastante diferente do de Viena. As autoras ressaltam a colaboração estabelecida entre o Estado e a sociedade civil. Assim como a aprovação de uma nova declaração política e um novo plano de ação para a adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI.

Apesar dos avanços importantes relacionados ao plano de Madri, Camarano e Pasinato (2004) ressaltam que consiste em um plano único, geral, para uma realidade social bastante diversificada. Para as autoras, algumas recomendações são fundamentadas em um modelo pouco real de países desenvolvidos que contam

---

<sup>3</sup> No âmbito das Nações Unidas, a Assembleia Geral de 1991 adotou 18 princípios em favor da população idosa, que foram agrupados em cinco grandes temas: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade.

com um programa de bem-estar social avançado. Embora, todas as medidas propostas tenham sido acertadas pelos países signatários, a sua implementação deverá passar por uma avaliação das prioridades nacionais, das políticas sociais, etc. “Em alguns países, os objetivos do Plano de Madri já estão sendo atingidos. Em outros, a sua implementação ainda demorará muito, isto é, se for implementada” (p. 261).

No contexto brasileiro, a Constituição Federal de 1988 foi um grande marco para a elaboração de diversas leis que vieram a atender as demandas dos idosos. A partir desses avanços constitucionais, elaborou-se a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Essa política tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, tendo como princípio que a família, a sociedade e o Estado tenham o dever de assegurar-lhes todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida (PNI, 1994).

Porém, essas garantias legais ganharam maior relevância apenas a partir de 2002, com a criação do Conselho Nacional do Idoso (CNDI), que contabilizou avanços importantes na política de promoção dos direitos das pessoas idosas. Destacando a criação do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 2003 (IPEA, 2007).

O CNDI é um órgão superior de natureza e deliberação colegiada, permanente, paritário e deliberativo, integrante da estrutura regimental da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR. Cabe a ele elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso (MDH, 2017<sup>4</sup>). O Conselho é um espaço importante de participação, pois os movimentos de aposentados, grupos de convivência, associações geriátricas, dentre outros segmentos, vêm fortalecendo mecanismos de participação e efetivação de direitos no âmbito das políticas voltadas ao segmento idoso a partir dessa participação.

Já o Estatuto do Idoso determina os direitos específicos dos idosos brasileiros como, por exemplo, a prioridade de atendimento nos serviços públicos, o acesso gratuito a medicamentos, a proibição de reajuste em planos de saúde por idade, o

---

<sup>4</sup> Ministério dos Direitos Humanos. Participação Social: Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). Disponível em: <<http://www.mdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-idoso-cndi/cndi>>. Acesso em: 05 nov. 2017

transporte urbano gratuito e a meia-entrada em espetáculos culturais. Além de criminalizar determinadas condutas contra o idoso, como a discriminação, o abandono, os maus-tratos e a coação, sendo essas práticas puníveis com penas que variam de dois meses a doze anos de prisão (IPEA, 2007).

De acordo com Paz e Goldman (2006 *apud* Camarano, 2013), a aprovação do Estatuto instituiu um avanço socio-jurídico de grande importância na defesa dos direitos da população idosa. Sua necessidade justifica-se pelo não cumprimento de diversos direitos expressos em disposições legais, como a Constituição de 1988. Ainda que o estatuto signifique grandes avanços no sentido de políticas sociais de inclusão para os idosos, não foram colocadas prioridades para a sua implementação (Mendonça, 2005 *apud* Camarano, 2013).

Nas últimas décadas muito se avançou na questão do envelhecimento populacional, tanto no que se refere à agenda internacional quanto à nacional. A legislação brasileira incorporou grande parte das recomendações das assembleias internacionais. No entanto, fica pendente a necessidade de que essas leis se façam valer no cotidiano dos idosos brasileiros (CAMARANO e PASINATO, 2004).

## 2.2 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento populacional é uma importante conquista das últimas décadas. Entretanto, o envelhecimento da população, principalmente nos países em desenvolvimento, poderá futuramente tornar-se um problema, caso não sejam elaboradas e executadas políticas e programas que promovam o envelhecimento digno e sustentável e que contemplem os direitos dos idosos (MILNITZKY; SUNG; PEREIRA, 2004).

A classificação da pessoa idosa pela OMS é estabelecida conforme o nível socioeconômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 anos ou mais de idade. Nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos. Segundo estimativas do IBGE (2016), em 2030 os idosos chegarão a 41,5 milhões, 18% da população brasileira.

O processo de envelhecimento ocasiona para muitos indivíduos uma situação de vulnerabilidade que é socialmente condicionada, por exemplo, pela falta de renda após a saída do mercado de trabalho, a falta de autonomia funcional para a realização de atividades cotidianas e também pela vitimização pelos mais diversos tipos de violências, que ocorrem tanto em ambiente doméstico quanto no espaço público. Além disso, os idosos também são vítimas de um “desinvestimento político e social”, que é caracterizado pela desvalorização desse ciclo da vida, o que faz com que os interesses e necessidades dos idosos tenham maior dificuldade de entrar na pauta política e serem reconhecidos como direitos (IPEA, 2007<sup>5</sup>).

O que define o sentido e o valor da velhice segundo Beauvoir (1990 *apud* Ferrari, 2004) é o sentido atribuído pelos homens à existência, é o seu sistema global de valores. Segundo Ferrari, vivemos em uma sociedade que caracteriza-se por uma visão utilitarista do ser humano, que tem como mais importantes os valores referentes às condições materiais “de ter, saber, poder, subestimando-se quase sempre o ser” (2004, p.8).

Beauvoir (1970/1990 *apud* Borges, 2007) aponta que as representações sociais da velhice modificaram-se ao longo dos anos. Isso porque as funções da experiência e do acúmulo dos anos de vida, antes tão valorizados, já não são mais. A figura do homem mais velho, mais vivido, que antes representava segurança e estabilidade, passou a evocar a ideia de obsolescência. De tal modo, que o idoso passou a ser cada vez mais excluído da sociedade.

Nesse sentido “é importante compreender o idoso em suas diversas formas de ser, pois o fato de uma pessoa viver em uma mesma faixa etária não significa ter as mesmas vivências” (BELLO, 2004, p. 17). Segundo Bello (2004), na literatura existe um consenso sobre a velhice não ser pensada apenas como uma questão de idade. Alguns autores analisam a velhice a partir de aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Definindo a velhice não pela idade do indivíduo, mas pelas suas condições funcionais, mentais e de saúde.

Desde a década de 80 surgiram iniciativas internacionais valorizando a possibilidade de se considerar o envelhecimento como um processo positivo, vivenciado como um momento da vida de bem-estar e prazer. A política de

---

<sup>5</sup> Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Políticas sociais – acompanhamento e análise. ed. especial nº 13, 2007.

desenvolvimento ativo, proposta pela OMS, traz o conceito de envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. 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. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (OMS, 2005, p. 13).

O objetivo dessa concepção é aumentar a expectativa de uma vida saudável, assim como a qualidade de vida para as pessoas que estão envelhecendo. Nesse sentido, a saúde refere-se ao bem-estar físico, mental e social. Por isso, um projeto de envelhecimento ativo, a partir de políticas e programas que promovam a saúde mental e as relações sociais, é tão importante quanto aqueles que melhoram as condições físicas da saúde (OMS, 2005).

O conceito de qualidade de vida pela OMS é:

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. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (2005, p. 14).

Para Minayo e Coimbra (2002), qualidade de vida é um termo que compreende muitos significados, refletindo os conhecimentos, as experiências e os valores dos indivíduos e da coletividade, que leva em conta época, espaço e diferentes histórias dos indivíduos, sendo dessa forma uma construção social. Minayo e Coimbra complementam que:

O envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas. (2002, p. 14)

Desse modo, a qualidade de vida, assim como o envelhecimento ativo dependem de diferentes fatores, como cultura, gênero, prevenção de doenças, tabagismo, atividade física, etc. Mas a adoção de um estilo de vida saudável e a

participação ativa no cuidado da própria saúde, mesmo após o envelhecimento, podem prevenir doenças e o declínio funcional do organismo, e assim aumentar a longevidade e a qualidade de vida nessa fase da vida.

Segundo a OMS (2005), a participação em atividades físicas regulares e moderadas pode adiar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Por exemplo, a atividade física regular e moderada reduz o risco de morte por problemas cardíacos em 20 a 25% em pessoas com doença do coração diagnosticada (Merz & Forrester, 1997 *apud* OMS, 2005).

A atividade física pode ajudar pessoas idosas a ficarem independentes o máximo possível, pelo período de tempo mais longo. Além disso, pode reduzir o risco de quedas. Portanto, há importantes benefícios econômicos quando os idosos são fisicamente ativos. Os custos médicos são significativamente menores para as pessoas idosas ativas (OMS, 1998).

Mesmo com todos esses benefícios, uma grande parte da população idosa leva uma vida sedentária na maioria dos países, principalmente as populações com baixa renda, minorias étnicas e pessoas idosas com deficiências (OMS, 2005).

## 2.4 UMA POLÍTICA PÚBLICA PARA A QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

A realização de ações governamentais se materializa por meio da atuação dos atores políticos, os quais adotam políticas públicas diversas para implementar ações mais adequadas e oportunas, levando em conta os recursos econômicos, financeiros, humanos, etc., de que dispõem. Pode-se afirmar que as políticas públicas são medidas tomadas pela administração pública em nível federal, estadual ou municipal com a finalidade de obter resultados coletivos, em benefício da sociedade (MACHADO, 2003).

Camarano (2013) coloca que para a formulação de políticas públicas é extremamente importante que se tenha a demarcação dos grupos populacionais, pois é por meio desta que será possível identificar os beneficiários, assim como focar os recursos e conceder direitos. Segundo a autora, algumas classificações simplificam a heterogeneidade dos segmentos da população, como, por exemplo, a

classificação de “idoso”, que considera pessoas acima de 60 anos e mais velhos como 80, 90 anos na mesma classificação.

Por isso, algumas políticas estão sujeitas a incluir indivíduos que não necessitam de tais políticas ou a excluir aqueles que necessitam. “A grande vantagem do critério etário para a definição público-alvo para as políticas públicas reside na facilidade de sua verificação” (CAMARANO; MEDEIROS, 1999 *apud* CAMARANO, 2013).

Souza sintetiza a política pública como:

Assim, do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (2006, p. 25).

Para Rua e Romanini (2013) na ausência de um consenso sobre o conceito de política pública, o método para entendê-la é pensar sobre o contexto no qual elas ocorrem: as sociedades modernas. A principal característica das sociedades modernas é a diferenciação social, ou seja, seus membros possuem atributos diferenciados como idade, sexo, religião, estado civil, escolaridade, renda, setor de atuação profissional, etc., assim como, também possuem ideias, valores, interesses e anseios diferentes, e por isso desempenham em seus contextos sociais papéis diferentes ao longo da vida.

Para a formulação de uma política pública é necessário estudo, planejamento e debate com os diferentes atores sociais para que possam transformar-se em planos, programas, projetos, etc. que serão colocados em ação, na fase de implementação, momento em que as políticas ficarão submetidas ao acompanhamento e à avaliação dos formuladores e dos grupos de interesse.

Nesse contexto surge o Programa Vida Saudável desenvolvido pelo Ministério do Esporte, como uma política pública direcionada às pessoas que estão envelhecendo, com o objetivo de contribuir para o bem-estar físico, mental e social do idoso a partir do esporte. Iniciou como um núcleo do Programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC) criado em 2003. O PELC tem como propósito estimular a convivência social, a formação de gestores e de lideranças comunitárias, assim como favorecer a pesquisa e a socialização do conhecimento, contribuindo para que o esporte e o lazer sejam tratados como políticas e direitos de todos. O programa



Vida Saudável foi reconhecido como programa social apenas em 2013, seguindo a mesma proposta do PELC, diferenciando-se apenas por atender preferencialmente os idosos.

Assim, o VS tem como propósito aproximar as pessoas idosas de suas comunidades através do esporte e do lazer por meio de centros de convivências, com atividades diferenciadas, além do esporte, atividades com música, integração e socialização.

