

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia

**Análise do impacto de atividades externas de lazer na vida dos residentes  
de uma instituição de longa permanência  
O caso do lar dos idosos nossa senhora da saúde**

Ana Carolina Lopez Silva

São Paulo

2010

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia

**Análise do impacto de atividades externas de lazer na vida dos residentes  
de uma instituição de longa permanência  
O caso do lar dos idosos nossa senhora da saúde**

Dissertação apresentada à  
Banca Examinadora da  
Pontifícia Universidade  
Católica de São Paulo, como  
exigência Parcial para a  
obtenção do título de Mestre  
em Gerontologia, sob  
orientação da Professora  
Doutora Suzana A. Rocha  
Medeiros

Ana Carolina Lopez Silva

São Paulo

2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação de Mestrado por processo de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura:

Local e data:

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus amados pais, Aluisio e Betty, que durante toda a minha vida me deram inúmeras oportunidades para que eu pudesse ter chegado até aqui, não medindo forças para que este sonho fosse realizado.

À minha irmã e amiga, Rafaela, pelos conselhos e cumplicidade em todos os momentos de minha vida.

À direção e aos funcionários do Lar Nossa Senhora da Saúde, que contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

Aos residentes do Lar pelo acolhimento e participação na pesquisa. Vocês me ensinaram muito durante toda a caminhada.

À Professora Doutora Suzana A. Rocha Medeiros, pela presença inspiradora como orientadora, por ter aceitado o desafio de me orientar e por ter trazido novos conhecimentos e conceitos para a minha vida.

Ao corpo docente do Programa de Gerontologia da PUC-SP, que ajudou a engrandecer os meus conhecimentos.

À Professora Doutora Beltrina Corte e à Professora Doutora Vera Lúcia Alves dos Santos, pelas valiosas contribuições durante a qualificação.

Ao Philipe, pelo companheirismo, por sempre estar presente, dando-me tranquilidade na realização desta dissertação.

Aos colegas de mestrado, que me acompanharam e ajudaram nesta etapa da minha vida.

Aos amigos e familiares, pela torcida nas minhas conquistas e entenderem minhas ausências.

A todos aqueles que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para este trabalho.

A Deus, que sempre iluminou o meu caminho.

## RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo estudar o impacto das atividades externas de lazer na vida dos residentes do Lar Nossa Senhora da Saúde, localizado no município de Belo Horizonte. Com base na fala dos residentes, procurou-se identificar elementos que pudessem contribuir para a reflexão e o debate sobre o lazer na vida dos idosos. Propôs-se pensar a questão do lazer externo das pessoas idosas por categoria de análise estabelecida pela literatura, como: conceito de idoso, instituição de longa permanência e lazer.

Foram realizados dois passeios externos com os residentes - ao Jardim Zoológico e ao Museu de Artes e Ofício, para que eles pudessem vivenciar uma atividade de lazer externa ao Lar. Posteriormente, foram realizadas seis entrevistas com os residentes (três homens e três mulheres), para avaliar o impacto das atividades externas de lazer. Pode-se observar a falta de conhecimento, por parte dos idosos pesquisados, sobre o assunto. Nas entrevistas, pode-se constatar também uma falta de vivência de atividades de lazer ao longo da vida e uma posição de passividade e desistência da vida, por parte de alguns idosos. Percebeu-se também que os passeios externos trouxeram novas experiências.

Por isso, faz-se necessário promover uma maior conscientização sobre o lazer para esta faixa etária, mostrando seus benefícios e as diversas formas de vivenciá-los. Isso contribuirá para a busca de novas alternativas, fazendo-os sair da rotina de seus lares e para tornar suas vidas mais agradáveis.

**Palavras chaves:** Idoso, Instituição de longa permanência, Lazer.

## ABSTRACT

This work aims at studying the impact of outdoors leisure activities on the life of the residents at the Elderly Nursing Home *Nossa Senhora da Saúde*, located in the municipality of Belo Horizonte. Based on what the residents said, there was an attempt to identify elements which could contribute to the reflection and the debate about leisure in the life of the elderly. The issue of outdoors leisure of elderly people was proposed to be thought per category of analysis as established by the literature, such as: concept of elderly, long term care institution and leisure.

Two outdoors rides were performed with the residents – to the Zoo and to the Museum of Arts and Trades, so that they could experience a leisure activity outside the Home. Afterwards, six interviews were conducted with the residents (three men and three women) in order to assess the impact of the outdoors leisure activities. The lack of knowledge of the elderly who were studied in relation to the issue could be observed. In the interviews, it could be verified that there was a lack of experience in terms of leisure activities through life and an attitude of passivity and renouncement of life in some of the elderly. It could also be verified that the outdoors rides brought new experiences.

Therefore, it is necessary to promote more awareness about leisure in this age group, demonstrating its benefits and the various manners to experience it. This will contribute to the search for new alternatives, causing these people to escape from the routine of their homes to make their lives more pleasant.

**Keywords:** Elderly, Long Term Care Institution, Leisure



## **INDÍCE**

<b>Apresentação</b>	1
<b>Capítulo 1</b>	4
1 INTRODUÇÃO	4
1.1 Objetivos	8
<b>Capítulo 2</b>	9
2 IDOSO	9
2.1 Descrição do município de Belo Horizonte e de sua população idosa	20
2.1.1 População idosa do município de Belo Horizonte	26
<b>Capítulo 3</b>	29
3. INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA	29
3.1 - Contextualizações do Lar Nossa Senhora da Saúde	37
<b>Capítulo 4</b>	40
4. O LAZER	40
4.1 Paradigma histórico-cultural	43
<b>Capítulo 5</b>	46
5. METODOLOGIA	46
<b>Capítulo 6</b>	49
6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	49
6.1 Perfil dos idosos do Lar Nossa Senhora da Saúde	49
6.2 Análise das entrevistas	53
<b>Capítulo 7</b>	63
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
<b>REFERÊNCIAS</b>	69
<b>ANEXO 1</b>	74
<b>ANEXO 2</b>	75

## **APRESENTAÇÃO**

Quando penso na construção da minha trajetória profissional e acadêmica, não posso deixar de me reportar às questões familiares, pois elas se encontram tão entrelaçadas uma à outra que se torna difícil separá-las sem que fique algum fragmento.

O processo de envelhecimento e a velhice se tornaram presentes em minha vida por influência das figuras marcantes de minhas avós.

Nasci em uma família numerosa, na cidade de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. A feminização da velhice sempre foi algo presente em minha família, muito antes de eu saber que este fenômeno tinha um nome. Conheci duas das minhas bisavós e convivi por muitos anos com minhas duas avós. Porém, não cheguei a conhecer os meus avôs. Os meus dois avôs morreram jovens, nem chegaram a conhecer os netos.

Minha avó Nira, uma senhora de aparência muito “conservada”, morreu em 2008, aos 91 anos. Não apresentava as marcas físicas típicas da velhice, pois tinha poucas rugas e pouquíssimos cabelos brancos. Nos últimos anos de vida, ficou fisicamente muito debilitada. Já não andava, mas sempre que questionada sobre sua saúde, sobre como estava, respondia: “Enquanto estou andando, está bom”.

Nos anos em que ainda estava bem, sempre trazia um “agrado” para os netos. Éramos sempre presenteados com balas ou pipocas doces, que vinham num saquinho cor de rosa. Quando já não era mais capaz de ir comprar a pipoca, ela nos dava dinheiro para que fôssemos fazê-lo. Esta pipoca sempre me traz lembranças da minha infância, associadas à minha avó.

Com um novelo de linha e uma agulha, tecia peças de crochê. Suas mãos faziam casaquinhos e sapatinhos de lã para os netos, bisnetos e crianças carentes. Fazia muitos panos de prato e “bicos” para toalha de mesa e toalhas de banho.

Na família do meu pai, conheci minhas duas bisavós: vovó de Lafaiete e vovó do São Geraldo. Estranho pensar, agora, que elas eram tratadas com o nome do local onde moravam. Ambas eram senhoras acamadas, totalmente dependentes para a realização das atividades do dia a dia, mas preservaram

sua autonomia: de suas camas controlavam todo o funcionamento da casa, davam notícias de tudo e de todos. Foram cuidadas pelas filhas solteiras até o fim de suas vidas.

Minha avó Nice, mãe do meu pai, criou 13 filhos. Hoje, com 82 anos, tem o cabelo todo branco. É a paciência e bondade em pessoa. Sempre calma, tranquila e sorridente, ela preocupa-se em saber se todos estão bem alimentados. É aquele tipo de avó que sempre deixou os netos fazerem o que eles quisessem: montávamos cabaninha no seu quintal, utilizando seus lençóis e seus móveis. Muito ativa, pinta quadros e porcelanas, costura, faz bonecas de pano e doces para os aniversários dos filhos e netos. Está sempre aprendendo uma técnica diferente para fazer novas obras. Tem um quartinho no fundo da casa onde guarda seus objetos e onde só ela consegue achar alguma coisa, em meio a tantas tintas, pincéis, móveis, roupas velhas e objetos que para ela trazem suas lembranças do passado.

Preocupada em manter a família unida e junta, sua casa é sempre uma festa. Comemoram-se lá os aniversários da família, o Dia dos Pais, o Dia das Mães, o Dia das Crianças, o Natal, a Páscoa, o Dia da Avó e, até, o Dia do Índio. Tudo é motivo para comemorar e reunir a família em volta de uma mesa farta de quitutes e café.

Sempre com o apoio de toda a família, em 2001, ingressei na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais para cursar Fisioterapia. Na grade curricular cursei uma disciplina intitulada “Geriatría e Gerontologia” na qual se focavam as perdas ocorridas com a velhice, os processos biológicos do envelhecimento, apenas voltados para o corpo, nas células e tecidos humanos, com pouca menção ao indivíduo.

Era uma disciplina pela qual poucos alunos se interessavam, pois nenhum deles queria trabalhar com idosos. O foco da maioria da turma era crianças, adultos e atletas, pois trabalhar com atletas dá muito mais status. Os fisioterapeutas de destaque são aqueles que reabilitaram o Ronaldinho, o Romário e os jogadores da seleção brasileira de voleibol.

Optei por fazer minha pós-graduação em Fisioterapia Hospitalar. Então, mudei-me para São Paulo, para estudar na Unifesp, onde residi por um ano.

Após terminar minha especialização, voltei para Belo Horizonte e comecei a trabalhar no Hospital São Lucas. Este hospital pertence ao grupo Santa Casa de Misericórdia e atende somente pacientes de convênio. O perfil da maioria dos indivíduos atendidos pela Fisioterapia, neste hospital, é de idosos com pneumonia, sequela de acidente vascular cerebral e fratura decorrente de quedas. Durante cada atendimento, conhecia um pouco sobre a vida, as histórias e os sonhos daquelas pessoas, naquele momento tão frágil.

Neste hospital tomei consciência de que o envelhecimento acontece com todas as pessoas. Atendi três pessoas com diagnóstico de síndrome de Down, com idades de 63, 67 e 74 anos, fato raro há alguns anos atrás.

Por intermédio de alguns colegas que se formaram na mesma instituição, tive a oportunidade de conhecer a Associação de Fisioterapia Solidária (AFISO), um projeto que integra profissionais voluntários de Fisioterapia em Lares para Idosos, mantida pela Sociedade São Vicente de Paula. Procurei a entidade e fui encaminhada para trabalhar no Lar dos Idosos Nossa Senhora da Saúde, no bairro São Geraldo (por coincidência, no mesmo bairro onde morou minha bisavó paterna).

O lar em que trabalho abriga 16 idosos de baixa renda. Comecei, a princípio, apenas prestando serviços de fisioterapia, mas aos poucos fui me apegando, criando vínculos com os moradores. A ternura por minhas avós e por pacientes idosos associados à vontade de estudar e de me aprofundar mais nas questões do envelhecimento foi me envolvendo. Ver aqueles idosos restritos ao espaço da instituição me intrigava, me incomodava. O fato de querer entender mais sobre o cotidiano daquelas pessoas e, talvez, tentar mudar aquela realidade me fez desejar estudar mais sobre o envelhecimento. Daí nasceu a “faísca” para iniciar o projeto de pesquisa de Mestrado.

### 1. INTRODUÇÃO

O estudo do envelhecimento constitui-se em um grande desafio para os diversos campos do conhecimento. Nesse cenário, fazem-se necessários profundos avanços para que se consiga entender o fenômeno em toda sua complexidade.

A Organização das Nações Unidas (ONU) define a delimitação cronológica de 60 anos ou mais de idade para que uma pessoa seja considerada idosa. No caso do Brasil, este critério é válido para a definição de políticas públicas. Porém, o envelhecimento é um processo contínuo e inevitável que tem seu início no nascimento e apenas cessa no momento da morte (Papaléo Netto, 2002).

Segundo Mercadante (2003), a velhice é, ao mesmo tempo, natural e cultural. É natural e, portanto, universal, se apreendida como um fenômeno biológico. É um fato cultural na medida em que é revestida de conteúdos simbólicos, que informam as ações e representações dos sujeitos.

O envelhecimento populacional gera a necessidade de reorganizar a administração vigente, incitando novos arranjos da sociedade, desde a esfera familiar até a governamental, a fim de atender adequadamente este segmento da população. O cuidado com os idosos, que antes eram tratados dentro dos lares, tornou-se uma questão de responsabilidade social, devido ao aumento dos cuidados especializados no tratamento e à impossibilidade da família atual de atender a esta exigência (Camarano, Kanso e Mello, 2004).

O envelhecimento populacional vem sendo reconhecido como uma questão que implica diversas mudanças no contexto social. O surgimento de novos arranjos familiares e o aumento do número de instituições destinadas a abrigar idosos são consequências destas mudanças (Camarano e Pasinato, 2007).

Ximenes e Cortes (2006) revelam que as instituições destinadas a idosos têm um cotidiano monótono e repetitivo, não havendo possibilidades de realização para o idoso.

Na realidade cotidiana asilar, a sensação que se tem é de um lugar onde o tempo estagnou. As horas preguiçosas estendem-se, resistem e, no seu marasmo, contaminam todo o ambiente, num quase nada acontecer em suas diferentes horas: idosos sentados estáticos, muitas vezes, um ao lado do outro, sem conversas ou, quando se ouve alguma voz, na maioria das vezes é solitária. Idosos conversam, mas não se ouvem. Uns gritam, sem motivo aparente, outros vagam. A sensação é de desistência da vida. Permanece um tempo vazio de “espera” da morte (Ximenes e Corte, 2006:138).

Moragas (1997) reconhece que existe uma “morte social”, que advém do processo de institucionalização, devido à restrição com os contatos sociais com o exterior e o rompimento de seus laços sociais habituais. Desse modo, o idoso assume um papel totalmente passivo, tanto econômico como socialmente.

Desde o princípio, as necessidades básicas eram prioridades dentro dessas instituições, fornecendo aos internos apenas alimentação, medicação e um local para dormir. Dessa forma, ocorreu a proliferação de estabelecimentos em regime de residência, seguindo tal padrão (Groisman, 1999).

Essa prestação de serviço é influenciada pela concepção de velhice e envelhecimento que, normalmente, entende esta fase da vida como sinônimo de doença e considera o envelhecimento como um processo apenas biológico. Neste modelo de residência, o idoso é privado das necessidades que, normalmente, dão sentido à vida do ser humano, como o relacionamento com outras pessoas, a troca de experiências, a participação em atividades de interesse pessoal e a convivência com o mundo externo à instituição. A rotina é sempre a mesma e, muitas vezes, os horários são inflexíveis. Nenhuma atividade diferente acontece. É um constante repetir.

Keinert e Rosa (2009) explicam que enquanto a longevidade desponta como conquista no campo da saúde, o processo de envelhecimento alerta para novas demandas nos serviços prestados pela sociedade, como lazer, acompanhamento psicológico e médico, e reestruturação da Previdência.

Sena e Guzman (2008) argumentam que a terceira idade foi associada à idade do lazer. De acordo com a perspectiva do turismo, a velhice passou a ser representada como uma fase a ser aproveitada. Nesta trilha, concebeu-se a ideia de aposentadoria ativa, a partir da imagem de que a vida começa aos 60 anos. Na sociedade capitalista, a “cidadania” do idoso se garante no âmbito do consumo, pelas empresas de turismo.

Em minha prática profissional, exercendo a função de fisioterapeuta, no Lar Nossa Senhora da Saúde, em Belo Horizonte, observo que os residentes desta casa ficam muito restritos a este ambiente. As raras saídas que acontecem são ocasionadas por motivo de consulta médica, dentária e/ou realização de exames.

Aos idosos mais independentes é dada autorização para sair da instituição. Porém, para alguns, a instituição é o único lugar que têm para passar os dias. Faltam oportunidades de lazer e, principalmente, contato com o mundo externo. Os muros da instituição não limitam apenas o espaço físico, limitam também as fronteiras de relação dos residentes.

Esta pesquisa pretende elucidar a questão do lazer e sua relação com o idoso e o impacto das atividades externas de lazer na vida dos residentes de uma instituição de longa permanência, na cidade de Belo Horizonte.

Levando-se em conta essas considerações é pertinente analisar o impacto que as atividades externas de lazer podem provocar na vida dos residentes da Instituição de longa permanência “Lar Nossa Senhora da Saúde”.

Esta dissertação compõe-se de sete capítulos, incluindo esta Introdução, em que se apresentam o tema de pesquisa e seus objetivos .

No capítulo 2, desenvolvem-se reflexões sobre envelhecimento e noções de velhice e descrevem-se os panoramas mundial, nacional e local sobre a população idosa.

No capítulo 3, faz-se um breve histórico sobre o surgimento das instituições de longa permanência no Brasil, destacando-se o Lar dos Idosos, localizado na cidade de Belo Horizonte, local onde foi realizada a pesquisa.

No capítulo 4, aborda-se o conceito de lazer em que se baseou a pesquisa e sua articulação com o idoso.

O capítulo 5 se dedica a apresentar a pesquisa de campo, com a apresentação da metodologia escolhida.

No capítulo 6, procede-se à apresentação e análise dos resultados obtidos, tendo como base os conceitos trabalhados na revisão teórica.

No capítulo 7, formulam-se as considerações finais.



