

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA**

**FLÁVIA FAZANI BRITO**

**Idoso Institucionalizado**  
**Repercussões da independência funcional**

**MESTRADO EM GERONTOLOGIA**

**SÃO PAULO**  
**2008**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA**

**FLÁVIA FAZANI BRITO**

# **Idoso Institucionalizado**

## **Repercussões da independência funcional**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ruth Gelehrter da Costa Lopes.

**SÃO PAULO**  
**2008**

Banca Examinadora

---

---

---

Nossos conhecimentos são apenas aproximação da plenitude da realidade, e por isso mesmo são sempre relativos; na medida, entretanto, em que representam a aproximação efetiva da realidade objetiva, que existe independentemente de nossa consciência, são sempre absolutos. O caráter, ao mesmo tempo absoluto e relativo da consciência, forma uma unidade dialética indivisível. (Lukács, 1967, p. 233)

## DEDICATÓRIA

À memória de meu avô Nélio que, em seu exemplo de existência como ser humano, ajudou-me na conclusão deste trabalho. E a todos meus familiares, pois sem eles a minha vida não teria sentido.

## **AGRADECIMENTOS**

Em especial à Professora Doutora Ruth Gelehrter da Costa Lopes, pela paciência e compreensão nos momentos difíceis da realização deste trabalho e acima de tudo pela competência e dedicação como orientadora.

Ao meu querido marido e companheiro Alexandre, que esteve sempre presente com muito amor, dando-me tranqüilidade na realização deste projeto em minha vida.

Aos meus filhos Bruno e Alexandre, que me presentearam com a sua existência.

Aos meus amados pais Ademir e Maria do Carmo, que em todos os momentos de minha vida estiveram me apoiando na realização de meus sonhos.

Aos meus irmãos e amigos Fábio e Fernanda, que sempre com muito carinho contribuíram para este estudo.

Ao meu primo Fernando, pelo afeto como um irmão.

À minha avó Augusta, que de forma efetiva colaborou na realização deste trabalho.

À minha avó Percília, pelo carinho recebido durante minha vida.

Aos meus avôs Nélio e José Domingues, que de alguma forma olham por mim.

À minha amiga Marila, que me apoiou em todos os momentos.

Às colegas de trabalho, Gislaine, Gessilda e Joice, que sempre estiveram ao meu lado.

A todo o quadro docente do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP, que me acolheram durante todos estes anos.

À Sra. Manoela Alcazar Ballester, pela atenção cuidadosa nestes anos.

À coordenação do Recanto dos Velinhos de Valinhos, pela colaboração.

À CAPES, por viabilizar este trabalho, financiando meu projeto.

Notadamente, aos idosos deste estudo, que com muita boa vontade, aceitaram participar desta pesquisa.

E, acima de tudo, a Deus, que sempre iluminou meu caminho.

## RESUMO

A finalidade deste estudo foi investigar as repercussões da independência física em idosos, residentes em uma instituição de longa permanência, o Recanto dos Velinhos de Valinhos. Proponho averiguar as repercussões da independência funcional para o idoso institucionalizado. Foram entrevistados quatorze idosos independentes fisicamente e que apresentavam condições cognitivas para fornecer respostas claras. A pesquisa qualitativa partiu de um roteiro semi-estruturado, analisando as falas de cada depoente de forma individual, e, posteriormente, os discursos foram relacionados de acordo com as categorias temáticas. Por meio da análise dos dados, tratou-se de investigar as possíveis repercussões da independência funcional, observando como esta interfere na vida do idoso institucionalizado. Os entrevistados demonstraram autonomia na realização de tarefas do dia-a-dia, satisfação nas escolhas das atividades realizadas, sociabilidade, entusiasmo em poder ajudar os companheiros e práticas freqüentes de atividades físicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** independência funcional, instituições de longa permanência, autonomia, atividade física e idosos.