O convênio realizado entre as prefeituras e o Ministério do Esporte possui 24 meses de vigência, período em que o Ministério do Esporte dá suporte estrutural e pedagógico aos municípios, para que, após o término do contrato, as prefeituras deem continuidade através da municipalização e apropriação da política, de modo a estruturar e conduzir suas próprias políticas públicas.

Marcellino (1996 *apud* Muller; Hallal; Maino, 2014) propõe que ao se pensar em Políticas Públicas Setoriais a forma de atuação deve ser integrada pela articulação entre poder público, privado e comunidade, com o propósito de estabelecer políticas locais vinculadas às iniciativas da população, principalmente as administradas no âmbito de atuação dos municípios.

Outra consideração que o autor destaca é que o lazer não deve ser visto apenas através da atividade esportiva, mas sim como um fenômeno social que engloba distintas áreas, onde os espaços individuais se tornem coletivos, abrangendo as mais variadas formas de lazer, através de cultura, música, dança, literatura, jogos e o esporte em suas mais variadas dimensões (MARCELLINO, 1996 *apud* MULLER; HALLAL; MAINO, 2014).

A principal justificativa para a consolidação do programa é a conscientização dos municípios parceiros da importância do investimento nas políticas públicas direcionadas à pessoa idosa, pois o envelhecimento populacional é um fenômeno que precisa ser pensado também no âmbito local, como forma de garantir políticas e programas que promovam o envelhecimento digno e sustentável e que contemplem os direitos dos idosos. Assim como a conscientização de que políticas sociais que promovem direitos devem ser consolidadas como políticas de Estado, e não apenas de governo, para que não se interrompa a cada troca de mandato.

A contextualização do Brasil revela que se está caminhando para o aumento significativo da proporção da população idosa quando comparada à jovem. Esse

fenômeno tem despertado interesse do poder público na promoção de políticas públicas direcionadas à pessoa idosa.

A promulgação da CF de 88 compreende um marco em relação a direitos sociais adquiridos para os idosos, entre eles da Seguridade social. Mas no contexto atual, percebe-se outra compreensão em relação às reais necessidades desse grupo etário, no que tange suas condições físicas e psicológicas.

Nesse sentido o governo federal desenvolveu o VS, com propósito de fomentar políticas públicas no âmbito municipal para promoção de práticas esportivas pelos idosos. A prática esportiva e o lazer surgem como uma possibilidade de tentativa de amenizar os declínios e consequências trazidas pelo processo de envelhecimento.

A partir da concepção do fenômeno do envelhecimento, buscou-se compreender o conceito de qualidade de vida na terceira idade. Não há um consenso quanto a sua definição, uma vez que os elementos que a conceituam são orientados por percepções subjetivas vividas por cada indivíduo em diferentes contextos, podendo ser influenciados por estímulos e ações como o VS.

Dentre as dimensões que contribuem para um envelhecer com qualidade, destaca-se o esporte, por propiciar além de exercícios, a interação e socialização das pessoas, atendendo as necessidades de manutenção ou melhora de aspectos fisiológicos e psicológicos do processo de envelhecer.

Desse modo, com base nessa premissa e revisão teórica, busca-se analisar a QV dos idosos participantes do programa VS, a partir da vivência e percepção deles quanto ao programa, levando em consideração sentimentos de pertencimento, utilidade, autoestima e saúde física, assim como o referencial de QV realizado pela OMS.

### 3 METODOLOGIA

Este capítulo dedica-se à exposição dos procedimentos metodológicos empregados na coleta e análise de dados para que os objetivos desta pesquisa fossem alcançados. Para Minayo (2001), a metodologia contempla a fase de exploração de campo, como a escolha do espaço de pesquisa, a escolha do grupo de pesquisa, o estabelecimento dos critérios de amostragem, a construção de estratégias para a entrada de campo, assim como a definição de instrumentos e procedimentos para a análise dos dados.

A abordagem de pesquisa empregada para a análise de dados deste trabalho foi a qualitativa. Segundo Minayo (2001) a pesquisa qualitativa responde...

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

Para que o primeiro e o segundo objetivos específicos deste estudo fossem atingidos, foi realizada uma coleta de dados secundários, a partir da pesquisa bibliográfica, importante processo de investigação para conhecimento e apropriação do tema pesquisado. Para a pesquisa foram selecionadas palavras-chave como: política pública; envelhecimento; qualidade de vida; e assuntos como: políticas públicas/sociais para os idosos no Brasil; qualidade de vida na terceira idade; envelhecimento no contexto brasileiro; entre outros. A pesquisa bibliográfica compreende o máximo da bibliografia de domínio público em relação ao assunto estudado, considerando livros, publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, monografias, dissertações, teses, etc. (ALIRYO, 2009).

A prática da pesquisa adotada neste trabalho buscou referência na pesquisa de campo etnográfica, originária de estudos Antropológicos. Segundo Rocha e Eckert (2008), a pesquisa de campo etnográfica responde a uma demanda científica de produção de dados de conhecimento antropológico a partir de uma inter-relação entre o pesquisador e o sujeito pesquisado, recorrendo primordialmente às técnicas de pesquisa da observação direta, de conversas informais e formais, as entrevistas não-diretivas, e o diário de campo. Segundo esses mesmos autores, o método etnográfico é um método específico da pesquisa antropológica, mas outras ciências

sociais recorrem de determinadas técnicas de pesquisas que são singulares ao método de pesquisa qualitativa. Neste caso trata-se de adotar alguns procedimentos técnicos próprios da pesquisa etnográfica como a observação e as entrevistas, vinculados a esses campos teóricos de interpretação da realidade social que não a teoria antropológica.

Desse modo, o presente trabalho buscou, a partir desse método, desenvolver a pesquisa de campo por meio da observação direta e participante, das entrevistas e das percepções anotadas no diário de campo sobre os sujeitos pesquisados. Essa pesquisa ocorreu no período de março a abril de 2018, e foi desenvolvida a partir de métodos que serão descritos posteriormente.

Além do material bibliográfico, também foi feita coleta de dados secundários de arquivos da prefeitura de Cachoeirinha. O material foi solicitado presencialmente junto a uma servidora da prefeitura que possuía acesso ao sistema. Esses arquivos foram encaminhados posteriormente por *e-mail*, possibilitando acesso ao planejamento pedagógico do programa, à relação de beneficiários por núcleo e de recursos humanos, ao extrato de propostas de recursos, ao relatório de atividades e, por último, foram coletados em um dos núcleos alguns Questionários de Prontidão para Atividade Física, questionário esse que fora preenchido pelos idosos participantes do Programa, no início das atividades do VS.

Para que os outros objetivos específicos fossem alcançados, foi preciso realizar coletas de dados primários, entre elas as entrevistas semi-estruturadas e entrevistas abertas. Para Minayo (2001), a entrevista é o procedimento mais frequente no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador obtém informações contidas na fala dos atores sociais. A entrevista se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focada.

A primeira entrevista realizada foi com o atual Diretor de Esporte do município. Foi uma entrevista aberta para explicar os objetivos e a importância do estudo a ser realizado. Este foi o primeiro contato junto à prefeitura para buscar apoio na execução do trabalho.

Foi realizada também entrevista com a Coordenadora Geral do programa, responsável pela gerência no âmbito do município; nessa entrevista foi possível tirar dúvidas sobre a implementação e estrutura do projeto, assim como obter informações de como o programa fora conduzido. O encontro aconteceu na

Secretaria de Cultura, Esporte, Lazer e Turismo e durou cerca de uma hora e trinta minutos; a entrevista não foi gravada, as anotações pertinentes foram feitas no diário de campo.

Também foi realizada entrevista semi-estruturada com uma das Coordenadoras de núcleo, com objetivo de compreender a dinâmica e as atividades desenvolvidas no mesmo. Utilizou-se como referência um questionário com seis perguntas (Apêndice 1). A Coordenadora de núcleo faz parte do atual Programa Corpo em Movimento. Essa entrevista foi mais difícil de ser feita, sendo realizada apenas na segunda tentativa. Houve receio por parte da participante, por isso a entrevista não pôde ser gravada, as respostas foram anotadas no caderno de campo.

Além das entrevistas presenciais, foi enviado o mesmo questionário por *e-mail* para um dos Coordenadores de núcleo, com o objetivo de conhecer melhor o programa e também perceber a experiência dos profissionais, assim como a dinâmica de trabalho realizada nos núcleos.

Também foram realizadas visitas aos núcleos para observação e contato com as participantes. Foi observado três aulas de ginástica em dois núcleos diferentes. Além da observação participante em uma reunião do Clube de Mães, onde funciona um dos núcleos. Também foi observado um treino de câmbio na quadra esportiva, atividade extra desenvolvida no programa. Nestas visitas foi possível perceber a interação e dinâmica das aulas, assim como ter um contato mais próximo com o objeto da pesquisa. No diário de campo foram anotadas impressões e relatos sobre as visitas. Por meio delas, foi possível agendar a aplicação dos questionários e conversar sobre a percepção e as experiências das idosas com o VS.

A aplicação dos questionários foi realizada pela pesquisadora de forma individual, no período de abril a maio de 2018. Foram preenchidos vinte e dois questionários. De início foi pensado em realizar uma dinâmica em que os questionários fossem respondidos nos próprios núcleos, pelas entrevistadas em questão. Porém, esse método não funcionou (apenas seis questionários foram feitos dessa forma). Desse modo, foi marcada entrevista individualmente no domicílio de cada uma delas, e o preenchimento foi realizado pela pesquisadora. Em média as visitas duraram de 20 a 30 minutos.

O Questionário 1 (Apêndice 2) foi elaborado pela autora do presente trabalho – a partir do Questionário de Prontidão para Atividade Física (Anexo A), preenchido

pelos idosos que ingressavam no programa. O mesmo possui 15 questões, divididas em 3 seções que são: Dados pessoais, Dados sobre a saúde e Dados sobre o Programa Vida Saudável.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados colhidos por meio de pesquisa exploratória nos núcleos, pelas entrevistas e por questionários realizados. Assim como a experiência da equipe de gestores, dos professores e dos idosos. Aqui será também apresentada a análise dos dados e dos resultados obtidos para compreender como o Programa Vida Saudável vem influenciando a Qualidade de Vida dos participantes.

### 4.1 IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA VIDA SAUDÁVEL EM CACHOEIRINHA

O município de Cachoeirinha fica a 17 km da capital do Rio Grande do Sul, e faz parte da região Metropolitana de Porto Alegre. Sua população é de 118.278 habitantes, ocupando uma área de 44,02 km<sup>2</sup>, perfazendo uma densidade demográfica de 2.687,04 hab./km<sup>2</sup>. A maioria da sua população é branca, católica, formada pela imigração interna do Rio Grande do Sul e sudoeste de Santa Catarina, atraídos pela acelerada expansão industrial nas últimas três décadas (IBGE, 2010).

Segundo dados do Atlas do Desenvolvimento Humano nos Municípios, o município apresenta o IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – de 0,757, e ainda expectativa de vida de 72,60 anos. O índice de longevidade na cidade é de 0,857, o que revela a necessidade de políticas públicas para este setor.

Nesse intuito a Prefeitura Municipal de Cachoeirinha, através da Secretaria Municipal de Cultura, Esporte e Lazer, iniciou o planejamento para execução do Programa Vida Saudável.

A prefeitura tem diversificada experiência na área de projetos sociais, na qual destacam-se a execução do projeto PELC/Pronasci no ano de 2011, com trabalho dirigido para jovens de 15 à 29 anos em área de vulnerabilidade social. O projeto Segundo Tempo, destinado a crianças e jovens, com atividades físicas oferecidas no turno inverso ao escolar. A Secretaria mantém ainda o FUNDESP, fundo municipal de apoio a projetos de lideranças comunitárias, que atuam diretamente nos bairros da cidade, e o FUCCA, fundo municipal voltado às ações de cultura, como a dança, a capoeira, e as artes marciais.

A formulação do VS no município de Cachoeirinha seguiu um conjunto de ações que permitiu que a implementação do projeto fosse viável. Além da contribuição da experiência do município com outros projetos sociais, como mencionado anteriormente, o programa iniciou então como um núcleo do Programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC). O projeto inicial foi elaborado em 2013, mas sua implementação aconteceu apenas em 2015. Esse intervalo de tempo ocorreu como meio de adequação do seu planejamento e de preparação para sua execução, seguindo as diretrizes colocadas pelo ME.