## 1.1 OBJETIVOS

### *Objetivo geral:*

- Analisar o impacto de atividades externas de lazer na vida dos residentes no Lar dos Idosos Nossa Senhora da Saúde.

### *Objetivos específicos:*

- Traçar o perfil dos idosos residentes no Lar dos Idosos Nossa Senhora da Saúde;
- Levantar as preferências das atividades de lazer dos idosos;
- Verificar se há uma maior adesão no programa de atividades de lazer externas, por gênero;
- Contribuir para formulação de políticas públicas para a implementação ou realização de atividades de lazer em instituições de longa permanência para idosos.

### 2. O IDOSO

Uma tentativa para conceituar o idoso pode basear-se no aspecto biológico. A partir da noção biológica de senilidade é possível demarcar, por meio do padrão de declínio de determinadas características físicas, o momento em que o indivíduo pode ser, ou não, considerado como velho. Esse período, quando semelhante em termos de tempo de vida em diferentes indivíduos, permite o uso da idade como critério para demarcar a velhice. Dessa forma, idoso é aquele que tem a idade correspondente à idade típica de um “velho”. O critério de classificação torna-se aparentemente simples, demandando apenas que se estabeleça a idade limite que separa a velhice da não velhice para separar os idosos dos não idosos (Camarano, 1999).

A questão, no entanto, é mais complexa do que a simples demarcação de idades limite biológicas e apresenta vários fatores a serem pensados para a definição do idoso, como: heterogeneidade entre indivíduos, características culturais e finalidade social do conceito de idoso (Camarano, 1999).

Define Camarano (1999): “idoso, em termos estritos, é aquele que tem “muita idade”. A definição do que vem a ser “muita idade” é, evidentemente, um juízo de valor”.

Os valores que se referem a esse juízo dependem de características específicas das sociedades nas quais os indivíduos estão inseridos. Logo, a definição de idoso não diz respeito a um indivíduo isolado, mas à sociedade em que ele vive. Ao se formularem políticas públicas, utiliza-se a idade cronológica como critério universal de classificação para a categoria “idoso”, admite-se, implicitamente, que a idade é o parâmetro único a ser considerado. Com isso,

assume-se o risco de afirmar que indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos (Camarano, 1999).

O conceito de idoso envolve também finalidades de caráter social, com o objetivo de estimar demandas por saúde, mas também como uma maneira de distinguir a situação dos indivíduos no mercado de trabalho, na família ou em outras esferas da vida social (Camarano, 1999).

O contingente de população idosa no Brasil é grande e vem crescendo nos últimos anos. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008) revela que o contingente de pessoas com 60 anos e mais de idade no Brasil somava cerca de 21 milhões. Este número supera a população de idosos de vários países europeus como França, Inglaterra e Itália (entre 14 e 16 milhões), de acordo com as estimativas das Nações Unidas para 2000.

Os países do chamado “Primeiro Mundo” vivenciaram o envelhecimento populacional de forma gradativa, pois nesses países o processo de envelhecimento se deu de forma lenta e contínua, diretamente relacionado ao desenvolvimento econômico. Houve uma estrutura de benefícios e de direitos sociais, permitindo que os velhos usufríssem de algum conforto (Camarano e Passinato, 2007).

Na América Latina, junto com a queda da mortalidade, observa-se, desde o final dos anos 1960, a diminuição acentuada nos níveis de fecundidade. Consequentemente, o que se pode esperar para o futuro próximo é o crescimento, com taxas elevadas, do contingente de idosos que viverão por mais tempo (Camarano e Passinato, 2007).

Apesar de ser uma conquista, não se pode só comemorar este fato. A questão do envelhecimento populacional entrou na agenda das políticas públicas como uma questão complicada a ser resolvida, por se tratar do crescimento relativamente acelerado de um contingente populacional considerado inativo ou dependente, simultaneamente ao encolhimento daquele em idade ativa ou produtiva. A primeira preocupação surgida foi o aumento das despesas com a seguridade social.

O envelhecimento de um número considerável de indivíduos implica mudanças no contexto socioeconômico brasileiro. Inicialmente a composição

da família se modificou. No começo do século XX, era rara a convivência com avós, pois eles morriam cedo. Hoje, com o aumento da expectativa de vida, já é comum a existência de bisavós, ampliando os laços geracionais. Na abordagem tradicional, o velho é visto como um peso, em razão de não produzir, de não trabalhar, e de consumir mais serviços de saúde e benefícios do sistema previdenciário, representando assim uma carga para a família e para o Estado.

Em 2002, a proporção de contribuintes para cada aposentado era de 1,7. Se assim persistir, a relação em 2030 será de 1,1 contribuintes para cada beneficiário (Camarano, 2002). Na década de 1960, essa relação era de oito brasileiros trabalhando para um aposentado. O tempo em que viviam com o benefício da aposentadoria era, em média, 18 anos. Atualmente, esse período subiu para 23 anos, acarretando mais despesas para a Previdência (Antunes, 2002).

Considerando apenas o segmento de pessoas com mais de 75 anos (cerca de 5,5 milhões), a população idosa no Brasil assume proporções significativas, mudando bastante o perfil etário, até pouco tempo considerado extremamente jovem. A proporção de idosos entre 1998 e 2008 aumentou de 8,8% para 11,1%. O Rio de Janeiro (14,9%) e o Rio Grande do Sul (13,5 %) continuam sendo os estados com maior proporção de idosos.

O crescimento relativo da população idosa por grupo de idade foi muito expressivo no período de 1998 a 2008. No grupo etário de 80 anos e mais, o crescimento superou os demais, chegando a quase 70,0%. Em números absolutos, estima-se que este segmento em 2008 chegou a cerca de 03 milhões de pessoas (IBGE, 2008). Estes dados mostram como o processo da longevidade está presente na sociedade brasileira e já indica a necessidade de providências para garantir uma infraestrutura de atendimento a este segmento.

A população idosa está envelhecendo, e no século XXI, finalmente, alcançamos a longevidade. Viver até os 100 anos se tornou uma realidade. Porém, concomitante a isso, os velhos começaram a perder espaço na família e na sociedade (Medeiros, 2004).

Os idosos brasileiros, segundo a PNAD 2008, ainda mantêm altas taxas de analfabetismo: 32,2% não sabem ler e escrever. Também apresentam alta taxa de analfabetismo funcional (menos de 04 anos de escolaridade).

A distribuição etária da população do País, segundo dados do IBGE de 2008, mostra que a tendência de envelhecimento populacional se mantém. As faixas etárias mais jovens registraram participações menores do que as observadas em 2007, enquanto as faixas de idade mais elevadas mostraram aumento na participação da população total brasileira. O Sul e o Sudeste apresentaram as estruturas etárias mais envelhecidas.

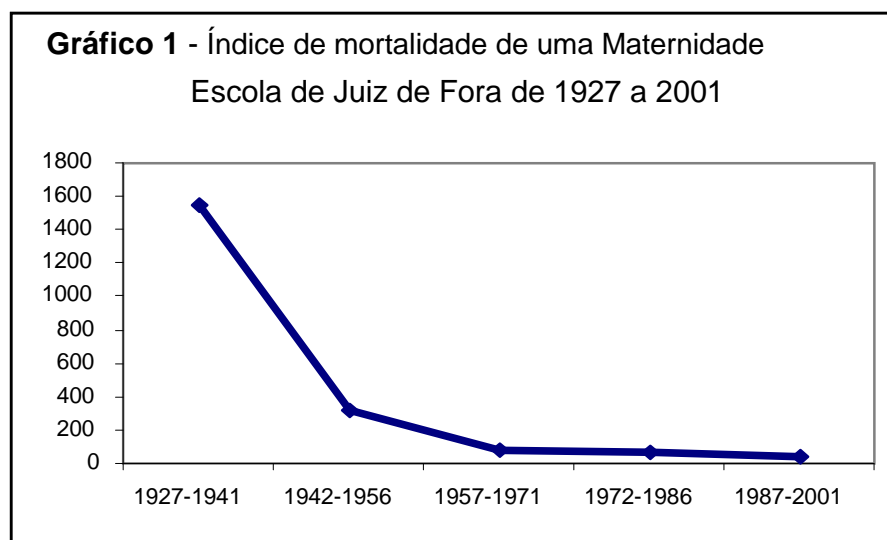
As mulheres são maioria neste grupo numa razão de 100 mulheres para 62 homens. Nas regiões metropolitanas de Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro e Recife, o número de mulheres mais velhas é mais que o dobro do número de homens idosos do mesmo grupo, indicando uma concentração feminina nos grandes centros urbanos. Segundo dados do IBGE, a população do País em 2008 era composta por 92,4 milhões de homens e 97,5 milhões de mulheres. A população feminina continuou a apresentar uma estrutura etária mais envelhecida do que a da população masculina. A população de 60 anos e mais de idade representava 12,1% do total de mulheres e 10,0% de homens.

Estes dados mostram uma das particularidades do processo de envelhecimento, que é seu diferencial por sexo. Em todos os países, inclusive o Brasil, observa-se o processo de “feminização da velhice”; ou seja, a expectativa de vida das mulheres é significativamente maior que a dos homens. Uma menor mortalidade feminina leva ao predomínio das mulheres na população idosa. Essa predominância é maior quanto mais velho for o segmento analisado.

Por um longo período, essas diferenças foram atribuídas, fundamentalmente, às diferenças biológicas entre os sexos, tais como maior imunidade das mulheres a doenças infecciosas e a maior proteção hormonal feminina para as doenças coronarianas (Waldron, 1976). Dessa forma, ainda que nenhum autor exclua a contribuição dos fatores biológicos, os trabalhos com ênfase nos fatores social e comportamental vêm progressivamente ganhando mais espaço. Os principais determinantes apontados para a mortalidade masculina dizem respeito a diferenças no consumo de álcool e de

tabaco, fatores de risco para os neoplasmas e para as doenças cardiovasculares, diferenças na exposição a fatores de riscos do trabalho, hábitos masculinos mais perigosos, como a direção de veículos, e uso de armas, causando morte por causas externas como homicídios e acidentes (Aquino, 1991). Outro fator que se pode explicar o maior número de mulher na população idosa é a redução da taxa de mortalidade materna ao longo dos anos.

De acordo com estudo de Andrade et al. (2006), constatou-se uma redução significativa da taxa de mortalidade materna de 1927 a 2001, na Maternidade Escola de Juiz de Fora (Gráfico 01). Mortalidade materna é definida como o óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela condição gestacional (Classificação Internacional das Doenças).



Fonte: Andrade et al., 2006

De acordo com os dados apontados no Gráfico 01, ocorreu uma redução de mais de 80% do número de óbitos de mulheres no período de 1942-1956 em comparação com o período de 1927-1941. Apesar de referir-se aos dados de um hospital de Juiz de Fora, estes refletem a realidade brasileira. O Ministério da Saúde, em 2006, declarou que a mortalidade materna, desde a segunda metade da década de 1940, começou a apresentar um declínio

contínuo nos países desenvolvidos, sendo que em alguns desses ou em suas regiões tornou-se até um evento raro.

Essa diminuição pode ser explicada pela melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher no pré-natal, no parto e no puerpério (Ministério da Saúde, 2006). Este contingente de mulheres que tiveram maior assistência no parto a partir da década de 1940 compõe hoje as idosas brasileiras.

Para Camarano e Passionato (2007), as mulheres enfrentam maiores dificuldades para sua inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, nos sistemas de proteção social. Isso pode ser explicado, em sua maioria, em razão de sua função de cuidadora e dos problemas de desigualdade e segregação ocupacional existentes, o que atinge mais as atuais idosas em sua vida adulta.

Goldani (1999) salienta que a longevidade feminina, considerada como vantagem e indicador de melhoria da qualidade de vida, acaba sendo também um dos problemas enfrentados por essas idosas. A maior expectativa de vida faz com que muitas mulheres passem pela experiência da debilitação biológica, em consequência de doenças crônicas. Devido a problemas de natureza degenerativa, as idosas passam a depender de seus familiares, tornando-se, muitas vezes, um fardo para seus familiares e/ou cuidadores.

A população brasileira envelhece rapidamente. A expectativa média de vida se amplia, de maneira que uma grande parcela da população atual irá alcançar a velhice. Embora os grandes centros urbanos já apresentem um perfil demográfico semelhante ao dos países mais desenvolvidos, ainda não dispõem de uma infraestrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes (IBGE, 2008).

Além das modificações populacionais, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infecto-contagiosas, que representavam 40% das mortes registradas no País em 1950, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950 eram causa de 12% das mortes e atualmente representam mais de 40%. Em menos de 40 anos o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma

população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais dispendiosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (Gordilho et al., 2000).

Um fato perceptível em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito acentuada com o passar dos anos: entre as pessoas de zero a 14 anos foram reportadas apenas 9,3% de doenças crônicas, mas entre os idosos, este valor atinge 75,5% do grupo, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres (Veras e Parahyba, 2007).

Segundo Veras (1994), os problemas de saúde das pessoas idosas requerem intervenções caras e uso de tecnologia complexa. Nos Estados Unidos o custo com saúde por idoso equivale ao custo de três pessoas jovens com idade inferior a 15 anos.

Embora a proporção de idosos que declararam que sua doença crônica tenha diminuído, já que era 78,7% em 1998 e em 2003 passou para 75,5%, fica evidenciada a característica de múltiplas patologias entre aqueles que declararam alguma doença crônica: 64,4% tinham mais de uma patologia (IBGE, 2009).

A incapacidade funcional é um conceito particularmente útil para avaliar as condições de saúde dos idosos, já que muitos desenvolvem doenças crônicas que variam, segundo seu impacto, na vida cotidiana. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu incapacidade funcional como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar as atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade.

As taxas de prevalência de incapacidade funcional dos idosos mais pobres (até 01 salário-mínimo per capita) são maiores do que as dos idosos com rendimento mais elevado (mais de 05 salários mínimos per capita), variando de 20,4% a 39,3% e de 5,8% a 32,9%, respectivamente, nas mesorregiões. Dessa forma, pode-se dizer que a renda está associada com a incapacidade funcional de forma inversa: aumento da renda e diminuição da incapacidade funcional. Mesmo entre os idosos com nível de rendimento mais elevado essa taxa de prevalência alcança 32% em algumas áreas, indicando



que ações preventivas de saúde, nestes grupos, podem contribuir para a redução de declínio funcional.

O envelhecimento, pela complexidade das questões a ele relacionadas, exige um novo olhar, uma reflexão sobre a velhice, a partir de uma nova concepção, que não se limite apenas à visibilidade de seu aumento demográfico, mas também e, principalmente, pelo fato de ser uma construção social. É fundamental atentar para as necessidades impostas pela velhice e para a busca de possibilidades de assistência integral ao segmento idoso.

Explica Camarano e Pasinato:

Assume-se que o envelhecimento populacional é uma das principais conquistas sociais da segunda metade do século XX, mas que traz grandes desafios. Um deles é o de assegurar que o processo de desenvolvimento ocorra com base em princípios capazes de garantir a dignidade humana e a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais (2007, p. 7).

Pelo olhar demográfico, o envelhecimento populacional decorre da manutenção por um período de tempo prolongado de taxas de crescimento da população idosa superiores às das populações mais jovens. O processo de envelhecimento é mais amplo que uma modificação nas porcentagens de determinada população, pois altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares e a demanda por políticas públicas e afeta a distribuição de recursos na sociedade (Camarano, 2009).

Na América Latina essa questão adquire característica particular, pois a ela se soma uma ampla lista de outras questões sociais, tais como pobreza, exclusão social e elevados níveis de desigualdade. Isso coloca, para os países da região, o desafio de adaptar a sua rede de proteção social às mudanças na estrutura etária, nos arranjos familiares e no mercado de trabalho.

Existe a ideia de que a velhice é igual para todos, não se levando em consideração estilo de vida, etnia, classe, raça ou gênero, o que a realidade apresenta de forma diversa, pois as pessoas são diferentes e envelhecem de forma distinta umas das outras.

De acordo com Viera (2001), o envelhecimento varia de acordo com o indivíduo, a sociedade, a época, o estilo de vida, o meio ambiente e o estado

nutricional. “O envelhecimento é um fenômeno universal, social e cultural, enquanto as velhices são processos pessoais e subjetivos”.

Prevalecia a ideia de que a velhice era vivenciada da mesma forma por todas as pessoas, como uma ocorrência que as homogeneizaria, independente das singularidades de etnia, classe, raça ou gênero. Com o surgimento da Gerontologia, a concepção de envelhecimento se tornou mais abrangente. Além dos aspectos puramente biológicos, os sociais, os culturais, os psicológicos e a história de vida foram observados. As pessoas são distintas e envelhecem diferentemente umas das outras.

Analisando as questões psicológicas do envelhecimento, a velhice é vista como um produto da ação das pessoas e suas relações nos processos de maturidade e de relacionamento com o mundo. Nesse sentido, a velhice é considerada como sinônimo de sabedoria e relacionada aos processos de relação com o mundo e suas ações (Neri, 2007).

O processo de declínio nas interações sociais e a mudança no comportamento emocional dos idosos, provocada pela diminuição dos relacionamentos sociais, promovem um afastamento entre a sociedade e o idoso, também refletido pelo distanciamento do idoso com a sociedade, devido, talvez, ao pensamento de que a morte já estaria cada vez mais próxima, associada à perda dos amigos, companheiros, familiares, enfim de todos aqueles que se encontraram próximos durante a vida. A aposentadoria e, em muitos casos, a perda das funções laborais também contribuem para o afastamento entre sociedade e idosos. A sociedade, muitas vezes, insiste em realizar as atividades para o idoso, deixando-o dependente. Os cuidadores e/ou familiares insistem em exercer a função do velho para poupar tempo de ambos, impedindo com isso a preservação dos seus hábitos e funções essenciais à sua liberdade e cerceando o direito deles de manter a sua autonomia.

Em decorrência da velhice, os velhos passam a ser tratados como indivíduos que não possuem mais funções na sociedade, e, a família faz repercutir neles o fato de inutilidade, associado à realização de atos que os tornam infantilizados. Na realidade, essa exclusão leva os idosos a serem segregados socialmente, inclusive na própria família.