## ABSTRACT

The purpose of this study was that of investigating the repercussions of the physical independence in elderly people, residents in an institution of long permanence, the *Recanto dos Velinhos de Valinhos*. I intend to find out the repercussions of the functional independence for the institutionalized elderly people. Fourteen physically independent elderly people were interviewed; all of them presented cognitive conditions to supply clear answers. The qualitative research started with a semi-structured itinerary, analyzing each witness's speeches in an individual way, and further on, those speeches were related in accordance with the thematic categories. Through data analysis, I aimed at investigating the possible repercussions of the functional independence, observing how that interferes in the institutionalized elderly people's life. The interviewees have demonstrated autonomy in the accomplishment of daily tasks, satisfaction as for the choices of the activities accomplished, sociability, and enthusiasm in being able of helping the companions and of practicing frequent physical activities.

KEY-WORDS: functional independence, institutions of long permanence, autonomy, physical activity and elderly people.

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	10
<b>1. Contextualização do tema</b> .....	20
1.1. Envelhecimento e os desafios do mundo contemporâneo .....	21
1.2. Velhice em instituições de longa permanência .....	26
1.3. Autonomia e independência do idoso institucionalizado.....	30
1.4. Atividade física na velhice .....	35
<b>2. Procedimentos metodológicos</b> .....	44
<b>3. Análise e interpretações</b> .....	50
<b>Considerações finais</b> .....	62
<b>Referências bibliográficas</b> .....	68
<b>Anexos</b> .....	77
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	78
Anexo II – Roteiro de Entrevistas .....	79
Anexo III – Entrevistas .....	80
Anexo IV – Recanto dos Velhinhos de Valinhos .....	112

## **INTRODUÇÃO**

Ao longo da minha vida, sempre me imaginei vivendo uma velhice ativa, ou seja, sem dependências físicas. Os anos se passaram, ingressei na faculdade de fisioterapia e, já formada, comecei a trabalhar em diversas clínicas e hospitais, onde a realidade que presenciei foi totalmente diferente da que havia imaginado até a adolescência, uma vez que os velhos, em sua maioria, eram auxiliados por acompanhantes, parentes ou enfermeiros e necessitavam de auxílio até mesmo para as tarefas mais básicas, como alimentar-se, locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar o banheiro.

Refletindo um pouco mais sobre o assunto, imaginei que aquelas limitações físicas se devessem ao processo patológico daqueles idosos, visto que a minha convivência era sempre mantida com pessoas em tratamento médico. Quando visitei uma instituição de longa permanência, constatei que os idosos residentes desses locais também apresentavam dependências físicas, apesar de não apresentarem doenças associadas. Paralelo a estes fatos, convivi com o envelhecimento do meu avô paterno, e pude acompanhar, de maneira mais próxima, suas dificuldades físicas que foram surgindo ao longo do tempo.

Com o ingresso na Pós-Graduação no Programa de Gerontologia da PUC-SP, estudei que o envelhecimento leva a perdas de funcionalidade corporal e deve ser encarado de forma natural por todos nós, porém dependendo de como cada indivíduo passa por este processo, temos respostas diferentes, podendo ser mais lentas ou rápidas.

O envelhecimento esteve durante muito tempo distante da realidade brasileira e víamos esta questão apenas como um problema dos países desenvolvidos. O perfil demográfico brasileiro, comparativamente, possibilita-nos, hoje, identificar características similares quanto ao crescimento populacional no grupo de idosos.

Segundo dados apresentados por Elza Berquó (1996), no Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional: uma Agenda para o Fim do Século, é fato incontestável as previsões do aumento da população idosa no país:

Pensando em termos de futuro, espera-se chegar ao final do século com 8.658.000, ou seja, 1 em cada 20 brasileiros terá 65 anos ou mais. Este número crescerá para 16.224.000 em 2020, quando 1 em cada 13 pertencerá à população idosa.  
(p. 8)

Segundo Lopes (2000), 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 re-estruturação da previdência.