Segundo Machado (2003), a consolidação de ações governamentais se materializa por meio da atuação dos atores políticos, os quais adotam políticas públicas diversas para implementar ações mais adequadas e oportunas, levando em conta os recursos econômicos, financeiros, humanos, etc., de que dispõem.

Um ponto fundamental na elaboração de uma política pública, como coloca a autora Camarano (2013), é a delimitação da população que será atingida. Para a formulação de políticas públicas é extremamente importante que se tenha a demarcação dos grupos populacionais. Pois é por meio desta que será possível identificar os beneficiários. No VS essa delimitação é abrangente, apesar de ser um projeto com o propósito de atingir em sua maioria a população idosa, o ME sugere que se deve contemplar pessoas com mais de 45 anos. Isso de certa forma prejudica a adequação da metodologia pedagógica a ser trabalhada, uma vez que as atividades desenvolvidas devem ser elaboradas conforme as necessidades de cada grupo, e quanto mais abrangente e heterogêneo for esse grupo, mais difícil de trabalhar. Apesar disso, não houve relatos em relação a essa dificuldade apresentados pelos gestores do VS.

Em relação ao planejamento, uma das primeiras estratégias mencionadas pela Coordenadora Geral foi a realização de um diagnóstico das características do município, que contemplaram os problemas e as potencialidades locais. Além disso, foi realizado estudo dos outros projetos em execução, como o PELC, e dos convênios e parcerias já firmados.

A partir da aprovação do projeto foi firmado o convênio entre o governo federal e o município. O valor conveniado disponibilizado pelo Ministério do Esporte foi de R\$ 519.413,48. Esse valor propiciou a instalação de seis núcleos do programa no município. A localização de cada núcleo foi estrategicamente pensada, sendo instalados em áreas urbanas com maior número demográfico e próximos a



comunidades de baixa renda, utilizando espaços de convivência já existentes. Mesmo com esse planejamento, dois espaços foram realocados do projeto original para outros locais por não terem funcionado de forma adequada.

Nesse ponto é importante destacar que buscou-se instalar os núcleos em espaços de convivência já consolidados nas comunidades, como os Clubes de Mães e Associações de Moradores, que atuam há muitos anos nos locais, evidenciando o papel desempenhado por essas associações. Para Aleixo e Moura (2014), essas associações desempenham um papel cada vez mais importante na defesa pela qualidade de vida dos seus representantes.

Segundo Gohn (2010 *apud* Aleixo e Moura, 2014), as associações de bairro foram um dos primeiros movimentos a discutir de maneira coletiva os problemas dos cidadãos enquanto moradores e dependentes de serviços públicos urbanos. Esses espaços, além de desempenharem o papel de sociabilidade, são espaços colaborativos de deliberação e busca por melhorias e direitos coletivos dessas comunidades.

Com os recursos disponibilizados, além da preparação dos espaços de convivência, foram adquiridos também materiais de infraestrutura e equipamentos como, por exemplo, aparelho de som para cada núcleo, aquisição de móveis (mesas e cadeiras), eletroeletrônicos (câmeras fotográficas), equipamento de medição de glicose, de pressão (esfigmomanômetro), balança e instrumentos musicais (surdos. atabaques, violões, microfones, berimbau, tarol, pandeiro, etc.), entre outros materiais de suprimento. O Ministério do Esporte também disponibilizou, sem custos, um quite padrão com materiais esportivos, bolas, rede de vôlei, cones, bambolês, apito, etc.

A estrutura do projeto contou com profissionais do quadro da prefeitura cedidos e também com profissionais contratados por processo seletivo através de edital. Os contratados obedeceram a duas formas de contratação: Agentes sociais (estagiários de Ed. Física mediante contrato de estágio ou profissionais já formados em Ed. Física, além de profissionais de outras áreas específicas, como, por exemplo, música) e Coordenadores. Cada edital de contratação teve especificações para seleção de candidatos e comissão avaliativa dos currículos. Esses profissionais foram remunerados com recursos do convênio.

Em sua estrutura, o Programa não contou com a criação de um órgão específico, criou-se um setor vinculado à Secretaria já existente, tendo como espaço

uma sala para a Coordenadora Pedagógica e para a Coordenadora Geral do programa (servidora efetiva da prefeitura). Além desse espaço, possuíam também uma sala de reunião, onde aconteciam encontros, treinamentos e palestras (essa sala não era de uso exclusivo do programa).

Os profissionais receberam treinamento e orientação desenvolvida por formadores capacitados pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), responsável por todo o sistema de formação durante a execução do Programa. Além da capacitação, eram responsáveis pela avaliação do programa, que aconteceu no início da implementação e durante todo o andamento das atividades, por meio de relatórios de acompanhamento e outros sistemas alimentados com informações do projeto (fotos, fichas, planilhas, etc.).

Esse aspecto foi muito relevante para a execução do programa, pois a parceria firmada com o governo federal a partir do convênio, além do apoio financeiro, que possibilitou a contratação de pessoal e a compra de equipamentos permanentes e de suprimento. Disponibilizou suporte pedagógico e capacitação dos coordenadores e dos agentes sociais, o que possibilitou a qualificação continuada dos sujeitos envolvidos na execução do projeto.

O Ministério do Esporte, com apoio da UFMG, investiu em capacitações gerenciais e na formação desses agentes, tal iniciativa beneficiou todos os atuantes da esfera pública vinculados ao programa, os coordenadores, os agentes sociais e também os legisladores. As capacitações tiveram como objetivo central refletir sobre a importância do lazer na terceira idade, assim como demonstrar as possibilidades de intervenção no âmbito das interações junto aos núcleos, com o objetivo de sensibilizar os profissionais para o desenvolvimento do projeto junto às comunidades.

Os núcleos funcionavam da seguinte forma: possuíam profissionais fixos e outros alternados, os fixos eram os Coordenadores de núcleo, responsáveis por organizar as rotinas, o planejamento das aulas e as orientações para os beneficiários. O outro profissional fixo era o agente social profissional de Ed. Física, responsável pelas aulas de ginástica e pilates. Os outros agentes sociais mantinham uma rotina de uma a duas aulas por semana em cada núcleo

A partir da experiência dos atores sociais e do diagnóstico feito foi possível também organizar oficinas interativas que foram ofertadas nos núcleos. Dentre as modalidades oferecidas, além de ginástica e pilates, foram: fotografia,

música/fanfarrã, violão, recreação (jogos de tabuleiro), dança e artesanato. Houve tentativa de contratar um profissional de expressão corporal e teatro, mas não foi possível. Posteriormente foi inserida uma modalidade de vôlei adaptado, o câmbio.

As atividades físicas foram as aulas mais procuradas, mas também buscou-se desenvolver atividades culturais, artísticas e manuais. Dentre as atividades que contribuem para um envelhecer com qualidade, destaca-se o esporte e o lazer, por isso o interesse espontâneo dos idosos por essas modalidades (ginástica e pílates, por exemplo). Segundo a OMS (2005), a participação em atividades físicas regulares e moderadas pode adiar declínios funcionais, e também diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Por exemplo, a atividade física regular e moderada reduz o risco de morte por problemas cardíacos em 20 a 25% em pessoas com doença do coração diagnosticada (Merz & Forrester, 1997 *apud* OMS, 2005).

Além das aulas, as ações integrativas compreendiam também piqueniques, cafés da manhã, almoços, passeios, entre outros eventos. Existiam eventos estabelecidos no calendário, como encontros mensais de todos os beneficiários em seus núcleos, encontros trimestrais da comunidade e os participantes, e os encontros semestrais de todos os núcleos. Nesses encontros aconteciam jogos cooperativos, jogos interativos, campeonatos, entre outras atividades.

No decorrer dos dois anos de duração do Programa foram realizados diversos eventos, que possuíam um importante papel de celebração, sociabilidade e promoção para o envolvimento maior da população. Na organização das atividades desenvolvidas (oficinas, aulas e eventos) foi possível perceber a integração entre os profissionais e os alunos, uma vez que esses buscavam o envolvimento comunitário na elaboração das aulas e dos eventos do projeto. Esse planejamento era realizado em conjunto, considerando as necessidades e opiniões dos participantes.

O objetivo de cada núcleo foi de atender cerca de duzentas pessoas, o programa chegou a atingir mais de 1,2 mil inscritos. Alguns núcleos apresentaram maiores dificuldades em atingir esse objetivo. Apesar de o número de inscritos ter atingido o número estabelecido como meta, houve certa variação em relação à permanência das pessoas.

Nesse sentido, havia procedimentos de sensibilização por parte dos Coordenadores de núcleo e agentes sociais, pois esses eram os que interagiam diretamente com o público. Se por acaso percebessem que alguém não estava

participando das aulas entravam em contato para verificar o motivo e buscava-se trazê-lo para o convívio do núcleo novamente.

O término do convênio com o Ministério do Esporte, após dois anos, ocorreu em 29 de setembro de 2017. No entanto, a prefeitura, através da Secretaria, decidiu manter as atividades de ginástica e pilates nos seis núcleos em que o projeto já era desenvolvido. Houve uma preocupação muito grande se as atividades continuariam após o término do convênio, principalmente por parte dos beneficiários. A prefeitura buscou, nesse período, parcerias público-privadas para manter as atividades.

Marcellino (1996 *apud* Muller; Hallal; Maino, 2014) propõe que ao se pensar em Políticas Públicas Setoriais a forma de atuação deve ser integrada pela articulação entre poder público, privado e comunidade, com o propósito de estabelecer políticas locais vinculadas às iniciativas da população, principalmente as administradas no âmbito de atuação dos municípios.

Na tentativa de manter as atividades relacionadas ao Programa, criou-se então o programa municipal Corpo em Movimento, que funciona há seis meses. A execução do programa se dá por meio de parceria com academias, e atualmente está sendo ampliado para mais sete núcleos. Apesar de o programa VS ter sido bem estruturado, não se conseguiu dar continuidade as outras atividades, o que justificase pelo déficit de profissionais e de recursos financeiros.

O intuito da parceria público-privada foi de dar continuidade ao desenvolvimento do programa, para que o mesmo não se esvaziasse, representando uma alternativa as carências sociais e financeiras do município, uma vez que este não teve recursos suficientes para executá-lo sozinho. O objetivo de desenvolver o programa municipal e permanecer com essas duas modalidades foi de continuar proporcionando atividades físicas para as pessoas inscritas, e de não perder a representação do VS para a população.

## 4.2 OS IDOSOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA

Para delimitar o perfil dos idosos participantes, foi usado como referência um questionário inicial (Questionário de Prontidão para Atividade Física) preenchido pelos idosos que ingressavam no programa. Foram obtidas cópias de vinte e dois

questionários. Esses questionários foram pegos com a Coordenadora de núcleo em formato físico. No entanto, não foi possível ter acesso a mais fichas, pois a maioria perdeu-se e não foram arquivadas em formato digital.

Nessa amostra a idade dos idosos variou entre 60 a 92 anos, tendo como média de 68,45 anos. A composição da amostra apresentou uma diferença significativa entre a frequência de distribuição do sexo, já que 77% eram do sexo feminino e apenas 23% do sexo masculino, no total de vinte e dois idosos. Todas as mulheres estavam inscritas nas atividades de ginástica, algumas no pilates, outras em música e artesanato. Já os homens todos estavam inscritos apenas nas aulas de violão.

O formulário em questão possui perguntas relacionadas especificamente à saúde dos idosos. Dentre as informações colhidas, destacam-se as respostas sobre problemas de saúde, nas quais 59% dos idosos relataram ter algum problema, dentre os mais citados estão hipertensão, problemas cardíacos e depressão (tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição proporcional dos idosos quanto a problemas de saúde, dores físicas, uso de medicamentos e grau de estresse.

Problemas de Saúde	Frequência (n=13)	%
Hipertensão	11	84,62
Problemas Ósseos	2	15,38
Depressão	3	23,08
Problemas Cardíacos	5	38,46
Diabetes	2	15,38
Câncer	1	7,69

Fonte: Autora

Em relação a dores físicas, treze idosos afirmaram tê-las de algum tipo, a mais frequente foi a dor nas costas (92,31%). Sobre o uso de medicamentos, 72,73% listaram tomar algum tipo de medicamento periodicamente (informações na tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição proporcional dos idosos quanto a dores físicas e uso de medicamentos.