Apesar da visão de exclusão social, cada idoso, de modo singular, possui sua própria identidade, que foi adquirida durante todo o processo de sua vida e definida pela relação que se estabelece com os outros indivíduos da sociedade. A identidade de velho é socialmente construída e contrastiva em relação à identidade de jovem. Essa é uma identidade genérica de velho que homogeneíza todos os membros do segmento idoso.

Mesmo com algumas mudanças na sociedade brasileira, a noção de velhice está muito relacionada aos aspectos negativos, à ideia de que a pessoa idosa não tem futuro, não tem sonhos e nem projetos a serem realizados. A visão do idoso em nossa sociedade está ligada à pessoa doente e improdutivo, como se este fosse o único modo de vivenciar a velhice; especialmente quando este idoso reside em uma instituição. Segundo este modo de pensar, a única opção do idoso é preparar-se para o fim da vida e esperar a morte chegar.

Sêneca (2008), ao se referir ao censo comum de que a velhice está próxima da morte, diz que não há idade para morrer:

“É triste, porém, ter a morte diante dos olhos”, dizes. Em primeiro, tanto os velhos a têm diante dos olhos como os jovens. Não somos chamados de acordo com a idade e, além disso, ninguém é tão velho que não possa esperar mais um único outro dia. Um único dia é o tamanho da vida. A existência inteira é feita de tantas partes como círculos, em que os grandes contêm os pequenos e há um que os abraça e encerra a todos, que vai do nascimento à morte (2008, p. 21).

É evidente que neste período da vida as pessoas, muitas vezes, podem ficar mais vulneráveis a enfermidades, mas isso não as torna incapazes. Neste tempo de vida que se tem pela frente é que se deve investir.

Explica Mercadante:

São essas ideias relacionando velhice e tempo, que apontam para um velho que não investe no presente e nem projeta para o futuro. Essas ideias conformam uma ideia de idoso que só tem passado, lembranças para rememorar e no futuro, o confronto com a morte. Essas ideias negam a possibilidade de futuro para o velho (2005, p. 32).

Essas visões pejorativas não possibilitam a participação dos idosos nas esferas da sociedade, como em grupos de convivência, universidades, serviços voluntários ou alternativas que lhes tragam prazer. Varela (2003) destaca que, em nossa sociedade, a velhice é encarada como um momento de dificuldades,

uma etapa da vida conhecida como declínio, não tendo mais nada a realizar, uma vez que restam apenas alguns anos de vida.

Para Sêneca (1998), a vida é repartida em diferentes idades, e cada uma delas corresponde a um modo de vida particular. Para Foucault, cabe à velhice a mais alta forma do cuidado de si. Nesta fase da vida “o indivíduo é soberano de si e pode satisfazer-se inteiramente consigo” (Foucault, 2004). Portanto, é nesta fase que o indivíduo pode buscar formas para se desenvolver e adquirir novas experiências.

Beauvoir (1990), afirma que “velho é sempre o outro”. A velhice é sempre reconhecida e visualizada no outro e rejeitada em nós mesmos. O conceito do que é ser velho e do que é velhice torna-se subjetivo, dependendo da concepção e interpretação de cada um.

Ainda de acordo com Beauvoir (1990), o conceito de velho pode ser visto da seguinte forma:

É normal, uma vez que em nós é o outro que é velho, que a revelação de nossa idade venha dos outros, Não consentimos de boa vontade. Uma pessoa fica sempre sobressaltada quando a chamam de velha pela primeira vez (1990, p. 353).

De acordo com Beauvoir (1990), a velhice pode ser observada a partir dos seus múltiplos aspectos. Além de ser maldefinida com relação ao seu início, varia de cultura para cultura. Para Papaléo Netto (2002), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, que começa na concepção e termina com a morte.

Beauvoir levanta a questão de que o indivíduo pode ter sofrido perdas consideráveis antes de apresentar uma decadência física e, ao longo da degradação, é possível que tenha obtido ganhos intelectuais importantes. As características do envelhecimento dependem das histórias vividas e construídas pelo sujeito de formas diferentes ao longo da vida. O psicanalista Messy argumenta que a velhice não nos é dada; ela é construída durante toda a vida por nós mesmos: “Envelhecemos como vivemos” (1996, p. 12).

A velhice deve ser compreendida como mais uma etapa da vida, assim como a infância, a adolescência e a vida adulta. Essa divisão é uma construção da sociedade contemporânea, que define o momento de uma criança entrar na

escola e de o adulto ingressar no mercado de trabalho e de retirar-se dele, ou seja, aposentar-se.

Para reforçar essas questões, Varella destaca:

É necessário entender que a velhice é a adaptação do ser a uma nova etapa, natural da vida, com seus progressos e declínios, e não somente como rejeição. Experiências, essas, que são diferentes para cada indivíduo (2003, p. 30).

Tratando das possibilidades para a pessoa idosa, Varela (2003) explica que os vínculos construídos durante a vida - não apenas com os familiares, mas as relações construídas no trabalho, no lazer e em todos os demais relacionamentos que possibilitam o desenvolvimento e a transmissão de suas vivências e conhecimentos a outras pessoas e grupos - são relevantes para dar sentido à vida.

## **2.1 Descrição do município de Belo Horizonte e de sua população idosa**

O local escolhido para o desenvolvimento deste trabalho foi o município de Belo Horizonte. Por este motivo, será exposta uma breve descrição de sua história e sua população.

De acordo com dados da Prefeitura de Belo Horizonte, a cidade foi planejada e construída em 1897 para ser a capital política e administrativa do estado de Minas Gerais, sob forte motivação dos ideais dos inconfidentes e apelo da ideologia republicana do País.

A sede do governo mineiro se localizava na cidade de Ouro Preto. Uma série de fatores favorecia a ideia de mudança. Em primeiro lugar, para se destacar o novo cenário republicano, Minas Gerais precisava mostrar-se politicamente unida e forte. A construção de uma nova capital, localizada no centro geográfico do estado, poderia facilitar o equilíbrio das diversas facções políticas que então disputavam o poder.

Os republicanos também desejavam promover o progresso de Minas Gerais, tornando o estado industrializado e moderno. A cidade de Ouro Preto não oferecia condições adequadas para o crescimento econômico desejado,

pois os transportes e a comunicação eram dificultados pelo relevo acidentado da cidade e as estruturas de saneamento e higiene não comportavam mais o aumento da população. A construção de uma nova capital, planejada de acordo com essas exigências, foi a solução encontrada para o problema do crescimento.

O governo estadual criou uma comissão de estudos para indicar, dentre cinco localidades, a mais adequada para a construção da nova cidade. O Congresso mineiro, a quem cabia a decisão final, votou a favor do espaço onde hoje se encontra Belo Horizonte. Assim, em 17 de dezembro de 1893, a Lei número 03 foi adicionada à Constituição Estadual, determinando que a nova sede do governo fosse erguida em Belo Horizonte, chamando-se Cidade de Minas e estabeleceu-se que, no prazo máximo de quatro anos, a capital deveria ser inaugurada.

Criar uma cidade ordenada, funcionando como um organismo saudável, esse era o objetivo dos engenheiros e técnicos que idealizaram Belo Horizonte. Para alcançá-lo, era necessário projetar uma cidade, física e socialmente higiênica, saneada, livre de doenças, mas também livre de desordens e revoluções.

O projeto criado pela Comissão Construtora, finalizado em maio de 1895, inspirava-se nos modelos das mais modernas cidades do mundo, como Paris e Washington. Os planos revelavam algumas preocupações básicas, como as condições de higiene e de circulação humana. A cidade foi dividida em três principais zonas: a área central urbana, a área suburbana e a área rural.

No centro, o traçado geométrico e regular estabelecia um padrão de ruas retas, formando uma espécie de quadriculado. Mais largas, as avenidas seriam dispostas em sentido diagonal. Esta área receberia toda a estrutura urbana de transportes, educação, saneamento e assistência médica. Abrigaria também os edifícios públicos. Ali também deveriam ser instalados os estabelecimentos comerciais. Seu limite era a Avenida do Contorno, que naquela época se chamava Avenida 17 de Dezembro.

A região suburbana, formada por ruas irregulares, deveria ser ocupada mais tarde, por isso não recebeu de imediato a infraestrutura urbana. A área rural seria composta por cinco colônias agrícolas, com inúmeras chácaras, e funcionaria como um cinturão verde, abastecendo a cidade com produtos hortigranjeiros.

A implantação de tão grandioso projeto tinha, porém, uma exigência: a completa destruição do arraial que ali se localizava e a transferência de seus antigos habitantes para outro local. Rapidamente, os belo-horizontinos tiveram suas casas desapropriadas e demolidas, sendo-lhes oferecidos novos imóveis a um preço muito alto. Sem condições de adquirir os valorizados terrenos da área central, eles foram empurrados para fora da cidade, indo refugiar-se na periferia.

A Capital traçada pela Comissão Construtora era um lugar elitista. Seus espaços estavam reservados somente aos funcionários do Governo e aos que tinham posses para adquirir lotes. Acreditava-se que os problemas sociais, como a pobreza, seriam evitados com a retirada dos operários assim que a construção da cidade estivesse concluída. Mas, na prática, não foi isso o que aconteceu.

Belo Horizonte foi inaugurada às pressas, estando ainda inacabada. Os operários, aglomerados em meio às obras, não foram retirados e, sem lugar para ficar, assim como os belo-horizontinos, formaram favelas na periferia da cidade. Esse contingente de trabalhadores que não eram considerados cidadãos legítimos de Belo Horizonte revelava o grau de injustiça social existente nos seus primeiros anos de vida.

Belo Horizonte foi inaugurada a 12 de dezembro de 1897, por uma exigência da Constituição do Estado. Entretanto, parte de suas construções não havia sido concluída e algumas de suas ruas e avenidas eram apenas "picadas" abertas no meio do mato. A crise econômica que tomava conta do País e do Estado tinha feito com que muitas obras ficassem paralisadas, à espera de recursos. O comércio e a indústria ligada à construção civil, que tinham se desenvolvido bastante nos anos anteriores, agora enfrentavam dificuldades. A cidade não se industrializou no ritmo que se esperava e permaneceu sem atividades econômicas expressivas durante anos.

Nas duas primeiras décadas deste século, Belo Horizonte viveu, alternadamente, períodos de grande crise e de surtos de desenvolvimento. As fases de maior crescimento corresponderam aos anos de 1905, 1912-13 e 1917-19. Aos poucos, pequenas fábricas começaram a funcionar na cidade, ampliou-se o fornecimento de energia elétrica, retomaram-se as obras inacabadas, expandiram-se as linhas de bonde, criaram-se praças e jardins, e a cidade ganhou arborização. O número de empregos cresceu, e a Capital passou a atrair mais habitantes.

Os anos de 1940 trazem a modernidade e dão um ar de metrópole a Belo Horizonte. Nessa época, a Capital ganhou várias indústrias, abandonando seu perfil de cidade administrativa. O impulso para isso foi dado pela criação de um Parque Industrial, em 1941. O setor de serviços também começou a crescer com o fortalecimento do comércio.

O grande responsável pela transformação de Belo Horizonte foi o prefeito Juscelino Kubitschek (JK). Com o objetivo de renovar a Capital, promovendo um surto de desenvolvimento e modernização, realizou diversas obras que projetaram internacionalmente o nome da cidade. A mais importante delas foi o Complexo Arquitetônico da Pampulha, inaugurado em 1943. Desenhado pelo arquiteto Oscar Niemeyer, era formado por quatro obras principais: a Igreja de São Francisco de Assis, a Casa do Baile, o Cassino e o late Golf Clube, instaladas às margens da lagoa artificial da Pampulha.

Com suas linhas originais e modernas, Oscar Niemeyer fez da Pampulha um dos maiores exemplos da arquitetura modernista brasileira. Em 1941, também com projeto de Oscar Niemeyer, o Palácio das Artes começou a ser construído.

Se a marca dos anos de 1940 foi a modernização da arquitetura da cidade, os anos de 1950 ficariam conhecidos como a “década da indústria”, em razão do surto de desenvolvimento alcançado pela Capital. A criação da Companhia de Energia Elétrica de Minas Gerais (CEMIG), em 1952, e o desenvolvimento da Cidade Industrial, nas proximidades de Belo Horizonte (na cidade de Contagem) são dois fatores que explicam esse crescimento.



Nessa década, caracterizada pelo grande êxodo rural, a população da cidade dobra de tamanho, passando de 350 mil para 700 mil habitantes. Os problemas urbanos e a falta de moradia tornam-se mais graves. Preocupado com o crescimento desordenado da cidade, o prefeito Américo René Gianetti dá início à elaboração de um Plano Diretor para Belo Horizonte. A cidade torna-se vertical, com uma série de prédios cada vez mais altos sendo construídos.

O crescimento econômico transformou o perfil de Belo Horizonte na década de 60. Sem respeito pela memória da cidade, o progresso avançou sobre suas ruas, demolindo casas, erguendo arranha-céus, derrubando árvores e cobrindo tudo de asfalto. Os espaços verdes desapareciam. Se a beleza das antigas construções era transformada em pó, em seu lugar surgiam edifícios modernos e novas indústrias. Esta década ficou marcada pelo crescimento das indústrias e das instituições financeiras. Belo Horizonte começou a irradiar seu crescimento, e suas cidades vizinhas também receberam muitos investimentos e fábricas. Esse progresso, contudo, não se fez sem o agravamento das desigualdades e dos problemas sociais. O surgimento de inúmeras favelas comprova o desequilíbrio causado pela concentração de renda.

Na década de 70, a cidade era o próprio retrato do caos. Com um milhão de habitantes, continuava crescendo desordenadamente.

Nas regiões Norte e Oeste e nos municípios vizinhos, com a criação de distritos industriais e a instalação de empresas multinacionais, a população tornou-se cada vez mais densa. Na tentativa de resolver os problemas causados pela falta de planejamento, foram tomadas várias medidas, entre elas a criação do Plambel (Planejamento da Região Metropolitana de Belo Horizonte). A política de crescimento econômico acelerado, porém, não resolveu os problemas sociais. A crise prolongada e os baixos salários levaram a população, mais uma vez, às ruas, já no final da década. Professores da rede pública e operários da construção civil, paralisando a cidade na greve de 1979, mostraram seu descontentamento com relação aos problemas econômicos e sociais, mas também em relação ao regime militar.

A chegada dos anos 1980 marcou o início de uma mudança nas relações do belo-horizontino com sua cidade. O crescimento desordenado, os problemas de perda de importantes marcos da história de Belo Horizonte, a degradação ambiental e as desigualdades sociais foram pouco a pouco se tornando algumas das maiores preocupações dos cidadãos.

A consciência de que era preciso cuidar da cidade e, ao mesmo tempo, permitir seu desenvolvimento e garantir a qualidade de vida de seus habitantes difundiu-se cada vez mais entre a população. Foi ao longo da década de 1980 que o belo-horizontino redescobriu o espaço das ruas, fazendo dele o palco de suas manifestações, de seus protestos e de suas artes. Uma mentalidade diferente daquela que orientou o crescimento nas décadas anteriores começava a surgir. As obras realizadas na cidade ganharam nova direção. Em 1981, adotou-se um novo sistema de transporte, na tentativa de melhorar a situação do trânsito na cidade. Foi iniciada a implantação do metrô de superfície como uma alternativa rápida, segura e menos poluente para o transporte de massa. A memória da cidade começou a ser mais valorizada, com o tombamento de vários edifícios de importância histórica. A população ganhou, ainda, diversos espaços de lazer, como o Parque das Mangabeiras, inaugurado em 1982, e o Mineirinho.

A área de saúde também experimentou grandes avanços com a redução do número de casos de poliomielite e tétano, graças às campanhas de vacinação infantil. Ainda assim, os problemas não desapareceram. A valorização do espaço urbano teria continuidade. Em 1990, a Lei Orgânica do Município foi aprovada, trazendo avanços em diversos setores sociais. Em 1992, criou-se o Conselho Deliberativo do Patrimônio Cultural do Município, para tratar do tombamento de construções de valor histórico. Espaços como a Praça da Liberdade, a Praça da Assembleia e o Parque Municipal, que se encontravam abandonados e desvalorizados, foram recuperados, e a população voltou a frequentá-los e a cuidar de sua preservação. Em 1996, o Plano Diretor da Cidade e a Lei de Uso e Ocupação do Solo passaram a regular e ordenar o crescimento da Capital.

A cultura passou a ser valorizada como um instrumento de conquista da cidadania. Assim, surgiram inúmeros projetos com o objetivo de

popularizar a arte. O Grupo de Teatro Galpão é um dos que levam seus espetáculos às ruas. Com ele surgiu a iniciativa do Festival Internacional de Teatro Palco e Rua, sucesso anual, que tem a participação ativa de toda a população da Capital e de cidades próximas.

### **2.1.1 População idosa do município de Belo Horizonte**

De acordo com o IBGE (2009), a população de Belo Horizonte é de 2.452.612 habitantes, a sexta mais populosa do País.

No Quadro 01, mostra-se o total da população do município de Belo Horizonte e o total de idosos por faixa etária: dos 60 a 69 anos, que é a maior população de idosos; de 70 a 79 anos; e de 80 anos e mais.

**Quadro 1** – Distribuição da população de Belo Horizonte, por faixa etária

Município de Belo Horizonte Período de 2009					
	População residente	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	População total de idosos
Valor absoluto	2.452.612	156.796	87.061	41.390	285.247
Porcentagem	100	6,39	3,54	1,68	11,61

Fonte: DATASUS - 2009  
Site: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

De um total de 2.452.612 habitantes residentes em Belo Horizonte, 11,61% são de indivíduos com 60 ou mais anos de idade, o que perfaz um número de 285.247 idosos.