O envelhecimento populacional gera a necessidade de reorganizar a administração atual, provocando novos arranjos da sociedade, desde a esfera familiar até a governamental, a fim de se atender adequadamente este segmento da população. O que antes era tratado domesticamente se tornou

uma questão de responsabilidade social, devido tanto à especificidade no tratamento, como à impossibilidade da família contemporânea arcar com mais esta exigência.

Refletindo sobre a Carta aberta de Santos, escrita em 2007, pelo Fórum Estadual das ILPIs – Espaço Tomiko Born, a qual relata que o envelhecimento foi uma das grandes conquistas da humanidade no último século, sendo o número de pessoas idosas cada vez maior no contingente total da população brasileira, penso nas especificidades que passam a existir na vida dessas pessoas e sobre a família contemporânea que tende a utilizar mais os serviços das instituições de longa permanência (ILPIs), pois, como já identificado nos últimos anos, houve uma mudança no perfil de idosos institucionalizados devido à pobreza e falta de rede familiar para manter idosos com incapacidade e dependência física e/ou cognitiva, morbidades crônicas não transmissíveis e a falta de acesso a serviços de saúde através de convênios/planos de saúde. Diante deste cenário, resolvi focar meu estudo em uma ILPI, tomando o questionamento a seguir como desafio investigativo.

Vivemos mais porque vivemos melhor, mas interrogamo-nos como gerir este percurso mais longo, como enfrentar algo que mal conhecemos mas que por isso mesmo ainda mais receamos – a redução das nossas capacidades e, muito em especial, a eventual perda de autonomia numa cultura que a elege como atributo fundamental. Perda vivida como uma ferida narcísica destruidora da identidade e do valor. (Quaresma, 2006, p. 36)

Será possível vivermos esta etapa da vida com autonomia e independência?

Cada vez mais estudos vêm evidenciando que o melhor modo de otimizar e promover a saúde no indivíduo idoso é prevenir seus problemas de saúde mais freqüentes, por outro lado, as maiores adversidades da saúde associadas ao envelhecimento são o sedentarismo, a incapacidade e a dependência, tendo como principais causas as doenças crônicas. Como se pode observar, há uma correlação positiva entre vida independente, manutenção da autonomia e velhice saudável. Assim sendo, a implantação de estratégias de prevenção, como a prática de atividade física regular, poderá promover a melhora funcional e minimizar ou prevenir os comprometimentos físicos e o aparecimento de incapacidades. (Oliveira, 2004, p. 44)

A grande maioria dos idosos desenvolve, ao longo da vida, uma ou mais doenças crônicas; doenças que podem ou não interferir na sua capacidade funcional.

A doença crônica, seguida por diminuição da capacidade funcional, é cada vez mais comum com o avançar da idade. Cerca de 50% das pessoas idosas internadas têm limitações nas atividades de vida diária e 75% têm pelo menos uma doença crônica. Mais de 33% não podem exercer grandes atividades de modo independente e 5% permanecem em seus lares. Acima de 75 anos de idade, 15% encontram-se confinados em seus lares, sendo que aos 80 anos esse número aumenta para 25%. (Leite, 1996, p. 20)

Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde, devem objetivar a preservação e a melhoria da capacidade funcional e, sempre que possível, sua recuperação. Isso significa a valorização da autonomia, da autodeterminação e da manutenção da independência física e mental do idoso. (Veras, 2001).

Matsudo (2001) considera que a diminuição ou perda da capacidade funcional leva à incapacidade e, em muitos casos, é conseqüência das perdas associadas à idade. Entretanto, a falta ou diminuição da atividade física, associada ao aumento da idade cronológica, seriam responsáveis por perdas importantes na condição cardiovascular, na força muscular e no equilíbrio, aspectos em grande parte responsáveis pelo declínio da capacidade funcional.

Refletindo sobre estes estudos, fica claro que a manutenção da capacidade funcional, bem como a diminuição da incidência do declínio funcional, através de uma política de saúde que tenha como objetivos a prevenção, promoção e proteção da saúde dos idosos, é de extrema necessidade, independente do idoso ser ou não institucionalizado.