<b>Dores Físicas</b>		
	<b>(n=13)</b>	
Dor nas costas	12	92,31
Dor nas articulações, tendões ou músculo	10	76,92
Dor nas braços e mãos	2	15,38
Dor nos joelhos	1	7,69

  

<b>Uso de Medicamentos</b>		
Sim	16	72,73
Não	6	27,27
	22	100,00

  

<b>Quantidade</b>		
	<b>(n=16)</b>	
1-2	11	68,75
3-4	4	25,00
5 ou mais	1	6,25

Fonte: Autora

Outro ponto levantado no questionário foi em relação ao estresse do dia-a-dia. Neste quesito, 63,64% dos idosos responderam possuírem estresse leve ocasional; a outra resposta obtida com mais frequência foi sem estresse (27,27%), conforme tabela 3.

**Tabela 3** – Distribuição proporcional dos idosos quanto ao grau de estresse.

<b>Quantidade de Estresse</b>		
Sem Estresse	6	27,27
Estresse Leve Ocasional	14	63,64
Estresse Moderado Frequente	1	4,55
Estresse Elevado Frequente	1	4,55
	22	100,00

Fonte: Autora

A partir dessa amostra inicial, decidiu-se entrevistar novamente uma amostra de igual número. Foram entrevistadas então vinte e duas idosas ativas no atual programa Corpo em Movimento, as quais fizeram parte do programa Vida Saudável

por pelo menos um ano. Não foi possível entrevistar os mesmos idosos, uma vez que a amostra foi selecionada de forma aleatória e por disponibilidade das participantes, assim como não foi possível ter acesso a todos os questionários iniciais realizados.

Foi observado que todas as alunas dos dois núcleos visitados são do sexo feminino, com idade entre 54 e 94 anos. Na amostra selecionada, as idades variaram entre 61 e 94 anos, tendo em média de 70,59 anos.

Segundo Alves (2016), uma das características que acompanha o processo de envelhecimento é o crescimento do superávit de mulheres na população idosa. As estimativas das projeções populacionais do IBGE (2013) confirmam um processo de feminização do envelhecimento. Para 2060, o IBGE estima um contingente de 33 milhões de homens idosos e 40,6 milhões de mulheres idosas, um superávit feminino de 7,6 milhões de mulheres.

Segundo a OMS (2005), as mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os lugares do mundo. Este fato reflete-se na maior taxa de mulheres por homens em grupos etários mais velhos. “As mulheres correspondem aproximadamente a dois terços da população acima de 75 anos em países como Brasil e África do Sul” (p.39).

A partir da questão de gênero que perpassa o programa VS foi possível identificar que a participação social das mulheres idosas em grupos de convivência tem se revelado maior, evidenciando que elas procuram mais atividades de lazer em centros de convivência que os homens, que são mais resistente aos grupos de terceira idade. Este fato aponta para um senso comum que revela nas mulheres maior inclinação e engajamento em atividades como as propostas pelo Programa VS.

Outro fator está relacionado à preocupação demonstrada pelas mulheres sobre a saúde em relação aos homens, tanto em relação a bem-estar físico, quanto preocupações com aparência e autoestima. Também é determinante a relação das idosas às atividades desenvolvidas atualmente nos núcleos (pilates e ginástica). Ao observar o Questionário de prontidão aplicado inicialmente, percebe-se que nenhum homem estava inscrito nas aulas de ginástica e pilates, apenas nas aulas de música/violão, demonstrando o desinteresse deles nas modalidades mais ligadas à saúde física.

Em relação à escolaridade, 50% das participantes apontam não ter completado o ensino fundamental, sendo que cinco delas não completaram a 5ª série, conforme demonstrado na tabela abaixo.

**Tabela 4** – Distribuição das mulheres idosas segundo a escolaridade.

Escolaridade	Frequência	%
Ensino Fundamental 1º Ciclo incompleto	5	23,00
Ensino Fundamental 1º Ciclo completo	5	23,00
Ensino Fundamental 2º Ciclo incompleto	1	4,00
Ensino Fundamental 2º Ciclo completo	5	23,00
Ensino Médio incompleto	1	4,00
Ensino Médio completo	5	23,00
	22	100,00

Fonte: Autora

Conforme dados, verifica-se que o nível de escolaridade das idosas é baixo, uma vez que apenas seis delas tiveram acesso ao ensino médio, e nenhuma ao ensino superior. Isso pode ser associado à época em elas nasceram e cresceram, uma vez que era mais difícil o acesso à educação, sobretudo para as mulheres, pois priorizava-se o estudo dos homens.

Segundo Meireles *et. al.* (2007 *apud* ALMEIDA; MAFRA; SILVA e KANSO, 2015), o baixo nível educacional das idosas brasileiras pode ser explicado pelos valores culturais e sociais da primeira metade do século passado, no qual as mulheres assumiam o papel domiciliar, e desse modo não precisavam estudar. Além disso, existia a dificuldade de acesso ao sistema educacional das pessoas que viviam na zona rural quando tinham idade de escolarização.

As mulheres eram educadas para serem em sua maioria donas de casa e mães, sendo afastadas da vida produtiva e social, tal como se verifica na amostra, as idosas apresentam baixa escolaridade devido ao contexto sociocultural da época de suas juventudes. Todavia, hoje, mais capacitadas a atuarem junto às suas comunidades, essas mulheres estão mais emancipadas, por isso mais atuantes em associações de bairros, clube de mães, etc., e no caso, buscando oportunidades como no Programa VS.

Segundo a OMS (2005), os valores culturais e as tradições também podem determinar como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de



envelhecimento. “Em muitas sociedades, as mulheres jovens e adultas têm status social inferior e acesso mais restrito a alimentos nutritivos, educação, trabalho significativo e serviços de saúde” (p. 20).

Quanto à ocupação e profissão das idosas, 50% delas relataram estar aposentadas. 36,36% responderam estar exercendo algum tipo de trabalho, o mais citado foi a profissão de costureira. 13,64% relataram ser Do lar.

**Tabela 5** – Distribuição das mulheres idosas segundo ocupação/profissão.

Ocupação/ Profissão	Frequência	%
Aposentada	11	50,00
Artesã	1	4,55
Bordadeira	1	4,55
Cabelereira	1	4,55
Costureira	4	18,18
Do Lar	3	13,64
Zeladora	1	4,55
	22	100,00

Fonte: Autora

A aposentadoria foi assinalada como a situação de trabalho da metade das entrevistadas, isso se deve ao fato de que as participantes estavam na faixa etária que possuía direito ao benefício previdenciário, que anteriormente era de 60 anos para mulheres. A predominância desse benefício demonstra sua importância para sobrevivência e manutenção da vida das idosas.

Além das ocupações formais, todas relataram terem nas tarefas de casa (cozinhar, lavar e arrumar a casa) o segundo turno de trabalho. Embora em sua maioria estejam aposentadas, algumas relataram também desempenhar atividades informais, como forma de complemento a renda, como o artesanato e a venda de semijoias e cosméticos.

Os dados sobre saúde demonstraram que 86% das idosas afirmaram ter algum problema de saúde, dentre eles as maiores indecências foram: hipertensão (68,42%), problemas ósseos (63,16%) e depressão (36,84%). Pelo menos sete (32%) das idosas sofrem de três ou mais doenças (tabela 6).

**Tabela 6** – Distribuição proporcional das idosas quanto a problemas de saúde, dores físicas e uso de medicamentos.

Problemas de Saúde	Frequência (n=19)	%
Hipertensão	13	68,42
Problemas Ósseos	12	63,16
Depressão	7	36,84
Problemas Cardíacos	3	15,79
Diabetes	4	21,05
Labirintite	4	21,05

Fonte: Autora

Em relação às dores físicas, conforme tabela 7, dezesseis (73%) relataram tê-las, desde desconforto nas articulações, pernas, braços, mãos, costas e cintura. Quanto a medicamentos, 90,91% disseram tomar diariamente. Um aspecto relevante identificado foi a prática da polifarmácia — uso de mais de um medicamento concomitantemente entre idosos (PEREIRA; ARAÚJO; PEREIRA, 2017). Dentre elas 55% tomam três ou mais medicamentos.

Da mesma forma, a automedicação é uma prática corrente na população brasileira, além das doenças crônicas, os relatos de dores influenciam a busca por medicamentos e o fácil acesso a remédios no mercado farmacêutica também aumentam essa incidência.

**Tabela 7** – Distribuição proporcional das idosas quanto a dores físicas e uso de medicamentos.

Dores Físicas	(n=16)	
Dor nos joelhos	2	12,50
Dor na coluna	8	50,00
Dor nos braços e mãos	4	25,00
Dor nas articulações	6	37,50
Dor na cintura	1	6,25
Dor nas pernas	2	12,50
Dor de cabeça	1	6,25

  

Uso de Medicamentos		
Sim	20	90,91
Não	2	9,09
	22	100,00

Quantidade	(n=20)	
1-2	9	45,00
3-4	5	25,00
5-6	4	20,00
7 ou mais	2	10,00

Fonte: Autora

Quanto ao nível de estresse do dia-a-dia relatados, a maior incidência de respostas foi estresse leve ocasional (45,45%), seguido por 31,82% sem estresse, 18,18% estresse moderado frequente e 4,56% estresse elevado frequente. Os níveis de estresse foram associados pelas idosas aos seus problemas do dia-a-dia, como preocupação com familiares, solidão, ansiedade e insônia.

**Tabela 8** – Distribuição proporcional das idosas quanto à quantidade de estresse.

Quantidade de Estresse		
Sem Estresse	7	31,82
Estresse Leve Ocasional	10	45,45
Estresse Moderado Frequente	4	18,18
Estresse Elevado Frequente	1	4,55
	22	100,00

Fonte: Autora

A saúde física, ou melhor, o comprometimento desta representa um agravamento significativo para a qualidade de vida dos idosos. Isso porque surgem nesta fase da vida muitas limitações e doenças, como as mencionadas por eles e apontadas nas tabelas. Porém, segundo a OMS (2005) nunca é tarde para adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde.

Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo (p.22).

Os dados levantados nesta seção e apresentados nas tabelas foram colhidos nas primeiras nove questões do Questionário 1, que faz parte da seção de Dados pessoais e Dados sobre a saúde.

### 4.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS NÚCLEOS

Dentre as modalidades disponibilizadas no Programa Vida Saudável, as que mais despertaram interesse e inscritos eram as aulas de ginástica, seguidas pelas aulas de pilates e aulas de música. Dos questionários selecionados inicialmente, todas as dezessete mulheres estavam inscritas na aula de ginástica e os cinco homens na aula de violão.

O primeiro contato que tive com as idosas foi no núcleo do Clube de Mães – que funciona há 43 anos na comunidade – em uma reunião. Ao entrar no Clube, na disposição do espaço havia uma mesa central montada em frente a cadeiras como uma pequena plateia. Na mesa estavam posicionadas algumas representantes da Associação, como a presidente e a tesoureira. Além delas, encontrava-se compondo a mesa a Secretária de Esporte, Lazer e Cultura da cidade, que foi convidada a participar para esclarecimento quanto ao Projeto Corpo em Movimento. O questionamento que se tinha era em relação à professora responsável pelas aulas de ginástica que estava afastada há alguns dias. Havia em torno de trinta a trinta e cinco mulheres e um homem (assessor da Secretária) participando.

A presidente iniciou a fala, agradeceu a presença dos participantes e abriu espaço para que as outras mulheres na mesa trouxessem seus relatos. Nesse momento também convidaram-me a explicar sobre a pesquisa que estava realizando.

Após outras manifestações, a Secretária explicou que o projeto continua acontecendo nos núcleos, porém estão com poucos professores. Explicou que a professora em questão foi afastada porque não conseguiu renovar o contrato com a prefeitura, mas que isso já estava sendo resolvido, e logo ela retornaria. Seu assessor explicou mais detalhadamente a situação, e aproveitou para falar do projeto Corpo em Movimento. Discorreu de como o projeto vem sendo ampliado apesar de algumas dificuldades, e sobre o planejamento de ampliação das modalidades, como era feito ainda no VS, mostrou-se aberto ao diálogo e em cooperação com o Clube.