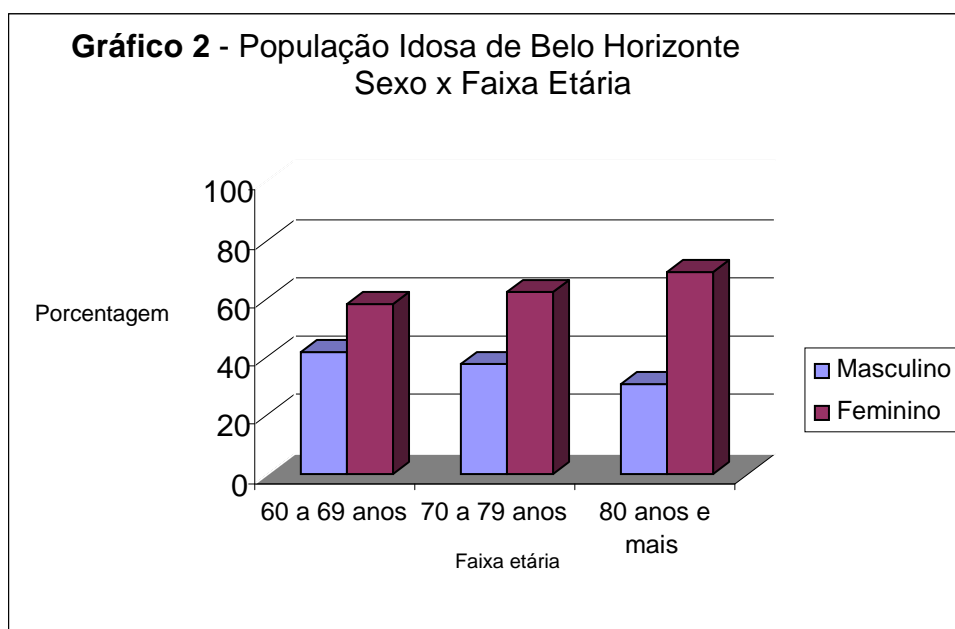
Belo Horizonte, assim como a maioria das cidades brasileiras, vivencia o processo de feminização da velhice. Pode-se perceber um maior

contingente de mulheres na faixa etária de 60 anos ou mais de idade quando comparado ao número de homens na mesma faixa de idade, o que pode ser observado no Quadro 02 e no Gráfico 02.

**Quadro 2** – Distribuição da população de Belo Horizonte, por sexo *versus* faixa etária

Município de Belo Horizonte Período de 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
60 a 69 anos	66.015	90.781	156.796
70 a 79 anos	33.452	53.609	87.061
80 anos e mais	13.157	28.233	41.390
<b>TOTAL</b>	<b>112.624</b>	<b>172.623</b>	<b>285.247</b>

Fonte DATASUS - 2009  
Site: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)



Fonte: DATASUS – 2009  
Site: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

Pode-se observar no Gráfico 02 que à medida que a população envelhece, o número de mulheres aumenta quando comparado ao dos homens, refletindo-se o fenômeno nacional, como já descrito anteriormente.

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento do PNUD, a esperança de vida ao nascer do belo-horizontino aumentou de 68,64 anos em 1991 para 70,52 em 2000. Além disso, pode-se notar que nas faixas etárias mais altas a probabilidade de sobrevivência até os 60 anos passou de 75,87 em 1991 para 80,5 em 2000. Outro fenômeno que também traz impactos ao processo de envelhecimento de Belo Horizonte são as migrações. No caso de Belo Horizonte, entre os anos de 1995 e 2000, o saldo migratório do município foi negativo. De acordo com Rigotti e Vasconcellos (2003):

[...] esses resultados são fortemente influenciados pelo comportamento de Belo Horizonte. Na capital, o volume do saldo migratório negativo entre os dois períodos aumentou mais de 14 mil pessoas – passou de algo em torno de 99 mil para pouco mais de 113 mil (2003, p. 58).

Outro fator interessante é que grande parte da população que emigra de Belo Horizonte é formada por jovens. Como ressalta ABREU *et al.* (2004), a mobilidade da população idosa brasileira (60 anos e mais) no que concerne às migrações é bem menor quando comparada à população não idosa (0 a 59 anos), que possui uma mobilidade migratória bem maior. Dessa forma, somando-se à expulsão de população, característica de Belo Horizonte, uma perda maior de população jovem, devido à sua maior mobilidade, o processo de emigração da Capital mineira certamente é um fator bastante relevante para o envelhecimento da cidade, além da fecundidade e da esperança de vida ao nascer.

### **3. INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

A sociedade brasileira experimenta uma queda acelerada nos níveis de fecundidade e de mortalidade e mudanças no padrão de nupcialidade e nos arranjos familiares. Ocorre, também, o aumento generalizado da escolaridade feminina, a inserção maciça das mulheres no mercado de trabalho e as mudanças no papel social das mulheres e no sistema de valores. A mulher, reconhecida culturalmente como aquela que cuida, tem hoje dificuldades para conciliar papéis e assumir esta função (Medeiros, 2004). Essas modificações resultam em transformações nas formas de cuidado à população idosa.

Em suma, espera-se que aumente o número de idosos que necessitem de cuidados e que a oferta de cuidadores familiares se reduza, gerando a questão: Quem prestará os cuidados para esses idosos? De um lado, a família; de outro, as instituições.

Essa problemática não é específica do Brasil. Ao longo da história, em grande parte do mundo, o cuidado com a geração mais velha tem sido atribuído aos descendentes, norma social reforçada pelo amparo da lei. As normas sociais e familiares ditam que o papel de cuidar seja um papel específico feminino. As jovens devem cuidar dos filhos e, na meia-idade ou na velhice, os cuidados são com as gerações mais velhas e os doentes da família. A legislação brasileira determina que a família seja a principal responsável pelo cuidado ao idoso, lei expressa na Constituição Federal de 1988, artigo 230, reforçada pela Política Nacional do Idoso, de 1996, e pelo Estatuto do Idoso, de 2003. Essa legislação é resultado dos valores e preconceitos dominantes quanto ao cuidado institucional.

Uma vez que a família não tem como oferecer o cuidado integral a este idoso, cabe ao Estado, à sociedade e ao mercado privado dividir com a família as responsabilidades no cuidado com a população idosa. Uma das alternativas

de cuidado são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), tanto públicas quanto privadas, podendo estas últimas ser filantrópicas e/ou com fins lucrativos.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), no ano de 2002, adotou a expressão “Instituição de Longa Permanência para Idosos” (ILPI), tradução do termo em inglês “Long Term Care Institution”, para nomear estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público atendido é composto de pessoas com 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio.

De acordo com o National Institute on Aging (2004), nos Estados Unidos e na Inglaterra, na década de 1950, fazia-se distinção entre instituição para idosos independentes (Home for aged, ou Lar para Idosos) e para dependentes (Nursing Home, ou Lar-Enfermaria).

A institucionalização de idosos tende a crescer com o envelhecimento populacional. Mesmo nos países desenvolvidos, como Canadá e os Estados Unidos, onde a institucionalização de idosos abaixo de 85 anos diminuiu, as internações de pessoas com 85 anos e mais aumentaram (Born & Boecht, 2006).

Para a Anvisa, ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a servir de domicílio coletivo a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

Beauvoir (1970), em seu livro *A Velhice*, denunciou veementemente as deficiências dos asilos. Atualmente, elas ainda persistem. Apesar de existirem instituições com atendimento de qualidade, ainda é expressivo o número daquelas que não atendem a parâmetros básicos de funcionamento.

Há um estigma na população no que se refere à instituição para idosos. Há sempre uma imagem negativa da instituição, associada à pobreza, ao abandono, ao descaso e à incapacidade.

A Política Nacional do Idoso define asilo como o atendimento em regime de internato ao idoso, sem vínculo familiar ou sem condições de prover a

própria subsistência, de modo a satisfazer às suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Houve uma mudança no perfil de idosos institucionalizados. Antigamente, os idosos eram institucionalizados devido à pobreza e à falta de rede familiar. Hoje, já predominam nas instituições, idosos com incapacidade e dependência física e/ou cognitiva e morbidades crônicas não transmissíveis (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2007).

Há uma procura cada vez maior por instituições que prestam assistência a idosos. Esta procura é maior para indivíduos com idade mais avançada e com grau de dependência maior (Born & Boecht, 2006).

Conforme destacam Cortelleti et al. (2004), em alguns casos, as próprias pessoas idosas recorrem à moradia coletiva, em razão de suas dificuldades financeiras, de falta de casa para residir ou por dificuldade de autocuidado por razão de doença.

Apesar de a sociedade, em grande parte, ter em mente que o melhor lugar para o idoso é ao lado da família, é necessário levar em consideração as mudanças ocorridas, as quais transformaram a estrutura familiar. “Intimidade a distancia” será o que as novas gerações poderão proporcionar aos velhos, ou seja, mesmo que os idosos e os parentes morem afastados, a afetividade é preservada (Born & Boechat, 2006).

O surgimento de instituições para idosos não é um fato recente. O Cristianismo foi precursor no amparo aos velhos: Existem registros históricos de que o primeiro asilo foi fundado pelo papa Pelágio II (520-590), que transformou a sua casa em um hospital para velhos (Debert, 1999).

A primeira instituição destinada aos velhos, no Brasil, foi construída, pelo conde de Resende, em 1790, em uma chácara, com o objetivo de abrigar soldados portugueses que participaram da guerra contra a Espanha e a França, em 1762. Estavam velhos e cansados do trabalho. Pelos serviços prestados, mereciam um local de descanso na velhice (Filizzola, 1972).

De acordo com Simone de Beauvoir, a partir do século XIX, foram criados na Europa asilos grandiosos, com alta concentração de velhos. O maior era o Salpêtrière, que abrigava oito mil doentes, dentre os quais dois a três mil



idosos. Segundo a escritora, este pode ser considerado o núcleo da primeira instituição geriátrica, espaço que possibilitou coletar dados clínicos e sociais sobre idosos.

Quando não existiam instituições específicas para idosos, estes eram abrigados em asilos de mendicidade, junto com outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados. Em fins do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo dava assistência a mendigos e, conforme aumentavam as internações para idosos, passou a se definir como instituição gerontológica, em 1964.

O modelo brasileiro asilar ainda tem muitas semelhanças com as chamadas "instituições totais", ultrapassadas no que diz respeito à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos. Goffman (2003) define instituição total como "um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla, por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada". Nesse espaço, os indivíduos se tornam cidadãos violados em sua individualidade, sem controle da própria vida, sem direito a seus pertences sociais e à privacidade, com relação difícil ou inexistente com funcionários e o mundo exterior.

Uma característica frequentemente observada em ILPIs é a desvalorização das necessidades do idoso, pois se acredita que as instituições asilares se limitam ao suprimento de certas prioridades fisiológicas, tais como alimento, roupa, moradia, higiene e cuidados com a saúde. Tal é o excesso de preocupação com o fisiológico que se deixam de lado e não se consideram aspectos importantes como relacionamentos sociais, afetivos e sexuais.

Goffman (1974), em seu livro *Manicômios, prisões e conventos*, analisa a vida dos internos de uma instituição total. Ele relata que todas apresentam uma tendência ao "fechamento". O fechamento depende do tipo de instituição e de como cada tipo determina barreiras de acesso social ao mundo externo, muitas vezes, conforme a sua própria condição infraestrutural. Por mais que o controle social atue em qualquer sociedade organizada, é a limitação das pequenas regras que afetam as atividades diárias, como ter que pedir permissão para fumar, barbear-se e ir ao banheiro, o que caracteriza uma

instituição total (Goffman, 1974). Para este autor, nestas instituições ocorre a “mortificação do eu” para os indivíduos colocados sob a tutela das instituições totais, uma vez que elas agem nas ações que na sociedade civil servem para garantir certa autonomia ao indivíduo.

Para Corttelletti et al. (2004), nas instituições asilares os velhos vivem em espaços fechados, “realizando atividades com o mesmo grupo de pessoas, no mesmo horário, atendendo às exigências institucionais e não às pessoais, sofrendo assim, a restrição de outras vivências internas” (Corttelletti et al., 2004:18).

Sendo o Brasil um país com grande diversidade cultural e desigualdade social, também as instituições para idosos acompanham este perfil nos padrões de qualidade, atendimento e infraestrutura. Verifica-se que as ILPIs governamentais são em número reduzido. A grande maioria classifica-se como “filantrópica” ou como com “fins lucrativos”. As filantrópicas são mantidas por grupos religiosos ou associações de imigrantes. As instituições com fins lucrativos são mais recentes e se localizam, predominantemente, nos grandes centros urbanos.

O Censo Demográfico de 2000 registra 103 mil idosos residentes em domicílios coletivos no Brasil, o que representava 0,8% da população idosa. Este número, além de incluir as ILPIs, abrange idosos residentes em outros tipos de domicílio coletivo, tais como conventos, presídios, hotéis e hospitais. Na região Sudeste, o número de idoso que residem em domicílios coletivos é de 76.311, sendo 17.347 em Minas Gerais (IBGE, 2000).

Camarano realizou uma pesquisa ampla sobre as características das Instituições de Longa Permanência das regiões brasileiras. Até o momento, estão publicadas as pesquisas sobre as regiões Centro-Oeste, Sul, Nordeste e Norte.

Na região Sul foram identificadas 693 ILPIs. Aproximadamente a metade se localiza no Rio Grande do Sul. As cinco primeiras foram abertas ainda no século XIX, no Rio Grande do Sul, sendo que a primeira foi criada em 1835.

O aumento de ILPIs, nesta região tornou-se crescente ao longo das décadas, tendo se acentuado a partir dos anos de 1980. Entre 1980 e 2007,

foram inauguradas 468 instituições, o que corresponde a mais de 70% do total pesquisado (Camarano et al, 2008).

Uma das características pesquisadas sobre as ILPIs da região Sul foi sua natureza jurídica: filantrópica (sem fins lucrativos), privada (com fins lucrativos), pública e mista. Na região Sul, observou-se que 51,9% delas declararam-se filantrópicas; 41,2%, privadas com fins lucrativos; 3,9%, públicas; e 3%, mistas. Das 649 ILPIs da região Sul, que responderam ao quesito sobre regimes de funcionamento, classificados como aberto, semiaberto e fechado, 76% declararam ter regime aberto ou semiaberto, totalizando 495 instituições. As outras 154 instituições possuem regime fechado, perfazendo 24% do total. Na região Sul, o número médio de residentes por ILPIs é de 28 pessoas (Camarano et al, 2008).

Na região Norte, o processo de envelhecimento é mais recente, pois apenas 5,5% da população são de idosos, média inferior à nacional (8,6%). Uma das particularidades do envelhecimento da população da região Norte é a proporção maior de homens no total da população idosa. Esses eram em 2000, responsáveis por 50,3% do total da população idosa. Tal constatação diverge do observado para a população brasileira como um todo e dos padrões internacionais, em que as mulheres predominam entre os idosos. Isso se reflete na composição por sexo dos idosos residentes nas ILPIs da região, quando se observa a prevalência de homens. (Camarano et al, 2007)

Apesar de serem definidas como instituições para atendimento ao idoso, muitas delas recebem pessoas com menos de 60 anos. Aproximadamente 10% dos residentes nessas instituições na região Norte não são idosos. Foram identificadas pela pesquisa 49 instituições de longa permanência na região Norte. Estas remontam ao início do século XX. As duas primeiras foram fundadas em 1930; uma no Pará e a outra no Acre. No entanto, mais de 70% destas instituições foram criadas a partir da década de 1980. A maioria das instituições (63%) é privada filantrópica, ou seja, sem fins lucrativos, sendo uma parcela expressiva de entidades católicas. Ressalta-se também a presença de sociedades espíritas e aquelas ligadas à maçonaria na administração de ILPIs nesta região. Classificaram-se como pública municipal 15 instituições e duas como mistas. O regime predominante de funcionamento

dessas instituições é o semiaberto, fato declarado por 45% delas, seguido do aberto, 41%. Apenas 14% declararam funcionar em regime fechado (Camarano, 2007).

De acordo com a pesquisa de Camarano (2008), na região Nordeste o contingente populacional de idosos correspondia a 8,3% do total, proporção ligeiramente inferior à média nacional (8,6%).

A composição por sexo da população idosa na região Nordeste apresenta o mesmo padrão observado para o Brasil, ou seja, as mulheres predominam. Em 2000, elas constituíam aproximadamente 55% da população idosa, e proporções bastante semelhantes foram encontradas para o Brasil no mesmo ano (Camarano, 2008).

De acordo com a pesquisadora, a proporção de mulheres na população idosa cresce com a idade, atingindo no Nordeste 57% do total da população de 80 anos ou mais. Nas 301 instituições pesquisadas nesta região, foram encontrados 9.410 residentes, entre os quais 8.386 são idosos, o que representa 89% do total. A proporção de mulheres residentes em ILPIs é de 63,5%. No Nordeste, cada ILPIs abriga, em média, 31 residentes, sugerindo que essas instituições são pequenas. Das ILPIs do Nordeste 81,4% são privadas filantrópicas. Estas se subdividem em “religiosas” e “leigas”, sendo mais da metade religiosa. Uma proporção pequena é formada por instituições privadas com fins lucrativos (12,6%) e apenas 6,0% são públicas. Das instituições da região, 53,8% funcionam em regime semiaberto; 26,8%, em regime fechado; e 19,4%, em regime aberto.

O levantamento realizado na região Centro-Oeste identificou 249 instituições destinadas ao cuidado de longa duração para a população idosa. A mais antiga, que iniciou seus trabalhos ainda no século XIX, está localizada no estado de Goiás. No entanto, 69,5% das instituições iniciaram seu trabalho depois de 1980. No período entre 1980 e 1990, foram criadas 72 instituições, ou seja, 30,1%. A maioria das instituições declarou ser filantrópica - privada sem fins lucrativos - representando 66,1% do total de instituições que responderam à pesquisa na região. As demais se dividem em públicas (24,6%), privadas com fins lucrativos (4,8%) e mistas (4,4%).(Camarano, 2008).

As instituições da região funcionam em regime aberto, fechado ou semiaberto, em proporções bastante semelhantes. Aproximadamente 60% delas têm menos de 30 residentes e 47,3% têm menos de 20. Predominam instituições com um número de residentes entre 11 e 20 pessoas (Camarano, 2008).