Após a terceira década, o desempenho funcional dos indivíduos vai se deteriorando pouco a pouco, devido ao processo natural e fisiológico de envelhecimento, que é lento, inexorável e universal. A velocidade desse declínio funcional pode ser influenciada por vários fatores (constituição genética, hábitos de vida, meio ambiente, fatores socioeconômicos, acidentes, doenças), podendo acelerar ou retardar o surgimento de dependência. (Freitas, 2002, p. 612)

## Segundo Ferrari:

A terceira idade, aparentemente muito geral, denuncia-se paradoxalmente muito pessoal: cada um envelhece de acordo com a sua história, sua cultura, suas experiências, seu estado de espírito, seu poder socioeconômico e, principalmente, de acordo com a velocidade do declínio de suas funções fisiológicas. (1999, p. 197)

Ao envelhecer, ocorrendo redução da capacidade funcional, perda da autonomia e por vezes dependência física, constantemente verificamos impedimento ou dificuldade na realização das atividades de vida diárias (AVDs). O indivíduo idoso, com este perfil, pode vir a isolar-se, deixando de realizar tarefas que poderiam proporcionar melhor qualidade de vida e inserção na sociedade.

O estilo de vida sedentário dos idosos responde, freqüentemente, por muitas das modificações fisiológicas e funcionais observadas nessa população. Algumas alterações de âmbito estético estão atreladas às mudanças orgânicas, mas por si só não justificam impedimentos físicos.

As limitações funcionais podem ocorrer em ritmos diferentes, mas é difícil defini-las, pois o que para uns constitui doença e limitação, para outros é um mero incômodo que não os impede de desempenhar os mesmos papéis que qualquer ser desempenha normalmente na vida adulta. Com o passar dos anos, porém, a velocidade das reações químicas internas do organismo humano se reduz, por exemplo, há diminuição das secreções salivares, alteram-se a cor do

cabelo e o tamanho da orelha; também há decadência da capacidade funcional, da estrutura física da pessoa; a densidade dos músculos tende a diminuir progressivamente ocasionando a rarefação do tecido muscular, e a gordura corporal tende a aumentar, mas pode ser alterada por meio do exercício físico regular, diminuindo assim o excesso de gordura, a taxa de açúcar inadequada e o decréscimo de massa muscular. (Ballone, 1981, p. 41)

Praticar exercícios físicos regularmente pode ser uma alternativa para melhorar a memória e ajudar a minimizar o impacto de problemas associados ao envelhecimento. Esta é a conclusão de uma pesquisa realizada pelo Centro de Estudo em Psicobiologia e Exercício, da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), publicada no jornal *Folha de São Paulo*, em 04 de agosto de 2002.

Segundo a pesquisa, com o envelhecimento, há uma diminuição da capacidade motora, do equilíbrio e dos reflexos. Dos 30 aos 70 anos, a perda de massa muscular pode chegar a cerca de 40%.

A atividade física regular pode compensar isso e ainda ajudar a controlar ou a prevenir doenças como osteoporose, hipertensão, obesidade e diabetes, conforme afirma o geriatra Carlos André Freitas dos Santos (*Folha de São Paulo, 04/08/2002*).

Sene Costa (1998) entende que a recuperação de movimentos comprometidos no idoso também gera melhoras em sua valorização e em sua

auto-estima, levando-o a se posicionar de maneira mais aberta e interessada para o relacionamento social. Ainda segundo a autora, os idosos que adquirem o hábito de praticar atividades físicas vivem os processos de envelhecimento de maneira mais saudável, sem grandes limitações físicas, emocionais ou sociais.

A análise feita anteriormente, partindo de autores que pesquisam a temática do envelhecimento, leva-nos a crer que as atividades físicas, adequadas à faixa etária, tendem a trazer benefícios pessoais para o relacionamento e preservação da autonomia e independência dos sujeitos.