Um fator importante observado no Clube Mães foi a organização do grupo, inicialmente pela disposição do espaço, pela interação durante a reunião e também pelas falas. Observou-se que a reunião assemelhou-se a uma assembleia, tendo

como ponto central uma mesa com as representantes e convidados, e as demais participantes da associação. Na organização das falas observou-se que, primeiramente, foram feitos alguns relatos, depois a abertura do microfone para questionamentos e por fim esclarecimentos e tomadas de decisões relacionadas às atividades da associação. A presença da Secretária representou uma proposição de relevância política. Uma das idosas relatou ainda a presença frequente delas na prefeitura, buscando constantes melhorias para a sua comunidade. O Clube de Mães demonstrou ser um espaço de cooperação e deliberação de pautas pertinentes a melhorias e direitos coletivos daquelas mulheres.

Nessa reunião não foi possível realizar os questionários, todas estavam envolvidas com as atividades e com um chá servido logo após o término da reunião. Nesse momento foi possível conversar e deixar alguns questionários para que algumas delas pudessem levar para casa para respondê-los. Ao término do evento, foi combinado o retorno na aula de ginástica.

A segunda observação aconteceu por acaso, foi marcada entrevista com a Coordenadora de núcleo, que no dia estava orientando o treino do time de câmbio (vôlei adaptado). Os treinos acontecem pelo menos duas vezes por semana pela manhã, e outros são organizados pelo grupo em outros turnos. Cada núcleo tem o seu time, mas como a participação tem diminuído, às vezes junta-se o time de dois núcleos. O time é misto, porém a predominância de mulheres é maior. Neste dia tinham onze mulheres e dois homens.

O câmbio<sup>6</sup> é um jogo de voleibol adaptado, que faz uso da quadra e da bola de vôlei. A aula iniciou cerca de 9h e deveria terminar às 10h, porém o grupo continuou a jogar mais algumas rodadas. Percebeu-se entusiasmo, animação e experiência nos jogadores. Neste dia não foi possível realizar a entrevista com a coordenadora de núcleo, sendo a mesma remarcada.

A terceira observação ocorreu neste mesmo núcleo, que fica na sede de uma Associação de moradores que funciona há 30 anos. As observações foram feitas em

---

<sup>6</sup> A dinâmica de jogo de câmbio é semelhante a do vôlei, porém a recepção da bola é com bola presa, não deve-se dar toques. Não é obrigatório dar os três passes, podendo ser executados no mínimo um e no máximo três, sendo o último, obrigatoriamente, o de arremesso pelo jogador da posição central para o lado adversário. Após o arremesso, todos os jogadores da equipe executam o rodízio, independente de pontuar ou não, e devem posicionar-se nos locais certos a partir do rodízio. Utiliza-se de concentração e agilidade. A prática é muito disseminada na região sul do Brasil e aplicada a terceira idade. Disponível em: <<http://www.maiorde60.com.br/site/index.php/lazer/376-jogo-de-cambio-otimo-opcao-para-fazer-amigos-2>>

duas aulas de ginástica, as aulas ocorreram em sequência de uma manhã (8h e 9h). As turmas são diferentes, cada turma, nesse dia, tinha cerca de vinte e cinco e vinte e oito pessoas. Todas do sexo feminino, de diferentes idades, que variaram de 54 a 94 anos. Existe certa flexibilidade nos horários, pois se alguém não puder ir em determinado horário da aula, vai em outro.

As participantes começaram a chegar cerca de quinze minutos antes do início da aula, algumas aproveitaram esse tempo para organizar-se, cumprimentar-se, conversar, abraçar e beijar as colegas. Outras aproveitaram o espaço para expor seus trabalhos manuais de bordados, artesanato, bijuterias, cosméticos, todas com o propósito de comercializá-los. Os trabalhos e mercadorias ficaram expostos durante a aula toda sobre uma mesa e um balcão.

Segundo a OMS (2005), nos países menos desenvolvidos, os idosos tendem a se manter economicamente ativos na velhice pela necessidade; como pode ser percebido a partir do comércio informal das idosas, que buscam nestas atividades um complemento para o orçamento doméstico. “O enfoque apenas no mercado de trabalho formal tende a ignorar a valorosa contribuição que os idosos dão ao setor informal (por exemplo, menor escala, atividades autônomas e serviço doméstico) e ao trabalho não remunerado em casa” (p.32). O trabalho desempenhado pelos idosos, além de contribuir para aumento da renda, também contribui para o aumento dos contatos sociais, do bem-estar psicológico e, ao mesmo tempo, da autorrealização.

Neste dia a coordenadora organizou o espaço e preparou as atividades, não é ela a responsável pelas aulas, mas com a falta da professora, ela estava substituindo-a. Os exercícios foram organizados em formato de circuito, distribuía-se em sequência por toda a sala.

A aula deu início com um círculo de oração, todas de mãos dadas rezaram um Pai Nosso. A questão da religião está muito presente no cotidiano das idosas, muitas delas relataram participar ativamente de grupos da Igreja, além do convívio no núcleo do VS, muitas têm esse convívio também em grupos religiosos.

Segundo Souza (2011), acredita-se que pode haver uma associação da religião com a amenização do sofrimento físico e psíquico, assim como com aumento do bem-estar e a redução dos níveis de depressão e angústia, além de trazer explicações relacionadas ao sentido da existência e da morte. De forma geral, a religião desempenha papel importante na sociedade em relação à união das

peessoas, auxiliando os indivíduos a encontrar senso de identidade e pertencimento, assim como esperança e apoio social.

Após o momento de prece, todas dirigiram-se para a quadra externa para realizar um aquecimento, foram feitos alongamentos orientados pela coordenadora. Depois retornaram para dentro para iniciar o circuito, em pequenos grupos elas iam revezando os exercícios, quem controlava o tempo era a professora com um apito.

O circuito continha sete exercícios em sequência, elas estavam bem habituadas a essa dinâmica e realizavam os exercícios sem precisar de orientação. Os exercícios eram de fácil execução como, por exemplo, com bambolês no chão, caminhava-se dentro deles elevando o calcanhar dos pés. Muitos exercícios eram realizados com bola, em um deles, era preciso pressionar uma bola nas costas contra a parede e realizar agachamentos e movimentos de um lado para o outro. Alguns equipamentos utilizados consistiam em materiais improvisados e reciclados, como os pesos, que eram de garrafas pets de 600ml cheias de areia, utilizavam também alguns cabos de madeira de vassoura para equilíbrio.

Ao longo de toda a aula havia música, algumas dançavam entre a execução de um exercício e outro. A execução das músicas tinha a ver com o ritmo da aula. Quando iniciou uma música mais lenta, a professora encerrou o circuito e orientou-as a se aproximarem para o fechamento da aula. Foram feitos mais alguns alongamentos, com os quais encerrou-se a primeira aula. Cada uma recolheu seu material e pertences e despediu-se ao sair.

Nesse momento pude conversar e explicar o propósito de estar ali, algumas estavam curiosas, outras receosas, mas foi possível obter alguns contatos, já que ali não seria possível realizar os questionários. A saída delas foi mais rápida que a chegada, pois tinham compromissos (almoço para preparar, trabalho ou outros afazeres).

Para a segunda aula, algumas alunas já aguardavam o início. Houve um pequeno intervalo e a aula não iniciou exatamente às 9h. Nesse tempo foi possível explicar a pesquisa e pegar mais contatos; esse grupo foi mais receptivo.

A dinâmica da aula foi praticamente a mesma, o início com o círculo de oração, aquecimento na quadra externa e circuito na sala. Por fim alongamentos e, nos últimos minutos, a professora propôs que se formassem duplas para cada uma realizar uma massagem na outra, o que muito as agradou, disponibilizando-se prontamente. No final organizaram-se para sair, algumas deram-me tchau, abraços e

desejaram-me boa sorte. Neste horário a incidência de mulheres aparentemente mais velhas foi maior.

Por fim, a última observação aconteceu no núcleo do Clube de Mães na aula de ginástica. Compareceram à aula nove mulheres. Para dar início, aguardaram alguns minutos a mais para assegurar que mais ninguém chegaria. Como a professora estava afastada, elas mesmas organizaram um pequeno circuito de exercícios. Alguns equipamentos, assim como no outro núcleo, eram de materiais reciclados (garrafas pets e cabos de vassoura). Neste dia, além de observar, fui convidada a participar dos exercícios. Cada uma posicionou-se em um dos exercícios realizando-os em sequência. Uma delas explicou que as aulas são mais cheias, mas como estava chovendo e a professora também não estava indo, algumas alunas não estavam comparecendo. Neste dia foi possível conversar e ouvir alguns relatos interessantes sobre o projeto. Também houve o retorno de quatro questionários respondidos individualmente, e mais duas entrevistas realizadas no local.

Em relação à interação entre as participantes, foi possível observar como esses espaços de convivência são importantes. A sociabilidade criada nos grupos remete à questão do apoio social e sua repercussão positiva na saúde. Segundo OMS (2005), os idosos que procuram grupos para interação mantêm-se socialmente ativos, com elevada autoestima, com grande rede de amigos e descobrem-se como agentes de mudanças.

A descrição dessas atividades foi baseada na observação e nas anotações no diário de campo. Por meio desta descrição buscou-se demonstrar as atividades desenvolvidas nos dois núcleos visitados do VS.

#### 4.4 EXPERIÊNCIA DOS COORDENADORES E AGENTES SOCIAIS

O grupo de trabalho do VS contou com a participação de vinte profissionais. Dentre eles, uma Coordenadora Pedagógica, responsável pelas ações de planejamento após a celebração do convênio, assim como, pelo monitoramento e avaliação das atividades dos núcleos.



Uma Coordenadora Geral (do quadro da prefeitura), responsável pela gestão do programa, tendo como atribuições auxiliar a estruturação e a coordenadora pedagógica na execução das atividades vinculadas aos núcleos.

Em sua experiência, relatou o envolvimento com a causa, mencionando ser graduada em Ed. Física e experiente nessa área de atuação. Acrescenta que os investimentos foram muitos (principalmente em relação aos materiais permanentes), e que possibilitaram que o programa propiciasse uma diversidade enorme de atividades lúdicas. *“As pessoas iam felizes realizar as aulas, se via no rosto que estavam satisfeitas”*. Identificou em relatos dos próprios usuários melhorias significativas na saúde, como diminuição de casos de depressão e uso de medicamentos.

Em relação ao programa atual, mencionou a dificuldade de dar continuidade a muitas das atividades oferecidas anteriormente, muito pelo déficit de recursos humanos e também financeiros. Falou com pesar sobre o destino precário dado a alguns equipamentos adquiridos (principalmente os instrumentos de percussão), que estavam guardados em alguma sala. Explicou a estrutura do programa dentro da prefeitura, assim como as atividades, eventos e modalidades oferecidas em cada núcleo.

O programa contou também com seis Coordenadores de Núcleo, esses eram responsáveis por coordenar todas as atividades do núcleo, planejando-as coletivamente com os beneficiados, realizando o controle das inscrições e das presenças, assim como planejando a grade de horários dos agentes sociais.

Foi realizada entrevista com dois Coordenadores de núcleo, uma delas presencial e outra por questionário enviado por *e-mail*.

A primeira pergunta buscou identificar como foi a implementação do programa no núcleo que o coordenador atuava, descrevendo um pouco da experiência de contratação, treinamentos, participação da divulgação e chamamento da população e o suporte dado pela prefeitura/coordenação geral, etc.

Os dois relataram a contratação através de edital, feita por classificação, referente a títulos e experiência. Um deles é graduado em Ed. Física. O trabalho de orientação e treinamento aconteceu com colaboradores do ME e UFMG, foram quatro ao longo do projeto. Um deles menciona que essas orientações foram uma oportunidade de ampliar os conhecimentos e realizar uma avaliação geral do trabalho realizado.