Em Minas Gerais, existem 654 instituições cadastradas no Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG). De acordo com este cadastro, em janeiro de 2009, existiam na cidade de Belo Horizonte 61 instituições de longa permanência para idosos, sendo 33 particulares e 28 filantrópicas. Contudo, estes números estão defasados, uma vez que não abrange todas as instituições da cidade. Essa defasagem pode ser percebida pela declaração da Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), instituição internacional dirigida por leigos católicos e que tem como missão a caridade, que afirma ser mantenedora, em Belo Horizonte, de 28 instituições de longa permanência para idosos, sendo que apenas oito constam do cadastro do Ministério Público. O Lar dos Idosos Nossa Senhora da Saúde, local onde este projeto está sendo realizado, não consta nos arquivos do MPMG, apesar de ter sido fundado há mais de dez anos.

Pela Portaria n. 810/1989 definiram-se as “Normas e Padrões de Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições para Idosos”, orientando como deve ser a organização da instituição, a área física, as instalações e os recursos humanos.

No processo de regulamentação da Política Nacional do Idoso, a Portaria n. 73/01 trouxe nova definição para as Normas e Padrões de Funcionamento para Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa, passando a adotar o termo *Atendimento Integral Institucional*.

Em 2005, entrou em vigor a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 283, que adota o termo ILPI e estabelece normas de funcionamento desta modalidade assistencial. Segundo o documento, ILPIs são “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania”. A RDC define quais são os graus de dependência e as condições gerais de

organização institucional, com base nos direitos dos idosos, incluindo recursos humanos, infraestrutura, processos operacionais, notificação compulsória, monitoramento e avaliação. Aponta-se neste regulamento a necessidade de se preservarem direitos e garantias essenciais dos seres humanos, entre eles o de privacidade e o de identidade, necessários para que o idoso tenha um ambiente agradável e aconchegante. Assim, as ILPIs não devem ser apenas espaços de moradia, mas também de convivência entre as pessoas a elas associadas.

No item 4/4.3.9, define-se que as ILPI têm o dever de “promover condições de lazer para os idosos tais como atividades físicas, recreativas e culturais”.

A implementação desse documento é um desafio para os órgãos fiscalizadores e as instituições. Cada vez mais, estas estão sendo obrigadas a se adequar à legislação, superando o paradigma de atendimento enquanto caridade e assistencialismo, para a prestação de serviços com qualidade e garantia dos direitos da pessoa idosa.

O objetivo do Plano de Ação Internacional, aprovado em 2002, na Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, é garantir que em todo o mundo a população possa envelhecer com segurança e dignidade, continuando a participar da sociedade como cidadãos dotados de plenos direitos.

É, pois, muito importante refletir sobre os conceitos de instituições para idosos, pois elas devem ser parte integrante dos programas de atenção à população idosa.

### **3.1 Contextualização do Lar Nossa Senhora da Saúde**

O Lar dos Idosos Nossa Senhora da Saúde foi fundado em 08 de maio de 1997, com caráter beneficente, sem fins lucrativos, mantido pela Sociedade São Vicente de Paulo. Está situado no bairro de São Geraldo, na região Leste de Belo Horizonte.

O bairro tem caráter residencial, com predominância de pessoas de classe média baixa. Possui uma área de 136,072 hectares e população de 19.743 pessoas. Originou-se do povoado que surgiu ao redor da Igreja de São Geraldo, criada em 1º de janeiro de 1952.

No bairro, existe uma boa infraestrutura em termos de comércio, tais como 'sacolões', supermercados, farmácias, padaria, agência bancária e salões de beleza. Possui ainda um centro cultural, inaugurado no mês de dezembro de 2009: o Centro Cultural São Geraldo, que possui sala para oficinas, biblioteca, cinema e hall de exposição. Em sua programação conta com atividades culturais, oficinas artísticas, exibição de filmes, palestras e curso de capacitação na área de cultura. Já foram promovidos no local, oficina de entalhe em madeira, exibição de filmes, roda de capoeira, sarau e teatro.

De acordo com relato dos residentes e do diretor da Instituição, no lote (pertencente à Sociedade São Vicente de Paulo) onde hoje funciona o Lar Nossa Senhora da Saúde, antigamente era uma vila, criada, em 1997, inicialmente, para realizar trabalhos caritativos de atendimento aos necessitados em geral e abrigar moradores de rua. A princípio, moravam nove pessoas, a maioria com idade superior a 60 anos de idade, distribuídas em seis barracões. Em quatro destes barracões morava uma idosa sozinha, em outro (o quinto) moravam três irmãs e no sexto moravam uma idosa e o filho. Cada família morava em um barracão de um cômodo. O banheiro era comunitário.

Essas pessoas recebiam doação de alimentos e roupas da Sociedade São Vicente de Paulo. Por abrigar, em sua maioria, pessoas idosas, com a criação do Estatuto do Idoso, o local teve que ser reformado e se adequar às novas regras. Dessa forma, a vila ganhou cozinha comunitária, cada barracão foi transformado em um quarto com banheiro individual e também recebeu muros que cercam o prédio. Três idosas, atualmente moradoras deste lar, já viviam nesta vila, que foi transformada em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Atualmente, o Lar abriga 16 idosos, sendo 05 homens e 11 mulheres em uma casa de dois andares, distribuídos em 12 quartos. No primeiro andar, ficam os quartos femininos, uma área de tanque com varal, duas salas da administração e um pequeno consultório médico. No segundo andar, onde se

tem acesso por meio de uma rampa, ficam os quartos masculinos, o refeitório, a cozinha, um salão e uma pequena horta. Os quartos masculinos são individuais e existem três quartos femininos individuais e quatro quartos, compartilhados por duas mulheres.



### 4. LAZER

Define o artigo 20 do capítulo V do Estatuto do Idoso: “O idoso tem direito à educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade”.

Com o intuito de refletir sobre a temática “lazer e sua articulação com o idoso”, faz-se necessário apresentar o que se entende por lazer. Explica o sociólogo francês Joffre Dumazedier:

O lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou ainda desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais (2004, p. 333).

A partir do conceito de Dumazedier (2004), o lazer é definido por ser oposição às necessidades e obrigações da vida cotidiana, e não somente como oposição ao trabalho profissional. O lazer é, inicialmente, liberação e prazer. Possui três funções importantes: descanso, divertimento e desenvolvimento.

Nos indivíduos pesquisados, todos com 60 anos ou mais de idade, residentes em uma instituição, a função de *descanso* é precisamente o que a sociedade capitalista, na qual estamos inseridos, reserva a estes indivíduos, pois já estão todos aposentados. Muitas vezes, o que se espera do aposentado é que ele descanse dos muitos anos de trabalho. Com a função do *divertimento*, há uma busca por anular o tédio, a monotonia e a fuga por meio de evasão para mundos diferentes. Esta monotonia é exatamente um dos problemas das ILPIs.

Com o *desenvolvimento* da personalidade, permite-se uma participação social maior e mais livre, segundo um estilo de vida pessoal e novas formas de aprendizagem voluntária, adquiridas inicialmente na escola e a serem

praticadas durante toda a vida. Esta função contribui para o surgimento de condutas inovadoras e criadoras de possibilidades de integração.

Na concepção de Dumazedier (2004), as atividades de lazer são classificadas por área de interesse dos indivíduos, assim relacionadas:

- a) Manuais - são atividades práticas que trazem prazer por meio do manuseio de matéria-prima, imprimindo-lhes um sentido estético e/ou utilitário.
- b) Intelectuais - o lazer pode ser um exercício do conhecimento em qualquer campo, pois tudo na vida é fonte de conhecimento, de informação e de aprendizagem.
- c) Associativas - sempre pode haver um conteúdo de sociabilidade, expresso no contato com amigos, colegas de trabalho ou de bairro, representado pelo convívio social com outras pessoas.
- d) Artísticas - ligadas ao campo estético, do belo, da emoção, do encantamento, do sentimento.
- e) Físicas - são aquelas atividades que levam o indivíduo a conhecer novos lugares e novas formas de vida, permitindo, num curto período, alterar a rotina cotidiana, com práticas como tirar férias e finais de semana para visitar praias, montanhas, lugares históricos, sítios, casas de campo, *shopping centers*, parques e outros locais.

Marcellino (2004) conceitua lazer como “cultura - compreendida no seu sentido mais amplo - vivenciada (praticada ou fruída) no tempo disponível”. Este autor evidencia a importância do lazer enquanto dimensão sociocultural, contextualizando-o na sociedade contemporânea. Nas atividades de lazer não se buscam, pelo menos fundamentalmente, outra recompensa além da satisfação provocada pela própria situação.

Requixá (1980) define o lazer como uma ocupação não obrigatória, de livre escolha do indivíduo, cujos valores propiciem condições de recuperação psicossomática e de desenvolvimento pessoal e social. Na concepção de Ferrari (1996), o lazer também pode ser definido como o desenvolvimento da personalidade, o tempo de sociabilidade, que vai permitir a participação criteriosa do indivíduo na vida política, social, econômica e cultural.

Na concepção de Santini (1993), a palavra *lazer* não tem um significado muito claro. Reporta-se ao século XIII, quando apareceu na língua francesa a palavra *loisir*, cuja raiz tem origem no termo latino *licere*, que contém em sua essência a ideia de permissão. Tudo isso faz com que o sentido da palavra exprima a ideia de ausência – ausência de regras, de obrigações, de repressão ou de censura. Assim, o lazer evoca *ter tempo de fazer qualquer coisa de que se goste*. Para o autor, o lazer, com este sentido, evoca a ausência de constrangimento, o que indica uma qualidade subjetiva de ação.

De acordo com Tedrick e McGuire (2000), o tempo livre é propício para que o lazer tenha espaço. O conceito de tempo livre faz referência à existência de determinada quantidade de tempo, ausente de obrigações laborais, sociais ou de outro tipo e que constitui um possível tempo para o exercício da expressão e liberdade pessoal. Neste contexto, quando se trata de idosos é comum a sua associação com a posição *de estar* em situação de lazer, sobretudo quando vinculada ao tempo livre advindo com a aposentadoria.

Pikunas (1979) ressalta a necessidade de que nesta fase devem-se manter interesses ocupacionais e acrescentar as atividades recreativas, ocupando totalmente o tempo e tornando estes anos tardios da vida satisfatórios e produtivos.

Segundo Salgado (1982), observa-se em todas as regiões do País a pouca participação dos idosos em programações comunitárias de lazer. As dificuldades financeiras dos idosos, as condições precárias de saúde e a perda gradual do hábito de lazer externo são alguns dos impedimentos para esta prática. No trabalho de Dias e Schwartz, foram perguntados a 40 idosos da região central de Rio Claro, São Paulo, sobre o que é lazer para eles. Concluiu-se que houve certa superficialidade nas respostas dos entrevistados, ou seja, falta de maiores esclarecimentos por parte dos idosos sobre a temática abordada, o que pode significar certa falta de conhecimento sobre o assunto.

Para salientar a importância e caracterização do lazer na sociedade atual, utilizou-se uma breve descrição do paradigma histórico cultural do lazer.

#### 4.1 Paradigma histórico-cultural

Na sociedade pré-industrial, trabalho e lazer não eram excludentes. Ambos estavam impregnados de ludicidade. As atividades de produção e trabalho misturavam-se com os jogos, rituais e competições (Bruhns, 1993). Nesta sociedade, compreendem-se as antigas civilizações greco-romanas, tribais e feudais. O trabalho, a produção e o consumo eram realizados em benefício do coletivo, e não do individual. Produzia-se o necessário para a sobrevivência comunitária e não se buscavam o acúmulo e o capital.

A relação entre lazer e trabalho era pouco diferenciada. O trabalho consistia nas atividades de plantio e de colheita de alimentos para a sobrevivência. Assim, colhia-se o necessário para cada um. Quando as leis naturais não permitiam essa atividade, eles se realizavam com outras práticas cotidianas prazerosas e desprovidas de obrigações sociais e familiares (Ângelo, 2007).

De acordo com Marx e Engels:

É a sociedade que regula a produção geral e me possibilita fazer hoje uma coisa, amanhã outra, caçar de manhã, pescar à tarde, pastorear à noite, fazer crítica depois das refeições, e tudo isto a meu bel-prazer, sem por isso me tornar exclusivamente caçador, pescador ou crítico (1976, p. 41)

Na sociedade industrial, inicia-se a diferenciação entre tempo de trabalho, tempo de não trabalho e tempo livre, devido às mudanças no modo de produção (Bruhns, 1993). O aspecto coletivo e necessário para a sobrevivência que marca as civilizações pré-industriais começa a ser substituído pelo individualismo, trabalho e capital. Esse advento capitalista condena as atividades mais espontâneas e descompromissadas com o sistema. É neste momento que a sociedade inicia o processo de isenção de tempo disponível ao lazer (Ângelo, 2007).

Para Ângelo (2007), as modificações nas atividades de lazer iniciam na sociedade industrial com a consolidação das características essenciais da atual sociedade contemporânea. Neste sentido, as primeiras iniciativas exigiam que o trabalhador industrial se tornasse subordinável e alienado, por trabalho. Assim, o homem deixa de ser subordinável às leis naturais e inicia o processo

de destruição da natureza, a fim de impor suas próprias leis e seus interesses econômicos.

O trabalho é o ordenador do modo da produção e da divisão dos tempos sociais. O trabalho retém as importâncias da sociedade dessa época. O dia era quase todo dividido em tempo de trabalho e tempo de não trabalho, em que o tempo de não trabalho está completamente relacionado à busca de condições básicas para o trabalhador retornar ao trabalho. O tempo de não trabalho ocorria quando o operário alimentava-se e dormia, tornando impossível a existência de tempo livre na sociedade industrial (Ângelo, 2007).

No século XX, a burguesia necessitava do proletariado como mercado consumidor, e por isso foi dado tempo para descanso para a classe proletária, para que esta refizesse o cansaço físico e consumisse os produtos.

As atividades lúdicas - diversões e entretenimento - constituem-se em atos de rompimento com a realidade dessa sociedade, que se torna cada vez mais áspera pela valorização do trabalho e menos ociosa e prazerosa. O homem busca compensação cotidiana por meio do trabalho e do consumo desnecessário (Ângelo, 2007).

Esse desenvolvimento histórico culmina na atual sociedade, denominada “sociedade pós-industrial”. Neste contexto histórico, ocorre a separação radical do tempo destinado ao trabalho e do tempo de não trabalho e diferencia o lazer das obrigações profissionais (Santos Filho, 2005). Formam-se trabalhadores alienados por trabalho e pela valorização excessiva do capital e insensíveis quanto ao valor humano e social do lazer.

Para Ângelo (2007), o tempo livre ao lazer carrega um contexto pejorativo, fazendo com que o sujeito sinta-se desconfortável em assumir qualquer momento de descompromisso com o dever diário do trabalho.

A consequência de o trabalho estar regulamentando o modo de produção e a divisão do tempo no cotidiano das pessoas é a ausência de tempo livre. Considerando as consequências que essa falta de tempo livre pode acarretar para a sociedade, tem-se como a mais importante a consolidação de uma sociedade sem capacidade criadora e isenta de fundamento para formulações críticas sobre a realidade (Ângelo, 2007).

O lazer é considerado imprescindível à manutenção da saúde e à autovalorização das pessoas da terceira idade. É necessário, acima de tudo, que a população se convença de que não é só o trabalho que dá sentido à vida. As energias renovadas, diariamente pelo lazer, poderão também trazer incentivo, otimismo, prazer e mais esperanças para quem o pratica. Quando se participa de atividades de lazer, podem-se estabelecer relações com o meio ambiente e com o mundo, condição esta que favorece o inter-relacionamento das pessoas, contribuindo, de certa forma, para se viver melhor e para o bem-estar de cada um.

Existem muitos estudos na área da Gerontologia, mas poucos se dedicam à questão do lazer, que representa um fator básico para o exercício da cidadania e para a busca de uma vida com mais sentido e qualidade. Além da lacuna nos estudos sobre lazer, existem também lacunas nas iniciativas voltadas para o estabelecimento de ações reais e efetivas nessas áreas.

A atividade de lazer externa tem como um de seus objetivos resgatar as capacidades do idoso, aumentar os relacionamentos sociais e criar possibilidades de integração e de satisfação consigo próprio.

## **5. METODOLOGIA**

Esta pesquisa tem caráter quantitativo (dados de identificação) e qualitativo. A maior parte do trabalho é de caráter qualitativo, visto que tende a responder aspectos peculiares e está voltada para questões que não podem ser quantificadas: o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2007).

As pesquisas qualitativas visam estimular os entrevistados a pensar livremente sobre algum assunto ou conceito, fazendo emergir aspectos subjetivos e atingir motivações não explícitas de maneira espontânea. São usadas quando se buscam percepções e entendimento sobre a natureza geral da questão, abrindo espaço para interpretações.

Inicialmente, realizou-se contato com a direção da casa Lar dos Idosos Nossa Senhora da Saúde, esclarecendo sobre os objetivos da pesquisa e obtendo-se a liberação para sua realização.

O trabalho foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob parecer n. 060/2010 (Anexo 02). Para o trabalho de pesquisa, foram promovidos dois passeios externos programados e os locais visitados foram definidos a partir de sugestões de moradores do Lar e da aprovação dos outros moradores quanto à escolha do local e após inspeção do local para verificação de acessibilidade para este grupo (presença de sanitários adaptados, rampas e corrimão). Os locais escolhidos foram o Jardim Zoológico Municipal e a Praça da Estação, que abriga o Museu de Arte e Ofícios, ambos localizados na cidade de Belo Horizonte.

Todos os 16 moradores foram convidados a participar deste programa. A adesão ficou a cargo de cada um.

Para participar da entrevista, foram selecionados os residentes que não possuíam diagnósticos de disfunção mental e déficit de memória que comprometessem a viabilidade da entrevista e que participaram dos passeios externos; pois estes seriam os indivíduos que tiveram a experiência da atividade externa de lazer.

Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após transcorridas duas semanas do último passeio, foi realizada a coleta de dados, por meio de entrevista semiestruturada, servindo como norteador para as falas dos entrevistados, elaborada pelas pesquisadoras responsáveis pela pesquisa. As informações colhidas foram registradas por meio de gravação em minicassete recorder modelo RQ-L309, marca Panasonic. O uso de gravador durante as entrevistas serviu de facilitador para a coleta de dados e para garantir a fidedignidade das falas, além de proporcionar à pesquisadora maior liberdade para observar os gestos e expressões dos entrevistados.