O estudo aqui realizado, além desta Introdução, apresenta os seguintes capítulos:

- Contextualização do tema, no qual será abordado como a sociedade moderna tem se comportado diante do aumento demográfico da população idosa no Brasil, apontando para a importância da intersecção entre limitações físicas, psicológicas, a preservação da autonomia e os estudos recentes sobre os efeitos benéficos da prática física nesta faixa etária.
- Procedimentos metodológicos usados para detalhar as opções adotadas, visando a captar os aspectos qualitativos do estudo.

- Análise e interpretação através da qual, à luz do debate teórico traçado anteriormente, foi realizada uma releitura das entrevistas.
- Nas considerações finais, será discutida as repercussões da independência funcional, quanto a prática de atividades físicas e autonomia dos idosos institucionalizados.

# 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

## 1.1. ENVELHECIMENTO E OS DESAFIOS DO MUNDO CONTEMPORÂNEO

O envelhecimento esteve durante muito tempo distante da realidade brasileira e víamos esta questão apenas como um problema dos países desenvolvidos. No entanto, o perfil demográfico brasileiro, comparativamente, possibilita-nos hoje identificar características similares.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios – PNAD (2003), a população a partir de 60 anos ou mais representa 9,6% da população total. O aumento do número de idosos na população brasileira é algo presente nas projeções demográficas, devido, sobretudo, aos avanços socio sanitários, ao aumento da longevidade e à diminuição das taxas de natalidade.

Retomando estudos realizados por Berquó (1996), o Brasil será, em 2025, o sexto país com maior número de idosos no mundo, com mais de 30 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, chegando a 15% do total da população.

Envelhecer em tempos de mudanças sociais e econômicas representa um desafio para os velhos, pois, no mundo contemporâneo, as mudanças tecnológicas e científicas são muito rápidas e difíceis de serem acompanhadas por eles. Diante disso, as repercussões sociais e econômicas das novas descobertas atingem os mais velhos, à medida que são excluídos do mercado de trabalho, tendo o poder aquisitivo diminuído.

O envelhecimento humano possui diferentes formas de ser contemplado, variando de cultura para cultura e do momento histórico. Apesar de ser um processo universal, é essencial entender as variações e determinações para que se possa alcançar uma maior compreensão sobre o fenômeno do envelhecimento contemporâneo; um dos caminhos a percorrer é o levantamento de como diferentes pesquisadores têm focado a gerontologia.

A antropóloga Debert reitera a universalidade e naturalidade desta etapa da vida, mas salienta a importância da cultura:

A velhice é um fato universal e natural (...) que envolve o nascimento, o crescimento e a morte, mas também é um fato social e histórico com a variabilidade das formas pelas quais o envelhecimento é concebido e vivido (...) é uma categoria socialmente produzida. (1994, p. 8)

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). Nesta observação, a interação da cultura na construção da subjetividade do ser idoso é enfatizada.

E nesse sentido, Messy apud Maud Mannoni complementa os benefícios de uma cultura que lida com a continuidade da existência: “Se carrego comigo a criança que fui e cuja presença sempre posso evocar, como

a do adulto em transformação que sou, não sinto os efeitos do envelhecimento, nem a velhice” (1996, p. 9).

Os diferentes autores já citados coincidem quando abordam o envelhecimento como sendo sempre um “abstrato”. Bosi expressa essa idéia quando afirma: Dá-se a ele a concretude somente quando já não se tem mais argumentos e estratégias para disfarçá-lo dos outros e de si mesmo. É nos outros que ele se concretiza primeiro (1987, p. 23).

O debate se aprofunda quando a autora resgata Sartre: “A velhice é uma situação composta de aspectos percebidos pelo outro e, como tal, reificados (...), que transcendem nossa consciência. Nunca poderei assumi-la existencialmente, tal como ela é para o outro fora de mim” (Bosi apud Sartre, 1987, p. 37).

Podemos reafirmar que as experiências de envelhecimento e velhice variam no tempo, ou seja, o ser humano altera e adequa-se acompanhando o cenário histórico.