As maiores dificuldades foram direcionadas ao processo de “convocação” da população (um deles mencionou não ter participado deste processo) e do suporte dado pela prefeitura:

*“A divulgação foi muito restrita, cartazes e boca a boca; até as pessoas perceberem que se tratava de um projeto sério, demorou um pouco. Alguns núcleos atingiram a meta de 200 inscritos mais facilmente, em outros foi mais difícil.”*

*“O suporte da Prefeitura foi o básico, sempre penso que se tratando de um público tão delicado e que se interessa em fazer a diferença, deveria sim, ter um tratamento diferenciado. Mas sempre que procuramos a Secretaria de Esporte ela nos deu o suporte que podia”.*

Outra dificuldade foi em relação à escolha do local de um dos núcleos que posteriormente foi substituído: *“Ficamos em uma praça, expostas, tínhamos que fazer as fichas, as inscrições, no meio da praça, em pé. Dependendo do horário das aulas, não nos sentíamos seguranças.”* Isso aconteceu porque o espaço onde o núcleo funcionaria (um salão Paroquial) não foi disponibilizado.

Na conceituação de um envelhecimento com qualidade de vida, os dois mencionaram como importante: o hábito de uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas regularmente. Em relação à QV dos idosos participantes e às mudanças percebidas após a inserção deles no programa, os coordenadores referiram mudanças significativas: *“Percebi mudança no comportamento, na fisionomia e também na autoestima.”* Outro fator de mudança ocorreu em relação à alimentação, pensamento mais saudável, preocupação com colesterol e pressão.

Além de propiciar melhorias na saúde, os coordenadores identificaram melhorias nos aspectos de socialização e pertencimento dos idosos:

*“Muitas vezes tínhamos beneficiários que vinham apenas pelo prazer de ter contato conosco professores e com os outros alunos, contato esse que muitas vezes não tinham em casa, de seus filhos, netos ou alguém da família. Também tinham aqueles que estavam ali realmente para se exercitar, e vinham nos contar como as aulas estavam sendo boas para sua saúde. Pessoas que não conseguiam erguer uma sacola de supermercado e que com atividades começaram a superar essas dificuldades. Pessoas que estavam em casa com depressão profunda, estavam ali sorrindo e se divertindo [...]”.*

O último questionamento buscou identificar a percepção deles quanto ao programa, levando em consideração o objetivo de promoção à saúde da terceira idade:

*“Buscávamos não desenvolver apenas atividades físicas, mas também outros tipos de dinâmicas. Elogiá-las, demonstrar interesse, o programa proporcionou isso [...] buscávamos trazer palestras e assuntos interessantes, além de falarmos sobre saúde, falávamos sobre autoestima e sobre sexo.”*

*“[...] Projetos como esse nunca deveriam parar, custa muito pouco para o órgão público. Além disso, diminui filas em posto de saúde e hospitais, fazendo com que tenhamos menos custos em remédio ou tratamentos de doenças. Se colocarmos na balança quem ganha com atividade física orientada para esse público, somos todos nós [...]”.*

Por fim, o programa contou com doze Agentes Sociais, citados como atores importantes na elaboração e execução das ações, uma vez que eles interagiam diretamente com os participantes, entre as suas atribuições estavam a participação das ações de planejamento, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas nos núcleos. Planejamento e desenvolvimento das oficinas e aulas oferecidas, e uma das mais importantes, mobilização da comunidade para a efetiva participação do VS.

A descrição da experiência dos coordenadores e agentes sociais foi orientada pelas entrevistas e questionários realizados.

#### 4.5 EXPERIÊNCIA DAS IDOSAS

No Questionário de Prontidão para Atividade Física, preenchido na entrada do idoso ao programa, uma das perguntas buscava compreender os objetivos do ingresso ao grupo de promoção à saúde. Os objetivos mais citados pelos participantes foram: sentir-se melhor, reduzir estresse, melhorar condição muscular, melhorar flexibilidade, reduzir dores nas costas e por último perder peso.

A partir dessa resposta foi possível compreender de forma subjetiva a motivação que fez com que os idosos procurassem o grupo de promoção à saúde do

programa VS. De acordo com as respostas o principal objetivo foi sentir-se melhor, porém buscou-se compreender em que sentido. Levou-se em consideração então as outras respostas, e pode-se relacioná-las à busca por bem-estar e pela saúde física. Evidenciando a importância que as atividades físicas assumem para os idosos em relação à saúde.

Das entrevistadas na segunda etapa, dezessete delas participaram por dois anos do programa, as demais participaram por pelo menos um ano (requisito para entrar na pesquisa). Algumas relataram ter participado de outros grupos de ginástica anteriormente (grupos paroquiais e associações).

Outra pergunta questionou como elas vieram a conhecer o Programa, a maioria respondeu que conheceu através de amigos ou família, algumas citaram a divulgação feita pela prefeitura e nas associações que frequentam.

Dentre as melhorias identificadas pelas participantes, muitas relataram a diminuição de dores físicas, melhora da disposição, do humor e da agilidade corporal. Algumas descreveram melhora em alguns problemas de saúde, como formigamentos, labirintite, câimbra, pressão e diabetes. Uma delas ainda mencionou que quando entrou para o programa estava com osteoporose, e após algum tempo participando das aulas, a osteoporose regrediu para osteopenia. Ainda três delas relataram ter parado de tomar algum tipo de medicação. Em relação ao estresse e à ansiedade do dia-a-dia, todas relataram ter tido muita melhora.

O último questionamento buscou identificar a avaliação das próprias idosas em relação a qualidade de vida após ingressar ao VS. Os seus relatos estão descritos em sequência:

*“Senti muita melhora. Gosto muito das professoras e colegas. Sinto falta quando não vou, não tenho a mesma disposição durante o dia.”*

*“Melhorei das dores nos joelhos e não tenho mais insônia.”*

*“Melhorei minha qualidade de vida, disposição. Os exercícios foram recomendados pelo médico.”*

*“Ótima [qualidade de vida], depois do programa minhas dores diminuíram.”*

*“Gosto muito adoro as professoras. Melhorei em todos os sentidos depois que comecei a participar.”*

*“Melhorei da coluna, das pernas. Muito bom relacionamento com as amigas e professores. É importante ter esse espaço, ir as aulas, sair e buscar mais saúde.”*

*“Ótima, muito bom para a saúde, adoro as amigas e professores.”*

*“Tenho mais disposição, qualidade na saúde do corpo. O programa melhorou minha qualidade de vida.”*

*“Valor incalculável, muito bom porque não teria condições de pagar aulas particulares, e lá consigo fazer pilates.”*

*“Gosto bastante, tem a turma que eu convivo. Os exercícios são fáceis, mas é um pouco puxado também, mas fazem bem.”*

*“Melhorei da cabeça. Gosto da interação com as colegas, participar dos chás. As professoras são maravilhosas, adoro ir dançar, me sinto muito bem.”*

*“Melhorei muito com os exercícios e com a atenção dos professores.”*

*“Turma legal, professoras legais, muito bom.”*

*“Melhorou muito, muito bom o convívio, tudo de bom. Experiência ótima.”*

*“Aproveito muito e melhorou minha qualidade de vida.”*

*“Melhorou meu humor, sono, apesar de ainda ter minhas dores.”*

*“Tenho mais energia para enfrentar o dia-a-dia e ampliei meu círculo de relacionamentos.”*

*“Adoro as gurias, tenho muito contato, beijos, abraços, amizades. Muito feliz, não quero que acabe nunca.”*

Enfim, a qualidade de vida é entendida e percebida de maneiras diversas, principalmente pelas idosas, que nesta etapa da vida passam por inúmeras mudanças. Na percepção dos aspectos físicos no depoimento das idosas, muitas relataram a melhora na disposição e humor, assim como na melhora do sono e na diminuição de algumas dores. Segundo os coordenadores, percebeu-se também a modificação de hábitos alimentares, a partir da preocupação com doenças como hipertensão e diabetes.

Nos aspectos psicológicos, observou-se algumas mudanças de comportamento, assim como a melhora do estresse e da ansiedade. Por parte dos coordenadores, observou-se os participantes mais alegres e felizes.

Na dimensão social, as melhorias foram em relação à sensação de bem-estar, autoestima, melhora nas relações sociais, sendo esta a resposta mais frequente, colocando em evidência os relacionamentos, o sentimento de pertencimento, a participação, a amizade e o carinho entre elas.

A qualidade de vida e a promoção da saúde estão intimamente ligadas, aliada a isto está a atividade física, que tem papel fundamental para a saúde do idoso, a qual pode trazer vários benefícios, seja na melhora de aspectos físicos, psicológicos ou sociais relatados por elas.

A descrição da experiência das participantes resultou das observações das aulas, de conversas e das respostas da seção 3 (Dados sobre o Programa VS) do Questionário 1.

A partir da apresentação dos resultados e da análise de dados foi possível verificar como o Programa Vida Saudável tem sido relevante na vida das idosas participantes, considerando os aspectos que influenciam um envelhecimento saudável e o conceito multidimensional de Qualidade de Vida.

Desse modo, comparando os aspectos físicos percebeu-se que os exercícios realizados nos núcleos do VS influenciaram de forma positiva o bem-estar, a disposição e problemas de saúde das participantes da pesquisa. Além de influenciar para um pensamento mais saudável em relação à alimentação e cuidados com a saúde em geral.

Observou-se também que a participação no Programa, além de influenciar aspectos da saúde física, também influenciou aspectos sociais e psicológicos das idosas, evidenciados pelo relacionamento com os professores e as colegas, melhorando as relações sociais, a autoestima, a autonomia delas, e em contrapartida amenizando casos de depressão.

A criação de espaços de convivência, principalmente por parte de iniciativa do poder público, representa fator crucial da valorização das comunidades. E a inserção de idosos em projetos como o VS, só reforçam esta ideia. Nesses espaços, além de realizarem as atividades propostas, os idosos podem trocar suas experiências, dividir anseios e alegrias. Colocando em evidência a troca de conhecimento e vivências, num processo de autoconsciência que se constrói a partir desse convívio coletivo.

Essa percepção esteve muito presente na observação da participação das mulheres nos espaços em que aconteciam as atividades. Esse fenômeno demonstra mudanças no papel da mulher, colocando-a em destaque em espaços de representatividade e de lideranças comunitárias, como foi observado na Associação de Clube de Mães.

Em relação ao Programa Vida Saudável, como política pública, verificou-se a relevância dos recursos disponibilizados pelo governo federal, assim como, o seu auxílio para a formulação e implementação do programa, o respaldo para a capacitação e o treinamento dos atores e, por fim, o papel de avaliação da política

do ME como fiscalizador, com o objetivo de verificar se o programa estava sendo executado.

O papel desempenhado pelo governo federal junto à prefeitura, além de corroborar para o desenvolvimento do programa, buscou propiciar que o município tivesse condições de criar sua própria política, dando continuidade ao que vinha sendo feito, mesmo após o término do convênio. A prefeitura de Cachoeirinha demonstrou empenho, dando seguimento a partir da implementação do Programa Corpo em Movimento. Porém, ainda que tenha havido esforços, evidenciou-se a dependência dos recursos disponibilizados pelo governo federal. Como consequência, reduziu-se as atividades desenvolvidas nos núcleos, e percebeu-se o déficit relatado pela falta de professores. Como alternativa, foram buscados subsídios na iniciativa privada, resultando numa parceria público-privada entre a prefeitura e academias.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa propôs-se a avaliar como o Programa Vida Saudável tem influenciado a Qualidade de Vida dos idosos participantes no município de Cachoeirinha, na região metropolitana do Rio Grande do Sul. Tendo como base a concepção do fenômeno do envelhecimento associado ao conceito de Qualidade de Vida na terceira idade, a partir das percepções subjetivas vividas por cada indivíduo em diferentes contextos, podendo ser influenciados por estímulos e ações como o VS.

Desse modo, com base nessa premissa e na revisão teórica realizada, analisou-se a QV das idosas, a partir da vivência e percepção delas quanto ao programa, levando em consideração sentimentos de pertencimento, utilidade, autoestima e saúde física. Assim como, a experiência e percepção dos gestores e professores que participaram da implementação do Programa no município.

Neste estudo percebeu-se como o fenômeno do envelhecimento da população brasileira tem fomentado a elaboração de políticas públicas direcionadas às pessoas idosas. Nos últimos anos abriu-se um campo destinado a intervenções e estudos em relação a esse fenômeno e o interesse do poder público em promover programas destinados à saúde dessa população, como é o caso do Programa VS.