Cruz Neto afirma:

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos - objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está focalizada. [...] (2002:57).

Posteriormente, as falas foram transcritas para análise. Dos 16 residentes da casa, 14 participaram do primeiro passeio promovido, que se realizou no Jardim Zoológico, sendo 05 homens e 09 mulheres. No segundo passeio, realizado no Museu de Arte e Ofícios, participaram 11 residentes, sendo 03 homens e 08 mulheres. Três idosos que participaram do primeiro passeio não participaram do segundo passeio por problemas de saúde, sendo que um deles se encontrava hospitalizado na data da realização do passeio. Destes, 11 indivíduos participaram dos dois passeios. Destes, 05 apresentam alguma demência ou déficit cognitivo e/ou mental, o que inviabilizou a entrevista, sendo, pois, critério de exclusão. Foram realizadas, portanto, 06 entrevistas com os residentes, sendo 03 mulheres e 03 homens.



As entrevistas foram feitas na própria instituição, para facilitar a coleta de dados. Utilizou-se uma sala disponibilizada pelo diretor da instituição, um grande salão usado como sala de televisão e que, neste dia, não estava sendo usada. Portanto, foi garantida a privacidade dos entrevistados. Uma das senhoras, porém, preferiu que a entrevista se realizasse em seu quarto.

Foram escolhidos pseudônimos para possibilitar maior liberdade de expressão e evitar possíveis constrangimentos. Antes de cada entrevista, esclareceu-se novamente o tema da pesquisa e a importância da contribuição de cada entrevistado para esse trabalho, que objetivava analisar as atividades externas de lazer.

Após a coleta dos depoimentos, foi realizada a análise dos dados. Os dados de identificação foram analisados por meio de tabelas e gráficos descritivos, sendo analisados os dados de todos os moradores do lar. Nesta etapa, o trabalho teve por base o levantamento bibliográfico, as entrevistas gravadas e transcritas na íntegra e as observações feitas pela pesquisadora na Instituição e durante os passeios, que foram registradas no diário de campo.

## 6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com o objetivo de traçar o perfil dos idosos residentes no Lar dos Idosos Nossa Senhora da Saúde, foram analisados dados de todos os moradores do lar.

### 6.1 Perfil dos idosos do Lar Nossa Senhora da Saúde

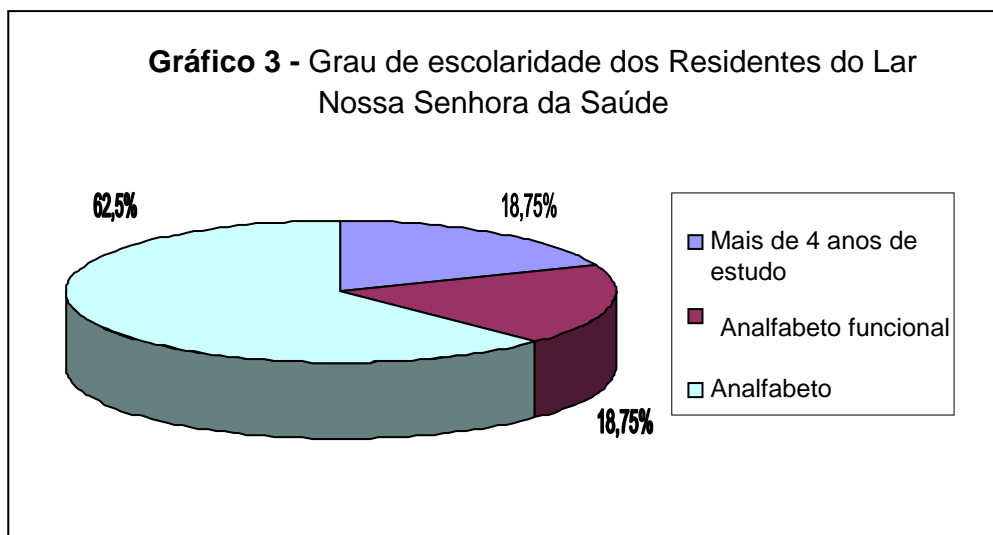
No Lar Nossa Senhora da Saúde residem 16 idosos, sendo 11 mulheres e 05 homens. O processo de feminização da velhice, como já dito anteriormente como particularidade do envelhecimento, pode ser também observado neste asilo, pois as mulheres representam 68% dos residentes.

A maioria dos moradores (68,75%) não possui filhos.

**Tabela 1** – Distribuição dos residentes quanto ao número de filhos

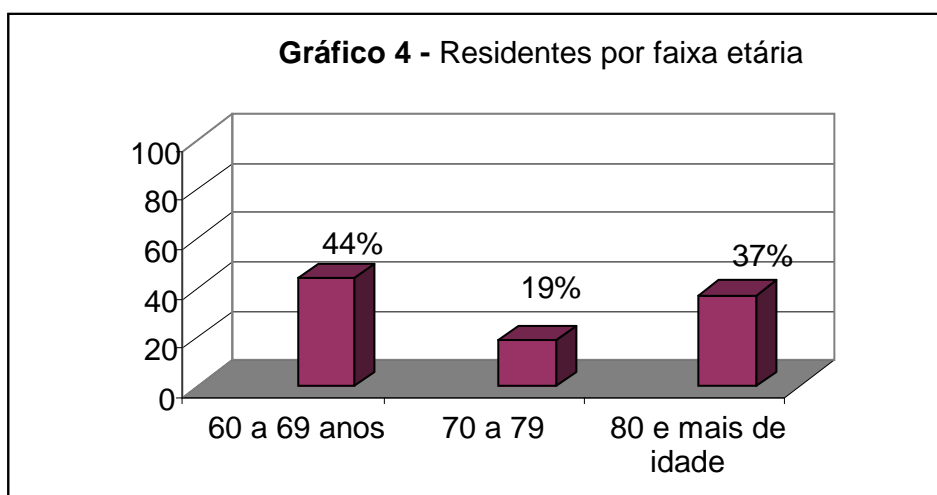
Número de filhos	Quantidade	%
Sem filhos	11	68,75
Um filho	02	12,5
Dois filhos	02	12,5
Quatro filhos	01	06,25
Total	16	100

O grau de escolaridade dos residentes é baixo, sendo 62,5% analfabetos, 18,75% analfabetos funcionais (apresentam menos de 04 anos de escolaridade) e 18,75% possuem mais de quatro anos de escolaridade, sendo apenas 01 com ensino médio completo.



De acordo com o PNAD 2008, os idosos brasileiros mantinham altas taxas de analfabetismo: 32,2% não sabiam ler e escrever, sendo que a taxa de analfabetismo funcional era de 51,7%. O que se observa no Lar dos Idosos Nossa Senhora da Saúde é que o número de analfabetos residentes é superior à média dos analfabetos nacional.

Com relação a faixa etária, 44% dos idosos residentes no país encontram-se entre 60 e 69 anos, seguindo-se a faixa etária de 80 anos e mais de idade, com 37%. Um fenômeno que se observa na sociedade é um crescente nesta população de 80 anos e mais de idade.



No grupo etário de 80 anos e mais, o crescimento superou o dos demais, chegando a quase 70,0%. Em números absolutos, estima-se que este segmento alcançou em 2008 cerca três milhões de pessoas (IBGE, 2008). No Canadá e nos Estados Unidos, as internações de pessoas com 85 anos e mais aumentaram (Born, 2002).

**Tabela 2 – Distribuição dos residentes quanto à religião**

<b>Religião</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Católicos	14	88
Evangélicos	02	12
Total	16	100

Dos internos, 88% se diziam católicos. O Brasil é o maior país católico do mundo, contando 125 milhões de pessoas, ou 74% da população, segundo o censo de 2000, fato que confirma os resultados obtidos.

**Tabela 3 – Distribuição dos residentes quanto ao estado civil**

<b>Estado Civil</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Solteiros	13	81,25
Viúvos	01	6,25
Casados	0	0
Separados	02	12,5
Total	16	100

Os solteiros são o maior contingente dos residentes, totalizando 81,25%; e 18,75% são de viúvo e/ou separados. Isso significa que a totalidade dos idosos é de pessoas sós.

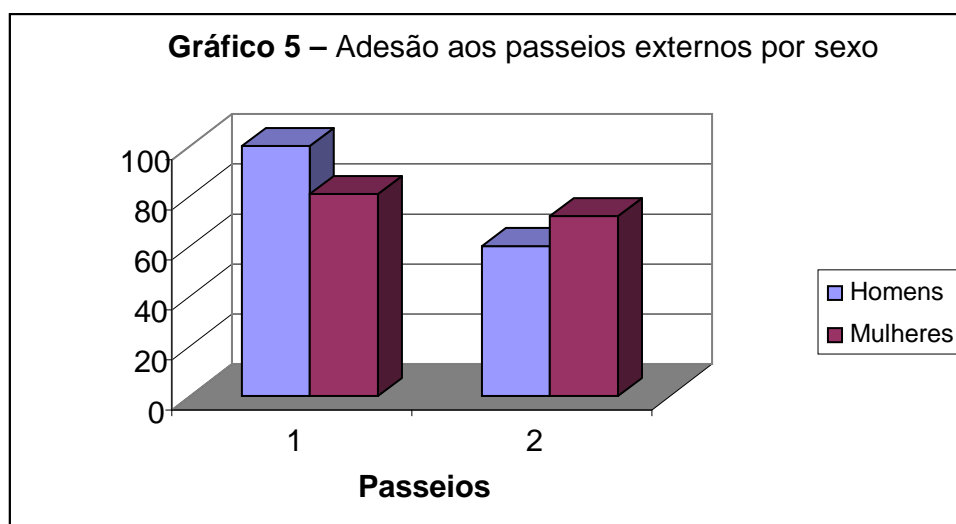
Segundo Veras (1994), a companhia é um aspecto positivo no sentido de prolongar a vida na idade avançada, considerando-se que as taxas de mortalidade são menores para homens e mulheres casadas.

Sobre a situação da moradia, antes de irem para o Lar, percebeu-se que o maior percentual de pessoas em situação de rua, foram abrigadas. Apenas 25% moravam com filhos, proporção menor que a constatada pelo PNAD. Segundo o PNAD de 2008, a proporção de idosos que moravam com filhos era de 33,3%. Ainda segundo esta fonte, 12,8% eram de domicílios de apenas um morador na região Sudeste.

**Tabela 4 – Situação de moradia anterior a institucionalização**

Moradia anterior	Quantidade	%
Situação de rua	6	37,5
Moravam com filhos	2	12,5
Moravam com parentes (irmãos e/ou sobrinhos)	4	25
Sozinhos	4	25
Total	16	100

Dos moradores do Lar, participaram do primeiro passeio, ao Jardim Zoológico, 14 indivíduos sendo 09 mulheres e 05 homens. Ou seja, 100% dos moradores do sexo masculino e 81% das residentes do sexo feminino. Do segundo passeio, ao Museu de Arte e Ofício, participaram 11 pessoas, sendo 08 mulheres e 03 homens.



No passeio 01, correspondente ao Jardim Zoológico, houve maior participação masculina (em termos de porcentagem). Em contrapartida, no passeio 02, ao Museu, houve maior participação de mulheres, não se registrando uma relação direta entre sexo para a adesão ao programa de passeios externos. Porém, 03 residentes (02 homens e 01 mulher) que participaram do passeio ao Jardim Zoológico não participaram do passeio ao Museu, por problemas de saúde.

## 6.2 Análise das entrevistas

Com o objetivo de analisar o impacto das atividades de lazer externas na vida dos residentes do Lar Nossa Senhora da Saúde, foram analisadas as entrevistas realizadas com os idosos.

Os idosos do Lar Nossa Senhora da Saúde foram receptivos à ideia de participar da pesquisa. O que talvez tenha colaborado foi o fato de os pesquisados já conhecerem a pesquisadora e de o Lar estar aberto a visitantes e estagiários dispostos a contribuir com a instituição.

O senhor Arlindo, 86 anos, mostrou-se muito disponível ao ser solicitado a dar uma entrevista. Durante os passeios, queria sempre ser independente e, mesmo apresentando dificuldades para caminhar, não aceitava ajuda.

A senhora Adélia, 83 anos, ficava emocionada ao falar da mãe. Mas logo sua alegria voltava, e ela não se deixava abater. Durante os passeios, observou todo o trajeto percorrido pelo ônibus e bateu palmas ao ver a Lagoa

da Pampulha, momento em que ressaltou saudosa: *“Ah, quanto tempo eu não via esta lagoa. Está tudo diferente agora. A última vez que passei por aqui ainda era mocinha”* (Diário de campo).

A senhora Vicentina, 81 anos, estava sempre muito risonha, mas com o olhar distante ao falar de sua vida. Durante os passeios, preocupava-se com os outros residentes, principalmente com os que tinham maior dificuldade de locomoção. Tentava, a todo tempo, auxiliá-los. Muito comunicativa, no Museu, a cada peça observada, comentava que já conhecia a ferramenta ou o utensílio, dos anos em que morou no interior. Recordava-se sempre de seus parentes e afirmava como eles manuseavam as ferramentas.

O senhor Getulio, 80 anos, ficou várias vezes emocionado e chegou a derramar algumas lágrimas ao recordar-se do seu passado e atentar-se à sua atual condição de saúde. Participou dos passeios, sempre receoso de estar incomodando, uma vez que anda mais devagar que os outros idosos, por consequência de limitações físicas, decorrentes de um acidente vascular encefálico (AVE). No Museu, aceitou usar a cadeira de rodas para se locomover. Dessa forma, pode conhecer todos os locais visitados, participando de todo o percurso pelo ambiente. Já no Jardim Zoológico, preferiu ficar assentado em um banco, apreciando o elefante e os animais que sua vista alcançava, e dessa maneira, não atrasar o grupo na visita aos outros animais.

A senhora Eulália, 68 anos, ficou próxima à porta para esperar sua vez de ser entrevistada. Ficava sempre muito entusiasmada com os passeios. Ao ser chamada, no Jardim Zoológico, para ir embora, demonstrou feições de tristeza e reclamou: *“Não vou embora agora. A gente demora tanto para sair e tem que voltar logo.”* (Diário de campo).

O senhor Fausto, 67 anos mostrou-se muito solícito ao ser convidado a participar da pesquisa. Porém, é um homem de poucas palavras. Muito observador, durante o passeio, quase não conversou, ficando sempre afastado do grupo.

Com base nas entrevistas com os seis residentes, algumas questões foram apontadas como relevantes para a pesquisa. Podem-se traçar linhas de

comparação entre a situação observada na Instituição Nossa Senhora da Saúde e o conteúdo previsto pela revisão teórica.

Ao serem indagados sobre o que é lazer, três dos entrevistados afirmaram não saber o significado:

*Hein, lazer... lazer... lazer... Sei não.*

*É comida de gente grande? (Risos) (Vicentina)*

*Não entendo, não. (Fausto)*

*Sei não. (Eulália)*

Tais afirmativas são reforçadas pelo trabalho de Dias e Schwartz (2005), em que afirmam que falta esclarecimento para a população idosa sobre esta temática. Após os entrevistados declararem desconhecer o significado da palavra *lazer*, antes de se prosseguir com a entrevista, este termo foi modificado durante as perguntas, sendo então substituído pelas palavras: *descanso, diversão e desenvolvimento/aprendizagem*.

Outros dois idosos associaram lazer como forma de descanso:

*Lazer, olha, eu escuto dizer que lazer é descanso, ficar à toa.*

*É descanso. (Arlindo)*

*Como se diz, é a gente ficar sossegada num canto, fazer alguma coisa para ajudar os outros. Não é isso? (Adélia)*

Descanso é uma das funções do lazer, de acordo com o conceito de lazer do sociólogo Joffre Dumazedier. A senhora Adélia, além de definir lazer como forma de descanso, associou-o a trabalhos que possam ajudar outras pessoas, o que pode ser entendido como uma forma de sentir-se prestativo e participativo no seu grupo social. De acordo com Romero (2002), ao realizar um projeto de vida com um propósito solidário, o idoso pode concretizar a necessidade de sentir-se útil e comprometido consigo mesmo e com a sociedade.

Um dos idosos definiu lazer como sinônimo de diversão:



*É divertir.* (Getúlio)

A outra função do lazer, que é a diversão de acordo com o estudioso Dumazedier, também foi citada. A associação de lazer ao desenvolvimento também conceituado pelo estudioso referido não foi mencionada por nenhum dos entrevistados.

Quando indagados sobre as atividades de lazer na instituição, dois dos moradores relatam não ter nenhuma. A televisão foi apontada pelo senhor Arlindo e pelo senhor Fausto como a única alternativa de lazer possível na instituição:

*Olha, para distrair, enfim, é só televisão. Eu assisto bastante à televisão. Só à noite. Praticamente só à noite. De tarde, às vezes, assisto aqui mesmo (aponta para o aparelho que existe na sala onde estamos), aqui, quando eles ligam. Aí, eu fico aqui um bocado, algum tempo. Mas na maior parte do tempo eu assisto é à noite. E a única distração, a única que eu tenho, é essa. É.* (Arlindo)

*Assisto televisão.* (Fausto)

Além da televisão, a senhora Vicentina aponta também o rádio como forma de lazer na instituição.

A senhora Eugênia aponta a tapeçaria como atividade de lazer que pratica na instituição:

*Faço tapete* (Eugênia).

Dos seis residentes pesquisados, quatro relataram que a televisão, o rádio ou as atividades manuais são as atividades de lazer realizadas na instituição. Isso corrobora com a pesquisa de Corteletti e colaboradores (2004), que afirmam que as atividades oferecidas aos residentes de instituições de longa permanência são assistir à televisão, ouvir rádio, trabalhos manuais, alguma atividade física, jogos e práticas religiosas.

Parente Filho (1978) lembra que o lazer não é um passatempo qualquer. O autor o considera muito importante para o bem-estar do homem. O lazer criativo pode ser um aliado na tentativa de amenizar a vida e torná-la mais alegre. Segundo este autor, o lazer passivo não traria nenhum benefício para o

desenvolvimento.

De acordo com Dumazedier, os trabalhos manuais são uma classificação do lazer, entendidos como atividades práticas que trazem prazer, por meio do manuseio de matéria-prima, imprimindo-lhes um sentido estético e/ou utilitário.