A perspectiva de uma cultura em transformação, a princípio, coloca a velhice como algo associado a adjetivos positivos. No entanto, de acordo com Giddens (1992), no mundo de hoje, em que as respostas individuais têm influência sobre aspectos globais, em que há um volume maior de informações sobre a natureza e o mundo social, com crescente conhecimento científico e tecnológico, acredita-se que há maior controle tanto sobre a natureza quanto

sobre os fenômenos sociais, e nisso estaria a chave da felicidade humana. (...) Com tal controle, a humanidade estaria em posição para fazer história e orientá-la rumo a seus ideais, determinando assim o seu futuro. Porém, o que existe é uma sociedade, em que o idoso está à margem, não participando de forma ativa e/ou acompanhando esses acontecimentos, o que gera ainda mais incertezas e insegurança aos velhos.

É nesta visão menos otimista que retomamos dados demográficos. Segundo previsões da ONU, no ano de 2050, o número de idosos vai ultrapassar proporcionalmente o de jovens, em todo o mundo, implicando múltiplas conseqüências, uma vez que se prevê, para os próximos 25 anos, um crescimento da população mundial com mais de sessenta anos na ordem dos 88%, contra um aumento de apenas 45% dos indivíduos em idade de trabalho.

As conseqüências da alteração da pirâmide etária, além de implicar diferentes demandas sociais, representam um grande desafio político, social e econômico.

A preocupação da sociedade com o processo de envelhecimento, deve-se, sem dúvida, ao fato de os idosos corresponderem a uma parcela da população cada vez mais representativa do ponto de vista numérico. Contudo, explicar por razões de ordem demográfica a aparente quebra da “conspiração” do silêncio em relação à velhice, é perder a oportunidade de descrever os processos por meio dos quais, o envelhecimento ganha expressão e legitimidade, no campo das preocupações sociais do momento. (Debert, 1999, p. 12)

Ainda conforme Debert, as mudanças vêm acompanhadas de uma leitura favorável com relação aos mais velhos:

A tendência contemporânea é rever os estereótipos associados ao envelhecimento. A idéia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas. As experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que oferecem oportunidades de realizar projetos abandonados em outras etapas e estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos. (1999, p. 14)

Como afirmamos anteriormente, o envelhecimento populacional gera a necessidade de rever as relações sociais, chamando para a responsabilidade social, à medida que a família contemporânea vê-se impossibilitada em arcar com mais esta exigência.

Acrescentamos a este quadro o novo perfil dos velhos: sujeitos que opinam sobre suas necessidades. Para Veras (1994), a população que envelhece coloca novas exigências para os serviços sociais e de saúde, e desnuda a estrutura afetiva das famílias atuais:

O problema de saúde das pessoas idosas são freqüentemente de natureza crônica e podem requerer intervenções custosas e o uso de tecnologia complexa. O crescimento projetado das despesas varia de país para país. Contudo, a estimativa média do custo de três pessoas de menos idade. Nos EUA, o custo per capita dos idosos é de

cerca de três vezes o das pessoas jovens com idade inferior a 15 anos. (1994, p. 37)

Ainda de acordo com Veras:

A crença convencional é de que a família e a comunidade, geralmente, aceitam grande parte da responsabilidade por seus membros. Contudo, isto está passando por um processo de mudança, à medida que a sociedade em si altera suas relações e lealdades tradicionais entre as gerações. (1994, p. 40)

Diante desta situação, podemos concluir que o Brasil está perante um desafio, havendo a necessidade de reflexão sobre a sociedade, seu teor humanista e ético, sobre os seus valores e sua razão de ser. O que coloca à sociedade e às suas instituições a obrigatoriedade de se abrirem à prestação de novos serviços e de redefinirem e atualizarem sua missão.

Nessa conjuntura, devemos colocar o idoso e associações que os representam, como protagonistas. Nesse sentido, ao entrevistarmos os idosos pretendemos ser coerentes com este pressuposto.