Como sustentado ao longo do referencial teórico deste trabalho, mais do que princípios constitucionais, o acesso à saúde, à vida e à políticas sociais e públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade são direitos da população idosa brasileira. Embora tenha havido avanços em relação à legislação relacionada a essa população, com a elaboração de políticas anteriores e de ações efetivas, ao longo dos anos, um envelhecimento saudável e em condições de dignidade está longe de ser a realidade da maioria da população.

Na apresentação e discussão dos dados pôde-se observar que dentre as dimensões que contribuem para um envelhecer com qualidade, destaca-se a prática de esporte, por propiciar, além de exercícios, a interação e a socialização das pessoas, atendendo às necessidades de manutenção ou melhora de aspectos fisiológicos e psicológicos do processo de envelhecer.

As atividades físicas, assim como as outras atividades desenvolvidas pelos núcleos do VS no município de Cachoeirinha, propiciaram mudanças nos comportamentos dos idosos. Essas mudanças foram observadas tanto em relação



aos relatos de experiência dos profissionais, quanto das idosas participantes da pesquisa. Segundo esses relatos, as atividades de lazer melhoraram o humor, o estresse, a ansiedade, a disposição, além de contribuírem positivamente para que as idosas mantenham-se ativas em todos os aspectos da vida.

Desse modo, percebeu-se que a participação nos espaços de convivência (especificamente no Clube de Mães) pelas idosas está relacionada à procura de desenvolvimento social e combate a preconceitos, como, por exemplo, a inutilidade ou improdutividade. A interação com outros idosos proporciona o desenvolvimento das relações sociais, assim, como oportuniza a reflexão em relação ao processo de envelhecimento. Além disso, percebeu-se que esses espaços são instrumentos de organização coletiva, que incentivam a participação social e a ideia de pertencimento do idoso na sociedade como ator social que busca pelos seus direitos e exercício da sua cidadania.

O programa VS também permitiu o desenvolvimento do sentimento de utilidade ao idoso, enquanto protagonista das ações desenvolvidas nos núcleos. Assim, como contribuiu para a autonomia, a partir de importantes estímulos como a capacidade de tomar decisões, a iniciativa de participar das atividades, assim como o comprometimento com os eventos e aulas que são desenvolvidas. Em contradição, também percebeu-se um pequeno grupo que buscava apenas utilizar os espaços de convivência para as atividades de lazer em benefício próprio, embora isso não seja um problema.

As políticas públicas direcionadas às estratégias de incentivo à prática de atividades físicas para os idosos ainda são muito limitadas, quando comparadas à demanda existente e com as projeções estimadas em relação ao fenômeno do envelhecimento.

Em relação aos custos em saúde o programa revelou-se uma alternativa, uma vez que os recursos que custeiam iniciativas assim são infinitamente menores do que os necessários para cobrir gastos em saúde pública decorrentes de vidas sedentárias e de idosos com doenças crônicas. Desse modo, o VS revela-se com um viés para a prevenção de muitas das doenças e males já mencionados neste trabalho.

Apesar da execução do programa VS ter oferecido muitos benefícios aos usuários do município, após o término do convênio federal foi possível perceber a fragilidade e dependência da esfera municipal junto aos recursos da União, pois

mesmo com todo o suporte, a preparação e respaldo técnico por parte do ME e outros atores sociais, a prefeitura de Cachoeirinha não conseguiu manter a mesma estrutura do VS no atual programa Corpo em Movimento.

Para que o programa continuasse, fazia-se necessário maior empenho do poder municipal, assim como de parcerias público-privadas; demonstrando a importância da atuação integrada de articulação entre poder público, privado e comunidade. Buscar subsídios na iniciativa privada é uma alternativa comum em programas públicos como o VS, todavia, torna-se bastante complexo sustentar essas parcerias, uma vez que empresas privadas costumam engajar-se nesses projetos mediante benefícios e interesses próprios, contrapondo aos propósitos e objetivos da formulação de políticas públicas.

No tocante às dificuldades para a realização dessa pesquisa cita-se a dificuldade de apoio por parte dos gestores para obtenção de informações e materiais para pesquisa junto à prefeitura e aos núcleos. Muito dos relatórios e questionários físicos não foram encontrados nos arquivos, e quase nada encontrava-se em formato digital. Ainda, por parte dos gestores, observou-se receio em relação à pesquisa, levando em consideração aspectos políticos e também éticos, questionou-se muito o propósito de gravação das entrevistas, que não foi permitida em nenhum dos encontros.

Outra limitação encontra-se na análise deste trabalho, que poderia ter sido feita com maior profundidade, por meio da observação da pesquisadora em mais aulas e outros eventos que acontecem nos núcleos. Assim como, uma maior interação com as idosas pesquisadas, todavia não foi possível devido à falta de tempo e disponibilidade, o que dificultou uma observação mais ativa nas atividades dos núcleos. Em relação a isso, coloca-se também o período de investigação da pesquisa, que não ocorreu durante a execução do programa, mas sim, após o seu término. Sendo dessa forma observadas apenas as atividades desenvolvidas no atual programa Corpo em Movimento.

Outra questão que não pôde ser investigada nesta pesquisa foi a experiência dos homens com o VS, que foi influenciada pelo período que a pesquisa foi realizada e pelas atividades que são desenvolvidas apenas no atual programa, nas quais não havia presença masculina. Mas entende-se ser relevante em futuras análises a opinião dos homens, para entender suas motivações e transformações ao participarem de programas de promoção à saúde dos idosos, como o Vida Saudável.

Contudo, mesmo diante dessas limitações, foi possível ter acesso a muitas informações e relatos que contribuíram de forma satisfatória para a apresentação e análise desta pesquisa.

A análise dos dados obtidos a partir de entrevistas, questionários e observações foram de fato muito úteis e correspondem ao ponto crucial deste trabalho. Mais que isso, conhecer as pessoas envolvidas, saber um pouco das suas experiências foi ainda mais enriquecedor, pois tornou possível perceber o caráter transformador do programa na vida dessas pessoas. Percebeu-se o quanto iniciativas como esta podem fazer a diferença na vida dos indivíduos e de suas comunidades, no caso, esses idosos, que buscaram no VS não só saúde, mas convivência, estímulo e independência.

Em vias de conclusão, guardadas as evidentes limitações, é fundamental reconhecer que o Programa Vida Saudável obteve êxito no que diz respeito à influência positiva na Qualidade de Vida dos idosos participantes, pois proporcionou-lhes vivência comunitária, sentimento de pertença, redescoberta da autoestima, socialização e sobretudo saúde.

Assim, Programas como VS são essenciais e deveriam ser incentivados em todo o país. Dessa forma, embora exista o VS, é importante que se criem outros programas similares, principalmente por parte do poder público de âmbito municipal, que auxilie e dê subsídios para que cada vez mais o idoso tenha seus direitos garantidos e assegurados pela Constituição e seu respectivo Estatuto.

Por fim, conclui-se que sendo o objeto de estudo desse trabalho um tema tão atual e relevante, que permeia o campo de atuação do governo, tal pesquisa não se esgota nesse estudo. Sendo possível utilizar o conhecimento produzido por este trabalho para outras pesquisas do Programa Vida Saudável em outros municípios, que estejam em fase de execução, para possíveis adequações, essencialmente, com o objetivo de atender as necessidades da população idosa.

## 6 REFERÊNCIAS

ALEIXO, Aruana do Amaral; MOURA, Reidy Rolim de. **As associações de moradores e os CRAS (Centros de Referências de Assistência Social) em Ponta Grossa – Paraná:** um olhar sobre a partir do associativismo civil. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVII, n. 130, nov 2014. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=15396](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=15396)>. Acesso 31 de mai 2018.

ALMEIDA, Alessandra Vieira; MAFRA, Simone Caldas Tavares; SILVA, Emília Pioda; KANSO, Solange. **A Feminização da Velhice:** em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, jan./jun, 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/19830/13313>> Acesso em: 20 mai 2018.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As mulheres e o envelhecimento populacional no Brasil.** Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais, UFJF: Juiz de Fora, 2016. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ladem/2016/01/29/as-mulheres-e-o-envelhecimento-populacional-no-brasil-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>> Acesso em: 30 mai 2018.

ALYRIO, Rovigati Danilo. **Métodos e técnicas de pesquisa em administração.** Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2009.

BECKER, Daiane Acco Rossarola. **A intrínseca relação entre o Estado Capitalista e as políticas sociais.** Florianópolis: X ANPED SUL, outubro 2014, p. 1-16.

BELLO, Marieni. **Atividade física para idosos em Porto Alegre:** um estudo dos programas da Fundação de Assistência Social e Cidadania – FASC e da Secretaria Municipal de Esportes, Recreação e Lazer – SME. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

BONETI, Lindomar Wessler. **As Políticas Públicas no Contexto do Capitalismo Globalizado:** da razão moderna à insurgência de processos e agentes sociais novos. Macapá, PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, dez 2012, n. 5, p. 17-28.

BORGES, Marianna B. de O. **A produção de conhecimento sobre o envelhecimento humano:** aspectos históricos e sociais. Monografia. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde – FACS, 2007.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**, 1988.

\_\_\_\_\_. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** 2018 Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>> Acesso em: 20 mai 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso.** Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 3 ed, 2013. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)> Acesso em: 30 set 2017

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Humano. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.mdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos>> Acesso em: 2 out 2017

\_\_\_\_\_. Ministério do Esporte. **Programa Vida Saudável**. Brasília, DF: 2013. Disponível em: <<http://www.esporte.gov.br/arquivos/snelis/esporteLazer/diretrizesVidaSaudavelEditaI2013.pdf>> Acesso em: 30 set 2017

\_\_\_\_\_. **Prefeitura Municipal De Cachoeirinha**: Histórico. Disponível em: <<http://www.cachoeirinha.rs.gov.br/portal/index.php/a-cidade/historico>> Acesso em: 18 de nov. 2017

\_\_\_\_\_. **Política Nacional Do Idoso**. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Brasília: Ed. n. 1, 2010.

\_\_\_\_\_. **Portal da Transparência**. Convênios por Estado/Município. Brasília, DF: 2017. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/convenios/DetalhaConvenio.asp?CodConvenio=797547&TipoConsulta=0&UF=rs&CodMunicipio=8561&CodOrgao=&Pagina=&Periodo=>>> Acesso em: 18 nov. 2017

BULLA, Leonia Capaverde. **Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro**. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, dez. 2003. Disponível em: <[revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/947/72](http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/947/72)> Acesso em: 03 jan 2018

CAMACHO, A.C.L.F.; COELHO, M. J. **Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática**. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, 2010 mar-abr; p. 279-284.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002, Texto para discussão n. 858.

\_\_\_\_\_. **Estatuto do idoso: avanços com contradições**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013, Texto para discussão n. 1840.

CAMARANO, A. A; PASINATO, M. T. **O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. In: CAMARANO, A. A (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.253-292.

CANAVARRO, M.C.; PEREIRA, M.; MOREIRA, H.; PAREDES, T. **Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL**. Alicerces: abr, 2010, p. 243-68. Disponível em: <<http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/770>> Acesso em: 03 jan 2018

CANTO, Andressa de B. **SAÚDE**: Programa Vida Saudável será substituído pelo Corpo em Movimento. Cachoeirinha: Pref. Mun. Cachoeirinha, 02 out 2017. Disponível em: <<http://www.cachoeirinha.rs.gov.br/portal/index.php/noticias/item/3705-sa%C3%BAde-programa-vida-saud%C3%A1vel-ser%C3%A1-substitu%C3%ADdo-pelo-corpo-em-movimento>> Acesso em: 18 nov. 2017

DELGADO, Josimara; FLOR, Cristiane S. V. **Políticas sociais para idosos**: algumas reflexões a partir do enfoque de gênero. Mediações. Revista de Ciências Sociais, v. 12, n. 2, Universidade Estadual de Londrina, 2012.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas sociais acompanhamento e análise**. Brasília, DF: ed. especial n. 13, 2007.