Durante a entrevista foi perguntado aos idosos sobre a atividade de lazer preferida. A senhora Adélia aponta como atividade preferida de lazer, ajudar em alguma tarefa do cotidiano. Mas, como é impedida pelos funcionários da instituição, devido a suas limitações físicas, acaba optando por dormir:

*Minha atividade de lazer preferida, o que a pessoa precisar, eu ajudo, sabe. Mas aqui eu nem posso fazer nada, porque eu tenho que andar de bengala. Sempre tem que ficar alguém perto de mim senão eu vou no chão. Aí, aqui eu não faço nada. Aqui eu durmo (risos). Aqui eu deito o dia inteiro e durmo. Por Deus, dormir de dia! (Adélia).*

Sobre a mesma pergunta, o senhor Getulio afirma que sua atividade de lazer preferida é jogar baralho. Porém, como ninguém no local joga, ele não realiza tal atividade. Os outros quatro pesquisados afirmam não ter atividade de lazer preferida:

*Não tenho estas coisas (Vicentina)*

*Tem não. (Eulália)*

De acordo com o trabalho de Davim et al. (2004), um grupo de idosos de Maringá relatou como atividades de lazer mais prazerosas, aquelas realizadas em grupo. As atividades como ouvir música, assistir televisão, viajar, cuidar do jardim, cozinhar, jogar cartas e fazer caminhada também foram citadas pelos idosos pesquisados no trabalho citado.

Percebe-se que a prática de atividades de lazer e passeios não fazia parte da rotina destes sujeitos.

*Antes eu não tinha distração nenhuma. Eu não tinha, não. Era só trabalhar e descansar, dormir. (Arlindo)*

*Não fazia nada. Só trabalhava. Vida sofrida. Sofri muito. Não passeando nada. Só trabalhava. Sofri muito. (Eulália)*

Percebe-se pela fala dos idosos que não existia tempo de lazer; somente tempo para trabalho. De acordo com Ângelo (2007), na sociedade pós-industrial, existe a ausência de tempo livre e a supervalorização do trabalho. Segundo este autor, a consequência de o trabalho estar regulamentando o modo de produção e a divisão do tempo no cotidiano das pessoas é a geração de uma sociedade sem capacidade de criação e sem fundamentos para formulações críticas sobre a realidade.

Quando perguntados sobre as atividades de lazer que já foram realizadas fora da instituição, todos citaram apenas os passeios que ocorreram em consequência da realização desta pesquisa.

Sobre as vezes que saiu da instituição, apenas a senhora Eulália respondeu que, além dos passeios, só vai ao posto médico para cuidar de uma ferida que tem na perna esquerda.

*Só saio pra fazer curativo. Só isso. (Sra. Eulália)*

Os outros entrevistados relataram não sair da casa, o que talvez possa caracterizar a instituição como fechada. Para Corttelletti et al. (2004), nas instituições asilares, os velhos vivem em espaços fechados, realizando as atividades sempre com o mesmo grupo de pessoas, atendendo, dessa forma, às exigências institucionais, e não às pessoais.

Ao serem indagados se gostariam de participar de outros passeios, pôde-se perceber uma posição passiva por parte de alguns idosos:

*Não sei. Eles aí é que sabem. Olha, porque tem que ter motorista para dirigir. E o senhor Roberval é ocupado, não é? Outros motoristas, além dele, cobram uma taxa para dirigir o carro, para dirigir o carro (pausa) para levar a gente. Então, fica inteiramente a critério deles, compreende? (Sr. Arlindo)*

Moragas (1997) diz que o processo de institucionalização restringe os laços com o meio externo, fazendo com que o idoso assuma um papel totalmente passivo, tanto economicamente como socialmente. Goffman (2001) concorda com esta posição ao afirmar que a institucionalização pode acarretar à pessoa o afastamento do convívio social e a negação da autonomia de decidir sobre a própria vida, uma vez que tal responsabilidade fica a cargo da instituição. Visão similar também é apresentada por Soares (2001) quando

expõe que a institucionalização parece restringir a autonomia de seus residentes com as regras que ela estabelece.

Pôde-se perceber, ao responderem se gostaria que acontecessem outros passeios, uma desistência da vida:

*Atualmente, a gente não tem mais esperança nem desejo de participar dos passeios. (Arlindo)*

*Agora, não. Eu tô mais para o fim. Eu quero é ficar quieta. A ilusão acabou. A idade, né? Eu devo ter mais dos 100 (risos). Muito mais. (risos) (Vicentina)*

Héredia et al. afirmam que o asilamento, por todas as suas implicações e circunstâncias, leva à apatia, à passividade, à alienação e à falta de desejo. Percebe-se que estes idosos asilados não investem no presente e não projetam o futuro. Isso condiz com o estereótipo de que o idoso está no fim da vida e que a alternativa que lhe resta é a de esperar a morte.

O senhor Getulio aponta as limitações físicas como elemento que impede sua saída do lar, restando-lhe apenas um sentimento de resignação.

*Quando eu tinha saúde tava bom. Eu pensava assim: eu vou em tal lugar agora, e ia. E agora? (Pausa) Eu era um homem decidido. Eu pensava: eu vou em tal lugar, e ia mesmo! Agora acabou. (Getulio)*

Segundo Matsudo et al. (2002), as perdas funcionais decorrentes do envelhecimento podem alterar significativamente a qualidade de vida dos idosos, provocando a sensação de que suas condições físicas são insatisfatórias, ocasionando grandes prejuízos à sua autonomia.

Ao serem indagados se gostaram dos passeios, todos deram uma resposta positiva:

*Eu achei bonito. Eu gostei das coisas que tinha lá, das coisas, igual que tem na roça. O negócio de fiar algodão, de moer*

*cana. Adorei muito, adorei muito lá. (Referindo-se ao Museu de Artes e Ofícios). Do Zoológico eu adorei os passarinhos. Eu gostei muito. (Eulália)*

*Achei muito bom. O Museu eu achei muito interessante aquilo. O mostruário de pessoa primitiva. (Fausto)*

*Nossa! Foi uma beleza. Muito bom. (Choro) É uma diversão. A gente alembra de alguma coisa. Quando a gente tem saúde, tudo é bem. Perdeu a saúde, acabou. (Choro). (Getúlio).*

*Eu gostei muito, no Zoológico, das aves. Eu gosto muito de aves, sabe? Eu gostei muito de ver os passarinhos. Tinha um passarinho vermelho, mas tão bonito! De pena vermelha, né? Mas tão bonito que eu achei lindo. Eu fiquei parada, assim, olhando. (Adélia).*

*Eu gostei do Zoológico, Tinha bicho de todas as espécies. (Vicentina)*

O lazer possui três funções importantes, de acordo com Dumazedier (2004): o descanso, o divertimento e o desenvolvimento.

Pela resposta dos residentes, pôde-se perceber que os passeios programados trouxeram dos três elementos somente a oportunidade de divertimento. Apenas um dos entrevistados aponta a atividade de lazer como oportunidade de desenvolvimento:

*Eu achei ótimos, bons, muito bons. A gente se distrai e aprende. A gente tira conhecimento, adquire conhecimento das coisas, da cidade. Passa a conhecer melhor os bairros, a senhorita entendeu, não é? É isso. (Arlindo)*

De acordo com Gomes e Pinto (2006), a função do desenvolvimento é a mais difícil de ser alcançada em nossa sociedade, devido às características da indústria cultural e de consumo, que marcam nosso meio.

Um dos motivos que se pode justificar o lazer como não trazendo elementos para o desenvolvimento dos idosos é a história de vida dos indivíduos pesquisados, que, como já foi dito, não tinham o lazer como rotina

na vida. Isso influencia consideravelmente a percepção de uma atividade no pós-asilamento.

Ao serem perguntados sobre quais atividades gostariam de ter no lar, as respostas foram variadas.

Pôde-se perceber uma atitude passiva do senhor Getulio, do senhor Arlindo e de dona Vicentina:

*Do jeito que tá, tá bom. (Getulio)*

*Não tem nada que eu queira. (Arlindo)*

*Nada (Vicentina)*

Mais uma vez, pôde-se perceber que estes idosos têm em mente que na velhice não há nada para se fazer senão esperar pela morte.

Dona Adélia novamente remete o desejo de se sentir útil:

*Aqui qualquer coisa que eles me dessem para fazer eu ajudava. Mas eu não posso fazer nada, por enquanto. Ajudava qualquer coisa. (Adélia)*

Pela fala do senhor Fausto pode-se perceber que ainda existe um desejo de aprender:

*Estudo. (Fausto)*

Dessa forma, pôde-se perceber que senhor Fausto tem um projeto de vida. De acordo com Machado (2004), as pessoas planejam projetos, porque acreditam no futuro. Com isso, pôde-se perceber que nem todos os idosos da casa têm uma posição passiva.

Eugênia mostra-se disposta a ter alguma atividade de lazer. Ela aponta que gostaria de participar novamente dos passeios.

*Qualquer coisa, eu faço. Eu gostaria que tivesse mais destes passeios. (Eugênia)*

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio desta pesquisa, estudou-se o impacto das atividades externas de lazer na vida dos residentes do Lar Nossa Senhora da Saúde, localizado no bairro São Geraldo, em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. Baseando-se na fala dos residentes, procurou-se identificar elementos que pudessem contribuir para a reflexão e o debate do lazer na vida dos idosos, uma vez que se propôs pensar a questão do lazer externo das pessoas idosas, por categoria de análise estabelecida pela literatura, como: conceito de velhice, instituição de longa permanência e lazer.

Foram realizados dois passeios externos com os residentes do Lar dos Idosos Nossa Senhora da Saúde: ao Jardim Zoológico Municipal e ao Museu de Artes e Ofícios, para que eles pudessem vivenciar atividades de lazer externas ao lar. Para concretizar a pesquisa, contou-se com a adesão da direção da casa e dos próprios residentes. Observou-se que não houve constrangimento por parte dos residentes e dos funcionários com a presença da pesquisadora na Instituição, o que colaborou para que fossem mantidos os contatos e pudesse ser realizada a entrevista.

A metodologia escolhido foi o qualitativo, visto que tende a responder aspectos peculiares e está voltado para o universo dos significados. Foi utilizado o método quantitativo para a análise dos dados de identificação.

A Instituição estudada, apesar de apresentar um número pequeno de residentes, atende a uma população diversificada, pois se trata de uma casa que abriga pessoas dependentes e independentes, pessoas com problemas psiquiátricos e também idosos com déficit cognitivos, todos com histórias de vida peculiares.

Um dos problemas surgidos durante a pesquisa foi o desconhecimento, por parte dos residentes, do significado da palavra *lazer*, a temática principal da pesquisa. Diante do ocorrido, foi preciso substituir a palavra lazer, para que fosse dada continuidade à coleta de dados. No transcorrer da entrevista, a



palavra não mais foi mencionada, sendo usada somente durante a redação deste trabalho. Como a diferença sociocultural entre pesquisador e pesquisado pode interferir no resultado do trabalho, foi preciso, então, reconhecer esta diferença e modificar a linguagem utilizada para que não se comprometesse a investigação.

Observou-se que mesmo em relação àqueles que conheciam o termo *lazer*, pôde-se perceber certa superficialidade nas respostas dadas pelos entrevistados, o que nos leva a crer que existe uma ausência de esclarecimento por parte dos idosos sobre a temática abordada, o que pode significar falta de conhecimento e de vivência sobre o assunto, uma vez que no decorrer da pesquisa, os moradores deixaram claro em suas falas que, no período em que não residiam no lar, só trabalhavam, não tendo tempo para o lazer.

Assim, nem sempre o tempo livre conquistado pelos idosos é valorizado, porque estavam acostumados com outro ritmo de vida, o da produção. Agora, sem obrigações profissionais, são donos de um extenso tempo livre e não sabem o que fazer com o mesmo e nem como utilizá-lo.

De acordo com Castro e Rodrigues (1992), existe uma dificuldade que bloqueia o desempenho natural desse fazer na vida dos idosos. São fatores físicos, psicoemocionais e sociais. Os físicos englobam as limitações da idade, causadas pelos desgastes físicos naturais, prejudicando a independência nas realizações de atividades; os psicoemocionais resultam na solidão, depressão, perdas, problemas familiares, sentimentos de inutilidade e os sociais abarcam a desvalorização e a marginalização dos idosos.

É necessário promover uma maior conscientização sobre o lazer para esta faixa etária, mostrando seus benefícios e as diversas formas de vivenciá-lo, contribuindo assim para a busca de novas alternativas, permitindo aos idosos saírem do cotidiano dos seus lares, para participarem de atividades externas, vivenciarem espetáculos de dança, teatro, cinemas, apresentações folclóricas, entre outras. O que se percebeu na pesquisa é que os residentes do Lar Nossa Senhora da Saúde não participaram e/ou não foram estimulados a realizar atividades de lazer. A vida desses idosos no Lar consistiu sempre na

constante mesmice: acordar, comer, banhar-se, esperar o tempo passar e dormir.

A conscientização, pelo segmento idoso, da importância do lazer como fonte de descanso, de divertimento, de desenvolvimento - com a assimilação de conhecimento, de convívio social e integração com a sociedade, permitiria mudar esse quadro, o que tornaria fator preponderante o lazer em suas vidas.

Considerando-se os benefícios das atividades de lazer, com a participação dos idosos aos passeios, esperava-se que após essas excursões, eles aumentassem os seus relacionamentos sociais, criassem possibilidades de integração, despertassem o desejo de sair e conhecer novos horizontes, e melhorassem a satisfação consigo mesmo; porém, não se confirmou plenamente a identificação desta premissa. Ao serem questionados quais as atividades de lazer que gostariam que constassem na programação do Lar, apenas uma senhora manifestou vontade de realizar novos passeios. A grande maioria não manifestou desejo de mudança na rotina da casa, o que confirma a afirmação de Mercadante (2005), ao relacionar velhice e tempo, de que o velho não investe no presente e nem faz projetos para o futuro. Segundo ela, para o idoso que só tem passado, só lhe resta esperar a morte.

E esse acomodar-se, essa 'quietude' e essa passividade confirmam a visão de Varela (2003) que destaca que em nossa sociedade, a velhice é encarada como um momento de dificuldades, de declínio, não tendo mais nada a realizar, uma vez que restam apenas alguns anos de vida.

De acordo com dados do IBGE, a partir de 1950, a esperança de vida ao nascer em todo o mundo aumentou 19 anos e hoje em dia, uma em cada dez pessoas tem 60 anos ou mais. Atualmente, é possível encontrar pessoas que vivem e bem, até os cem anos ou mais, o que era quase impossível nos anos passados. A possibilidade de maior tempo de vida faz com que a velhice seja uma fase longa e por isso deve ser vivida plena e integralmente, dando condições ao idoso de ter projetos a serem realizados nesta etapa e permitindo ter sonhos a serem concretizados.

Conhecer um pouco da história de vida de alguns internos possibilitou-nos enxergar que as atividades que possibilitam formas de desenvolvimento na

velhice dependem da história de vida anterior ao asilamento, da “bagagem” emocional, da experiência de vida que cada indivíduo carrega consigo.

Para todos os entrevistados, a experiência de passeios externos ao lar trouxe uma sensação agradável e emocionante, pois foi possível a cada um dos participantes voltar no tempo, recordar-se de sua mocidade e de seus familiares, identificar-se com objetos e utensílios vistos, proporcionando um resgate de seu passado e, concomitantemente, agregando novas experiências e conhecimentos de um tempo presente.

Porém, percebeu-se uma posição passiva e conformista, por parte de alguns moradores, quanto ao gerenciamento de suas vidas por funcionários da Instituição. Tal conformismo vem reforçar a ideia pejorativa do senso comum de que o tempo de vida que resta aos idosos é apenas aquele para esperar pela morte.

No Lar Nossa Senhora da Saúde faltam estímulo por parte dos moradores e funcionários para a criação e realização de novas atividades e também de recursos financeiros para a concretização destas atividades, o que impede que os idosos aproveitem melhor seu tempo. Ao observar o cotidiano destes idosos, notam-se apenas sujeitos sentados em cadeiras, em silêncio ou andando de um lado para o outro entre as paredes que os cercam.

Pinto (1996) enfatiza que o lazer constitui um dos elementos essenciais à construção dos sentidos de corpo pessoal e de corpo coletivo, representando um dos pilares das relações do sujeito com ele mesmo, com outros sujeitos, com espaços e tempos existenciais - geográfico, político, econômico, cultural, histórico etc. De acordo com a autora, o lazer pode ser considerado um dos instrumentos de mudanças históricas que abre espaço para a compreensão dos conflitos entre os sujeitos e a sociedade, e a compreensão de valores, papéis sociais e alternativas de ação, pois é assumido como uma necessidade cotidiana capaz de influenciar as relações socioculturais.

Não se está falando, contudo que é fácil retirar os idosos de seus lares. É seguro mantê-los protegidos no ambiente domiciliar, pois a rua sempre é um obstáculo para as pessoas com dificuldade de locomoção. Durante a visita ao Zoológico ocorreu um contratempo com um dos idosos - na pressa de manter-

se junto ao grupo e já tendo recusado por várias vezes a ajuda dos voluntários que acompanharam os idosos durante o passeio, o Sr. Arlindo sofreu uma queda. Felizmente, esta queda não gerou grandes consequências: o resultado do tombo foram cinco pontos no nariz, os óculos quebrados e um grande susto. A preocupação do Sr. Arlindo contudo, não foram os cortes, nem a perda dos óculos, mas a reação de alguns funcionários que não permitiriam, em outras oportunidades, sua saída da casa; que, decerto o repreenderiam pelo “descuido” - como se o seu tombo tivesse sido intencional; e, sobretudo com o “trabalho” que ele deu à pesquisadora e voluntários que tiveram que levá-lo ao Posto de Saúde, pedindo desculpas inúmeras vezes “pelo transtorno ocasionado”.