## **1.2. VELHICE EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA**

Com a modernização da sociedade, as famílias contemporâneas passaram a ter dinâmicas domésticas que, por muitas vezes, inviabilizam atendimentos necessários aos idosos. Acrescido a isto, o envelhecimento da

população e o aumento da longevidade fazem crescer a preocupação com problemas associados ao comprometimento cognitivo e à perda da capacidade funcional, exigindo cuidados permanentes e por longos períodos, o que pode com o tempo levar os idosos à institucionalização.

Sabe-se que nos últimos 15 a 20 anos têm se multiplicado as casas de repouso ou clínicas geriátricas de caráter privado, com fins lucrativos, principalmente no Sul e Sudeste do país (BORN, 1996). É fato que, a cada ano, mais e mais idosos necessitam desse tipo de serviço.

Analisando doze estudos realizados nos EUA, quanto aos fatores que pesam na institucionalização, Kane encontrou os seguintes dados: idade, diagnóstico, limitação nas AVDs (atividades de vida diárias), morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais, pobreza (Kane apud Born; Boechat, 2002, p. 771).

Visto que as instituições geriátricas surgem para atender a necessidades sociais, para entender sua dinâmica de funcionamento, não se pode perder de vista o referencial psicossocial e econômico do espaço ao qual está inserida. Assim, as instituições para velhos têm uma função social indiscutível, até mesmo vital, no funcionamento e organização da sociedade (Vieira, 2004).

A Portaria 810/89, do Ministério da Saúde, considera instituições específicas para idosos, os estabelecimentos com denominações diversas e

lugar físico equipado para atender pessoas, a partir de sessenta anos de idade, com um quadro de funcionários e capacidade para atender as necessidades da vida institucional como um todo, por um período indeterminado, sob regime de internato ou não, pagas ou não.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) adotou a expressão “Instituições de Longa Permanência para Idosos” (ILPI) o correspondente a *Long Term Care Institution*, para designar esse tipo de instituição. Define como estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público-alvo são pessoas de sessenta anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio.<sup>1</sup>”

Sabe-se que a grande maioria das instituições não está preparada para proporcionar, aos seus residentes, serviços individualizados que respeitem a personalidade, privacidade e modos de vida diversificados. Há uma desvalorização das necessidades do idoso, por se acreditar que estas se limitam a certas prioridades fisiológicas (alimentação, vestuário, moradia, cuidados de saúde e higiene) remetendo ao esquecimento as de nível social, afetivo e sexual (Pimentel, 2001).

Pimentel justifica seu pensamento, explicando que, ao longo de nossa vida, criamos hábitos, adaptamos e transformamos o nosso espaço,

---

<sup>1</sup> Manual de Funcionamento para ILPI, SBGG-São Paulo, Biênio 2002/2003.

possuímos nossos objetos pessoais e construímos uma rede de relações. A nossa história é formada a partir de todas essas construções simbólicas e, caso haja uma perda total ou parcial delas, para os idosos representa um corte com o seu mundo de relações e com sua história. Portanto, o idoso tem dificuldade em assumir aspectos da sua vivência, enquanto pessoa plena, isolando-se afetiva e socialmente, negando ou desvalorizando as suas capacidades.

Segundo Mercadante (2002), a idéia de pertencimento, o sentimento de “pertencer” ao grupo em que vive, é o que fundamenta a relação social, portanto a existência de comunidade torna-se necessária, porque permite um espaço onde os indivíduos possam estabelecer relações de maior proximidade, de intimidade, relações mais pessoais, positivas à vida cotidiana asilar. É importante que o indivíduo se sinta pertencendo, pois é primordial “sentir-se gente entre os pares” (Sawaia, 1995).

Moragas (1997) acredita em uma “morte social”, em decorrência de um processo de internação em uma instituição, já que esta, muitas vezes, restringe os contatos sociais dos residentes com o exterior e rompe os seus laços sociais habituais. É identificada como uma perda do papel ativo e econômico e a passagem para um papel passivo, tanto econômico como também social. Além da institucionalização, o autor explica que existem outras manifestações de morte social do idoso, como aposentadoria, mudança de habitação ou bairro, com ruptura de laços sociais habituais e sensação de aprisionamento.