FERRARI, Maria A.C. **Envelhecimento e Bioética**: O Respeito à Autonomia do Idoso. In: SESC (Org). A terceira Idade. São Paulo, v. 15, n. 31, 2004, p. 7-15.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOY, Arilda Schmidt. **A pesquisa qualitativa e sua utilização em Administração de Empresas**. Rev. Adm. Empres. [online]. 1995, vol.35, n.4, pp.65-71. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n4/a08v35n4.pdf>> Acesso em: 03 jan 2018

LIMA, W. G. **Política pública**: discussão de conceitos. Tocantins: Revista Interface (Porto Nacional), n. 5, 2012, p. 49-54.

LEAL, Luciana N. **População idosa vai triplicar entre 2010 e 2050, aponta publicação do IBGE**. São Paulo: O Estadão, 29 agosto 2016. Disponível em: <<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,populacao-idosa-vai-triplicar-entre-2010-e-2050-aponta-publicacao-do-ibge,10000072724>> Acesso em: 30 set 2017

MACHADO, Aquidaban F. **Políticas Públicas no Estado do Bem-Estar Social e no Neoliberalismo Alguns Aspectos**. São Paulo: Direito em Debate, nº 20. p. 73-98, Jul/dez. 2003

MILNITZKY, C.; SUNG, F.; & PEREIRA, R.M. **Políticas Públicas e Envelhecimento**: Conquistas e Desafios. In: SESC (Org). A terceira Idade. São Paulo, v. 15, n. 31, 2004. p. 54-69.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. orgs. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 209 p. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2017

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MULLER, D.; HALLAL, D.R.; MAINO, M.C. **Análise do Programa Esporte e Lazer na Cidade (PELC) em Pelotas/RS**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2014. Disponível em: <<http://wp.ufpel.edu.br/ppgs/files/2017/03/Dalila-2-R.-Expandido.pdf>> Acesso em: 19 nov. 2017

Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PASTOR, Márcia; BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes. **Estado e Política Social**. Londrina: SERV. SOC. REV., V. 12, N.1, P. 135 - 156, jul/dez. 2009

PEIXOTO, Socorro Letícia Fernandes; ARRAIS, Enéas. **Políticas Sociais Públicas no Capitalismo Contemporâneo e a Realidade Brasileira**. Natal: Revista Eletrônica do Mestrado em Administração da Universidade Potiguar – RAUnP, Ano IV, n. 2 - abr./set. 2012, p. 68-74.

PEREIRA FGF; ARAÚJO MJP; PEREIRA CR; et. al. **Perfil da automedicação entre idosos assistidos por unidades básicas de saúde**. Revista Enfermagem UFPE on line. Recife: dez, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22289/25307>> Acesso em: 30 mai 2018.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social no pós-guerra: ascensão e declínio**. Serviço Social & Saúde, Campinas, v. n. 10, dez. 2010.

POCHMANN, Marcio. **Estado e Capitalismo no Brasil: A Inflexão Atual no Padrão das Políticas Públicas do Ciclo Político da Nova República**. Campinas: Educ. Soc., v. 38, nº. 139, p.309-330, abr.-jun., 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v38n139/1678-4626-es-38-139-00309.pdf>> Acesso em: 04 jan. 2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOERINHA. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.cachoeirinha.rs.gov.br/portal/index.php/a-cidade/historico>> Acesso em: 18 nov. 2017

RIZOTTI, Maria Luiza Amaral. **Estado e Sociedade Civil na História das Políticas Sociais Brasileiras**. Semina: Ci. Soc. Hum., Londrina, v. 22, p. 39-56, set. 2001.

ROCHA, Ana Luiza Carvalho da; ECKERT, Cornelia. **Etnografia: saberes e práticas**. Iluminuras: série de publicações eletrônicas do Banco de Imagens e Efeitos Visuais, LAS, PPGAS, IFCH e ILEA, UFRGS: Porto Alegre, N. 21 (2008), 23 p. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/30176>> Acesso em: 30 mai 2018.

ROCHA, Isolda F. **Políticas públicas para a terceira idade: uma análise sobre a política nacional do idoso no Brasil**. Monografia - Especialização em Gestão Pública. Universidade Estadual da Paraíba, 2014, 32 p.

RUA, M. G.; ROMANINI, R. **Para aprender políticas públicas**. Brasília: Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas (IGEPP), v.1, 2013.

SILVA, José Anísio da. **Gestão da Política Nacional do Idoso à luz da realidade de Juiz de Fora**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal: Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <[http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2010/06/jose\\_anisio.pdf](http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2010/06/jose_anisio.pdf)> Acesso em: 30 mai 2018.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Porto Alegre: Revista Sociologias, ano 8, nº 16, jul/dez 2006. p. 20-45.

SOUZA, Thaís Batoni Gonçalves. **Religiosidade e envelhecimento: panorama dos idosos do município de São Paulo**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: Dissertação (Mestrado). São Paulo, 2011.102 p. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Teses/Thais.pdf>> Acesso em: 30 mai 2018.

UFRGS. Grupo de Estudos em Qualidade de Vida. **Projeto Whoqol-100**. 2016. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-100>> Acesso em: 03 jan 2018.

VARGAS, Emiliana. **Os Discursos de Vargas e as Políticas Sociais no Brasil de 1930 a 1940**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2007, p. 307. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/89631>> Acesso em: 04 jan 2018



## APÊNDICE 1

Questionário destinado aos Coordenadores de Núcleo e Agentes Sociais

Nome:

Escolaridade:

Profissão:

1. Como foi a implementação do programa no núcleo que atuava? (Descreva um pouco de sua experiência como um todo. Desde sua contratação/seleção, os treinamentos e orientações se houveram, sua participação da divulgação e chamamento da população para participar do projeto, o suporte dado pela prefeitura/coordenação geral, etc.)
2. Quais eras as suas atribuições?
3. Algum fator prejudicou o desempenho do seu trabalho?
4. Como você identifica um envelhecimento com qualidade de vida?
5. Em relação aos idosos que participaram/participam do programa, como você avalia a qualidade de vida deles? Você identificou mudanças após a inserção deles no programa?
6. Como você avalia o programa na promoção à saúde da terceira idade?

Obrigada pela sua colaboração :)

## APENDICE 2

Questionário 1 – destinado as idosas participantes do Programa Vida Saudável no município de Cachoeirinha- RS

### Núcleo:

#### Dados Pessoais

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_ 3. Profissão: \_\_\_\_\_
4. Sexo: ( ) Masculino  
( ) Feminino
5. Escolaridade:
 

( ) Primário incompleto	( ) 1º Grau completo
( ) Primário completo	( ) 2º Grau incompleto
( ) Ginásio incompleto	( ) 2º Grau Completo
( ) Ginásio completo	( ) Ensino Superior incompleto
( ) 1º Grau incompleto	( ) Ensino Superior Completo

#### Dados sobre a Saúde

6. Você possui algum dos problemas de saúde abaixo?
 

( ) Problemas cardíacos _____	( ) Labirintite _____
( ) Hipertensão _____	( ) Câncer _____
( ) Problemas ósseos _____	( ) Depressão _____
( ) Diabetes _____	( ) Outras _____
( ) Angina _____	
7. Você tem dores Físicas? Quais? \_\_\_\_\_
8. Qual a quantidade de medicamentos que você toma? (Indique apenas a quantidade, não é necessário listar o medicamento) \_\_\_\_\_
9. Qual dessas descrições que melhor representa a quantidade de estresse que você tem durante um dia normal:
 

( ) sem estresse	( ) estresse elevado frequente
( ) estresse leve ocasional	( ) estresse elevado constante
( ) estresse moderado frequente	

#### Dados sobre o Programa Vida Saudável

10. Quanto tempo você participou do Programa Vida Saudável? \_\_\_\_\_

11. Como você ficou sabendo que existia o programa? ( ) Amigos ( ) Família  
( ) Vizinhos ( ) Divulgação panfletagem/prefeitura  
( ) Outros, Quais? \_\_\_\_\_

12. Você identificou melhora de algum dos problemas de saúde que possui após começar a participar do programa? ( ) Sim ( ) Não

Por favor, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Você deixou de tomar alguma medicação após entrada no programa?

( ) Sim, quantas \_\_\_\_\_ ( ) Não

14. Em relação a sua resposta da quantidade de estresse que você tem durante um dia normal (questão nº 9), você identificou alguma melhora após inserção no programa?

( ) Nenhuma melhora  
( ) Muito pouca melhora  
( ) Muita melhora

15. Agora me fale um pouco da sua experiência com o programa Vida Saudável, o que você achou, suas percepções. E também Como você avalia sua qualidade de vida após começar a participar do programa Vida Saudável?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Você tem algum comentário, sugestão sobre o questionário?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!!!**

## ANEXO A

## Questionário de Prontidão para Atividade Física

(PAR-Q "Physical Activity Readness Questionnaire").

1. O seu médico já lhe disse alguma vez que você tem um problema cardíaco? ( ) SIM ( ) NÃO
2. Você tem dores no peito com frequência? ( ) SIM ( ) NÃO
3. Você desmaia com frequência ou tem episódios importantes de vertigem? ( ) SIM ( ) NÃO
4. Algum médico já lhe disse que a sua pressão arterial estava muito alta? ( ) SIM ( ) NÃO
5. Algum médico já lhe disse que você tem um problema ósseo ou articular, como, por exemplo, artrite, que se tenha agravado com o exercício ou que possa piorar com ele? ( ) SIM ( ) NÃO
6. Existe alguma boa razão física, não mencionada aqui, para que você não siga um programa de atividade física, mesmo que você queira? ( ) SIM ( ) NÃO
7. Você tem mais de 65 anos de idade e não está acostumado a exercícios intensos? ( ) SIM ( ) NÃO

## 1. Um médico já disse que você tinha alguns dos problemas que se seguem?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca coronariana      | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco  |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca reumática        | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca congênita        | <input type="checkbox"/> Epilepsia        |
| <input type="checkbox"/> Batimentos cardíacos irregulares | <input type="checkbox"/> Diabetes         |
| <input type="checkbox"/> Problemas nas válvulas cardíacas | <input type="checkbox"/> Hipertensão      |
| <input type="checkbox"/> Murmúrios cardíacos              | <input type="checkbox"/> Câncer           |
| <input type="checkbox"/> Angina                           |   |

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

## 2. Você tem algum dos sintomas abaixo?

- Dor nas costas  
 Dor nas articulações, tendões ou músculo  
 Doença pulmonar (asma, enfisema, outra)

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

## 3. Liste os medicamentos que você está tomando (nome e motivo)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 4. Algum parente próximo (pai, mãe, irmão ou irmã) teve ataque cardíaco ou outro problema relacionado com o coração antes dos 50 anos? \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_ sim

## 5. Você fuma? \_\_\_ não \_\_\_ sim \_\_\_ cigarros por dia \_\_\_ charutos por dia \_\_\_ cachimbos por dia.

6. Você ingere bebidas alcoólicas? \_\_\_ não \_\_\_ sim  
 \_\_\_ 0-2 doses/semana \_\_\_ 3-14 doses/semana \_\_\_ mais de 14 doses/semana

## 7. Você mediu sua taxa de colesterol no ano passado?

- não  
 sim – acima de 200  
 sim – abaixo de 200  
 sim – não sabe o valor

## 8. Você come alimentos dos 4 maiores grupos alimentares (carne ou seus substitutos, vegetais, grãos, e leite ou seus derivados)? \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_ sim

## 9. Sua dieta tem alto teor de gordura saturada? \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_ sim

## 10. Verifique a descrição que melhor representa a quantidade de estresse que você tem durante um dia normal:

- sem estresse     estresse leve ocasional     estresse moderado freqüente  
 estresse elevado freqüente     estresse elevado constante

## 11. Quais são os seus objetivos ingressando em um grupo de promoção de saúde?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> perder peso                 | <input type="checkbox"/> melhorar a aptidão cardiovascular |
| <input type="checkbox"/> melhorar a flexibilidade    | <input type="checkbox"/> melhorar a condição muscular      |
| <input type="checkbox"/> reduzir as dores nas costas | <input type="checkbox"/> reduzir o estresse                |
| <input type="checkbox"/> parar de fumar              | <input type="checkbox"/> diminuir o colesterol             |
| <input type="checkbox"/> melhorar a nutrição         | <input type="checkbox"/> sentir-se melhor                  |
| <input type="checkbox"/> outro (especifique) _____   |  |