O subir e descer do ônibus foram também um grande obstáculo a ser vencido nos dois passeios, pois era necessária sempre uma grande ajuda à maioria dos idosos para que os degraus do ônibus fossem superados; mesmo com a presença de barras para facilitar, foi difícil a entrada dos idosos no ônibus. A realidade brasileira está muito aquém das necessidades da população, não só deficiente como idosa, e a pequena frota de ônibus adaptados, com presença de elevador, ainda não é uma constante em nosso meio. Mas apesar das adversidades, não se pode impedir a oportunidade de novas experiências e é necessário investir em atividades externas ao Lar.

O aumento crescente da população idosa no Brasil acentuará as dificuldades da questão da moradia na velhice. As instituições para pessoas idosas serão indispensáveis na sociedade. Porém deve-se refletir em novas concepções de atendimento asilar, em que não só as questões como alimentação e higiene sejam consideradas como prioridade. É necessário que as instituições de longa permanência tragam, para os idosos, alternativas de integração à sociedade, relacionamento interpessoal e atividades que lhes proporcionem prazer. A instituição deve promover condições para que os idosos tenham projetos de vida, planos a serem realizados e possam usufruir o seu tempo livre de maneira proveitosa e construtiva.

Os tempos históricos, as culturas, as classes sociais, as histórias pessoais, as condições educacionais, os estilos de vida, os gêneros, as profissões e as etnias são fatores que influenciam o processo de

envelhecimento e o tipo de envolvimento que os idosos têm com o lazer (Neri e Cachioni, 1999). Apesar de esses idosos não terem vivenciado atividades de lazer no decorrer da vida, tal fato não impede que estas atividades lhes proporcionem benefícios na velhice, como declara Cícero (2008).

A responsabilidade pela implementação de políticas públicas de lazer precisa ser devidamente assumida pelo Estado. Contudo, esse encargo deve ter a participação da sociedade e da iniciativa privada, tomando-se o cuidado para que o lazer não seja visto apenas como item de consumo, mas, sobretudo como fonte de prazer, riqueza de conhecimento, socialização e sabedoria.

Esta pesquisa permitiu perceber possibilidades de acompanhamento, de ajuda e de prazer recíproco, portanto pretende-se dar continuidade às atividades externas e internas de lazer, com os idosos do Lar Nossa Senhora da Saúde.

Finalmente, é importante que haja uma busca contínua pelo que é realmente significativo para a vida do idoso, a fim de colaborar com este grupo social em todos os campos possíveis, inclusive no lazer. Ressalta-se que é imprescindível a realização de outros estudos que permitam melhorar a qualidade de vida, dos idosos, principalmente a dos institucionalizados.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, J. et al (2004). *Mapping elderly migration in Brazil using data of 1995 – 2000*. Belo Horizonte, Associação Brasileira de Estudos Regionais.
- ANDRADE, A.M.T.L, GUERRA, M.O., ANDRADE, G.N., ARAUJO, D.A.C. e SOUZA, J.P. (2006). Mortalidade materna: 75 anos de observação em uma Maternidade Escola. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, p.p 380-7.
- ÂNGELO, F. D. (2007). Consensos do lazer diante de um paradigma histórico-cultural. 13(4) *Revista Urutágua*. Paraná, DSC/UEM.
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2005). *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283*.
- ANTUNES, C. (2002) Corte nos benefícios. (27) *Veja* . São Paulo, Abril.
- AQUINO, E.M.L., MENEZES, G.M., AMOEDO, M.B.E. e NOBRE, L.C.C. (1991). Mortalidade feminina no Brasil: Sexo Frágil ou Sexo Forte? 7(2). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, p.p. 174-189.
- BEAUVOIR, S. (1970). *A velhice*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- BORN, T. e BOECHAT, N.S. (2006). A qualidade dos cuidados aos idosos institucionalizados. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A.L. CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. e ROCHA, S.M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- BRUHNS, H.T. (1993). *O corpo parceiro e o corpo adversário*. Campinas, Papirus.
- CAMARANO, A.A, et al (1999). *Como vai o idoso brasileiro?* Rio de Janeiro, IPEA
- CAMARANO, A.A (2002). *E a vida se alonga além dos 60: Como?* Rio de Janeiro, IPEA
- CAMARANO, A. A.; ANDRADE, A.O. e KANSO, S. (2009). *Perpectivas de crescimento para a população Brasileira: Velhos e Novos Resultados*. Brasília, IPEA.
- CAMARANO, A. A.; ANDRADE, A. O.; MELLO, J. L. E.; CHRISTOPHE, M.; EPIFANIO, S.; KANSO, S. e LEMOS, V. R (Orgs.). (2008). *Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos - Região Centro-Oeste*. Brasília, IPEA.
- CAMARANO, A. A.; ANDRADE, A. O.; FERNANDES, D.F.; MELLO, J. L. E.; CHRISTOPHE, M.; EPIFANIO, S.; KANSO, S. (Orgs.)(2008). *Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos - Região Sul*. Brasília, IPEA.
- CAMARANO, A. A.; ANDRADE, A. O.; FERNANDES, D.F.; DINIZ, H.; MELLO, J. L. E.; EPIFANIO, S. e KANSO, S. (Orgs.)(2008). *Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos - Região Nordeste*. Brasília, IPEA.
- CAMARANO, A. A.; ANDRADE, A. O. ; MELLO, J. L. E. ; CHRISTOPHE, M.; EPIFANIO, S.; KANSO, S. e LEMOS, V. R (Orgs.). (2007). *Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos - Região Norte*. Brasília, IPEA.
- CAMARANO, A. A. e PASINATO, M. T. (2007). *Envelhecimento, Pobreza e Proteção Social na América Latina*, Brasília, IPEA, p.p 7- 9.

- CAMARANO, A. A.; KANSO, S; MELLO, J. L. E.; (Orgs.)(2004). *Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60? Como vive o idoso brasileiro?* Brasília, IPEA.
- CASTRO, C. R. N. de. ; RODRIGUES, R. A. P. (1992) O idoso e a aposentadoria. *Revista Escola Enfermagem*. 26 (3). São Paulo, pp. 275-288.
- CÍCERO, M.T. (2008). *Saber Envelhecer*. Porto Alegre , L&PM.
- CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, Brasília , Senado Federal.
- CORTTELLETI, I. A.; CASARA, M. B. e HERÉDIA, V. B. M.(Orgs) (2004). *O idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul, Educs/Edipucrs.
- CRUZ NETO, O. (2002). O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S (org.). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Rio de Janeiro, Vozes, p.p. 51-66.
- D'ALENCAR, R. S. (2002). Ensinar a viver, ensinar a envelhecer: desafios para educação de idosos. In: *Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*. UFRGS. Vol.4. Porto Alegre: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Rio Grande do Sul, PROEXT/UFRGS.
- DEBERT, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de privatização do envelhecimento*. São Paulo, Edusp.
- DAVIM R.M.B., et al. (2003). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. 12 (3) *Revista Latino Americana de Enfermagem*. São Paulo. p.p. 518-24.
- DIAS, V.K. e SCHWARTZ, G.M. (2005) O lazer na perspectiva do indivíduo idoso. 10 (87) *Educación Física y Deportes, Revista Digital*. Buenos Aires.
- DUMAZEDIER, J. (2004). *Lazer e cultura popular*. São Paulo, Perspectiva.
- ESTATUTO DO IDOSO.(2003). Lei 10.741, de outubro de 2003, Brasília.
- FERRARI, M. A. C.(1996). Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo, Atheneu , pp 98-105.
- FILIZZOLA, M. (1972). *A velhice no Brasil: etarismo e civilização*. Rio de Janeiro ,Cia Brasileira de Artes e Cultura.
- FOUCAULT, M. (2004). *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo, Martins Fontes.
- GOLDANI, A. M. (1999). Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: CAMARANO, A. A. *Muito além dos sessenta anos*. Rio de Janeiro ,IPEA.
- GOMES, C.L. e PINTO, G. B. (2006). O lazer na velhice: reflexões sobre as experiências de um grupo de idosos. 9(2). *Revista Kairós*. São Paulo, EDUC.
- GORDILHO, A. et al. (2000). *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro, UnATI/UERJ.
- GOFFMAN, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva.
- GROISMAN, D.(1999). *A infância do Asilo: A Instituição da Velhice no Rio de Janeiro da Virada do Século*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- HERÉDIA, V. B. M. et al. (2004). Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In: CORTELLETTI, I.A. et al. *Idoso asilado, um estudo gerontológico*. Caxias do Sul, RS: Educs/ Edipucrs, pp. 13-60.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro, IBGE.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2006). Síntese de indicadores Sociais. Rio de Janeiro, IBGE.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro, IBGE.
- KEINERT, T.M.M. e ROSA T.E.C. (2009) Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e intitucional. *Envelhecimento & Saúde*. São Paulo, Instituto de Saúde.
- MACHADO, N. J. (2004). *Educação: projetos e valores*. São Paulo, Escrituras.
- MARCELLINO, N. C. (2004). *Lazer e trabalho, no cotidiano da sociedade pósindustrial, a partir da obra de Domenico de Mais*. 7(2). Belo Horizonte, Licere, pp. 73-85.
- MATSUDO, V.K.R. et al. (2002) Fisiologia da atividade física e do exercício no esporte. In: DOUGLAS. C. R. (org). *Tratado de Fisiologia Aplicado a Fisioterapia*. São Paulo, Robe Editorial.
- MARX, K. E ENGELS F (1976). A ideologia Alemã. Lisboa, Presença.
- MEDEIROS, S. A. R. (2004). O lugar do velho no contexto familiar. *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro, NAU.
- MERCADANTE, E., F. (2003). Velhice: a identidade estigmatizada. *Serviço social e sociedade. Velhice e envelhecimento*. Ano XXIV. nº. 75. São Paulo, Cortez.
- MERCADANTE. E., F. (2005). Velhice: Uma questão complexa: In: CÔRTE, B., MERCADANTE, E., F.; ARCURI, I. G. (Orgs.) *Velhice, Envelhecimento e Complex(idade)*. São Paulo, Vetor, pp. 23-24.
- MESSY, J. (1996) *A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psiconalítica da velhice*. São Paulo, Aleph.
- MINAYO, M. C. S., GOMES, S. F. D. R. (2007). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro, Vozes, 108.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009). *Distribuição da população de Belo Horizonte, por faixa etária*. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na Mortalidade Materna. Brasília. Editora MS.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS (2010). Disponível em [www.mp.gov.br](http://www.mp.gov.br) .
- MORAGAS, R. M. (1997). Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo, Paulinas. In: XIMENES, M. A. e CÔRTE, B. (2006) O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento. *Revista Kairós*, São Paulo.
- NERI, A. L. (2001). (org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Papirus. Campinas.
- NERI, A. L. e CACHIONI, M. (1999). *Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas, Papirus.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS.(1982). *Relatório da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Plano de Ação Internacional*. Viena
- PAPALÉO NETTO, M. (Org.)(2002). *Gerontologia*. São Paulo, Atheneu.



- PARENTE FILHO, J. I. S. (1978). *Lazer e psicologia preventiva*. Brasiliense, São Paulo.
- PIKUNAS, J. (1979) *Desenvolvimento humano: uma ciência emergente*. São Paulo.
- PINTO, L.M.D de M. (1996) A construção da interdisciplinaridade no lazer: experiência política da prefeitura municipal de Belo Horizonte. In: MARCELLINO, N.C.(org.) *Políticas públicas setoriais de lazer: o papel das prefeituras*. São Paulo, Câmara Brasileira dos Livros, 61-70.
- POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO (1994), Lei nº 8.842 de 04 de janeiro, artigo 3º, regulamentado pelo decreto nº 1.948.
- PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. (2007). *De arraial a metrópole um século de história. Coletâneas da História de Belo Horizonte*. Disponível em : [www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br)
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. (2003) Atlas de Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro.
- REQUIXA, R. (1980) As dimensões do lazer. (12) 45 *Revista Brasileira de Educação Física e Desporto*, Brasília, Inep, pp. 54-76
- RIGOTTI, J. I. R. e VASCONCELOS, I. R. P (2003). *As Migrações na Região Metropolitana de Belo Horizonte no Limiar do Século XXI*. In: MENDONÇA, J. G.e GODINHO, M. H. L. População, espaço e gestão na metrópole: novas configurações, velhas desigualdades. Belo Horizonte, Editora PUC.
- ROMERO, M. El (2002) Proyecto personal Del adulto mayor. *Revista Tiempo*. Buenos Aires, n.11, oct. Disponível em: <http://psicomundo.com/tiempo>.
- SALGADO, M. A. (1982). Velhice, uma nova questão social. *Caderno da terceira idade*. São Paulo, SESC.
- SANTOS FILHO, J. dos. (2005) Ontologia do turismo: estudos de suas causas primeiras. Caxias do Sul, EDUCS.
- SANTINI, R. C. G. (1993). *Dimensões do lazer e da recreação: Questões espaciais, sociais e psicológicas*. São Paulo, Angelotti.
- SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS (2003). Plano de ação internacional para o envelhecimento. Brasília.
- SENA, M. F. A. e GUZMAN, S. J. M. Perspectiva do turismo de lazer para a terceira idade no lugar Ponta da Tulha – Ilhéus – Bahia. 8(1). *Caderno Virtual de Turismo*, Rio de Janeiro, COPPE.
- SÊNECA, L. A. (1998). *Sobre a brevidade da vida*. São Paulo, Nova Alexandria.
- SILVA, A C. et. al.(1984). *Problemas do idoso, um desafio social*. Editora da USP. São Paulo
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG), (2002/2003) Biênio) Manual de Funcionamento para ILPI, São Paulo.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG)(2007). Carta Aberta sobre ILPIs. Disponível em: <http://www.sbgg-sp.com.br/noticias/noticia006.htm>.
- SOARES, R. F. N. (2001) *O estagiário de Fisioterapia no Tratamento ao Idoso Institucionalizado*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia), Pontifica Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

- TEDRICK, R., MCGUIRE, F.(2000). Envejecer em el país de Ulises. Desarrollo humano e ocio. IN:CABEZA, M. C. (org.). *Ocio e desarrollo humano.*, Espanha, Bilbao.
- VARELLA, A. M. R. S. (2003). *Envelhecer como desenvolvimento pessoal*. São Paulo, Escuta.
- VERAS, R.P. (1994) País jovem com cabelos brancos. Rio de Janeiro: Relumê Dumará
- VERAS, R.P e PARAHYABA, M.I. (2007). O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. 23(10). *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, pp. 479-2489
- VIEIRA, E. B. (2001). Instituição Gerontológica: *Interdição do idoso ou possibilidade de reconstrução da historia de vida?* Dissertação Mestrado em Gerontologia. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- XIMENES, M. A., CÔRTE, B. (2006). O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento. 9(2). *Revista Kairós*, São Paulo, EDUC, pp. 135-145.
- WALDRON, I. (1976). Why do women live longer than men? *Social. Science & Medicine* (10), p.p 349-62.

## **Anexo 1**

### **Roteiro das Entrevistas**

Nome:

Data da entrevista:

Data de nascimento:

Naturalidade:

Religião:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Ocupação:

Tempo de permanência na casa:

Nº de filhos:

Motivo que o levou a instituição:

- 1- Fale um pouco sobre a sua vida antes de vir para o asilo.
- 2- O que é lazer para o(a) senhor(a)?
- 3- Quais atividades de lazer o(a) senhor(a) pratica aqui?
- 4- Quais são suas atividades de lazer preferidas?
- 5- Que atividades de lazer fazia antes de vir para cá?
- 6- Quais atividades de lazer fora da instituição já foram realizadas?
- 7- Quantas vezes o(a) senhor(a) já saiu da instituição?
- 8- O que o(a) senhor(a) achou dos passeios programados?
- 9- O(A) senhor(a) gostaria e participaria se tivesse outros passeios?
- 10- Que atividades de lazer gostaria que tivesse aqui?

## **Anexo 2**

### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Número do registro CEP: 060/2010**

**Título do Projeto:** Análise do impacto de atividades externas de lazer na vida dos residentes de uma Instituição de Longa Permanência - o caso do Lar Nossa Senhora da Saúde.

Prezado Participante,

O presente trabalho de mestrado denominado: “Análise do impacto de atividades externas de lazer na vida dos residentes de uma Instituição de Longa Permanência” tem como autora Ana Carolina Lopez Silva e como orientadora a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Suzana Aparecida Rocha Medeiros, ambas do programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC SP).

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça à pesquisadora que explique as palavras ou informações que não foram compreendidas.

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar da pesquisa que tem como objetivo analisar o impacto de atividades externas de lazer na vida dos residentes do Lar dos Idosos Nossa Senhora da Saúde, além de levantar as preferências das atividades de lazer dos idosos.

Para participar do estudo, solicito a sua especial colaboração respondendo a entrevista sobre os passeios que foram realizados. A entrevista será gravada e depois transcrita para o papel.

A pesquisa não vai causar qualquer risco ou desconforto, pois será somente uma entrevista que deverá ser respondido pelos moradores do lar.

Espera-se esta pesquisa possa contribuir para formulação de políticas públicas para implementação ou realização de atividades de lazer em instituições de longa permanência para idosos.

O(a) senhor(a) não terá nenhum gasto com a sua participação na pesquisa e também não receberá pagamento pela mesma.

A identidade dos entrevistados será mantida em sigilo, ou seja, em segredo. Os resultados serão apresentados por meio das iniciais dos nomes ou de outro nome escolhido pelo entrevistado. Dessa forma, não será identificado o nome do entrevistado, quando o material de registro for utilizado para propósitos de publicação científica.

A participação neste estudo é muito importante e voluntária. O entrevistado tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito na Instituição.

Qualquer dúvida, a pesquisadora responsável poderá fornecer esclarecimentos sobre o estudo, assim como tirar dúvidas. Para tal, basta o contato com Ana Carolina Lopez Silva, no seguinte endereço e/ou telefone: Endereço: Rua Dom Aristides Porto, 252/301. CEP: 30535-450 ou Telefone: (31) 3376-7199 ou (31)8824-5946; e-mail: anaclopez@bol.com.br

Li ou alguém leu para mim, as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que tenho a liberdade de retirar-me do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

---

Nome do participante (em letra de forma)

---

Assinatura do participante ou representante legal

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obrigado pela colaboração e por merecer sua confiança.

---

Nome (em letra de forma) e assinatura do pesquisador responsável

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_