Retomando o pensamento de Pimentel (2001), fica claro que há um conformismo, semelhante a uma relação de dependência do idoso residente para com a instituição e isso ajuda a compreender a resistência de alguns idosos, em participar da vida institucional. Mesmo tendo espaço para que desenvolvam seus interesses, existem casos em que utilizam estratégias de fuga.

Portanto, a participação nas atividades propostas é variável, já que é comum alguns idosos adotarem uma posição de total passividade, traduzida por sentimentos de impotência, incapacidade, inutilidade e, por vezes, o desejo de morrer. Dificilmente têm uma iniciativa voluntária, pois não se sentem responsáveis pelo bom funcionamento da instituição.

### **1.3. AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

No envelhecimento, a redução da capacidade funcional e, conseqüentemente, da independência e autonomia estão ligadas às alterações fisiológicas e psicológicas.

O termo capacidade funcional, definido por Okuma (1998), pode ser compreendido como a capacidade que o indivíduo tem em manter os cuidados pessoais e realizar as atividades cotidianas, o que inclui a força muscular, resistência muscular localizada, potência, agilidade, flexibilidade, reflexos, tempo de reação, eficiência metabólica, composição corporal e outros aspectos da aptidão corporal total.

Já Sene Costa (1998) aponta o significado que pode ter para o indivíduo. Envelhecer representa um desgaste progressivo, discreto ou grave, das suas capacidades fisiológicas globais, o que implica não somente modificações somáticas, como também mudanças psicossociais, que abrangem diferentes aspectos da vida humana, como memória, intelecto, comportamento, personalidade, relações sociofamiliares, trabalho, finanças e outras que podem caracterizar a velhice como patológica, dificultando, ou mesmo impedindo, uma existência saudável.

No entanto, Paschoal refere que o envelhecimento saudável está intimamente ligado à manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de decisão e comando. Liga-se, igualmente, à manutenção ou restauração da independência, que pode ser definida como a capacidade de realizar algo com seus próprios meios. Desta forma, “envelhecer sem incapacidade é fator indispensável para manutenção de boa qualidade de vida” (1996, p. 315).

Mas mesmo com limitações, preservar a autonomia passa a ser um enfoque prioritário:

Na velhice, a manutenção de autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida. Portanto, uma forma de se procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia a dia, fato que o faz independente dentro de seu contexto socioeconômico e cultural. Sob o ponto de vista prático, há várias formas de se medir tais funções; uma delas como já foi observado, é através do desempenho de atividades diárias (...) Nesse

sentido, portanto, o conceito de envelhecimento cronológico passa a ser de relevância muito menor do que o conceito de envelhecimento funcional. (Veras, 1996, p. 384)

Como vimos, apesar do processo natural do envelhecimento diminuir a capacidade funcional de cada sistema ou órgão, interferindo no desempenho funcional de um indivíduo, esse declínio físico presente no passar dos anos, não implica necessariamente a perda da autonomia.

Cabe retomar aqui o conceito de capacidade funcional, segundo o enfoque dado por Veras que se refere à:

capacidade de preservar as habilidades físicas e mentais necessárias à manutenção de uma vida independente e autônoma, ainda que convivendo com limitações. (2001, p. 78)

Evans define autonomia como “o estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras” (1996, p. 316). O autor ainda enfatiza que talvez a autonomia seja mais útil para o idoso que sua independência, pois o indivíduo pode continuar dependente tendo sua autonomia restaurada.

Para o filósofo Motta Pessanha,

(...) a palavra autonomia, do ponto de vista semântico, recobre, em grande parte a palavra independência. Autonomia é derivada do grego. Nomus é a lei estabelecida

através do confronto de opiniões, mas com predominância das idéias e interesses colocados pelo grande orador (no caso o próprio indivíduo), que ali se encontra para oferecer o seu ponto de vista. Pessoa autônoma é aquela que retira de si mesma a fonte de poder; tem, nela mesma, sua fonte de decisão, conseguindo, assim, tornar-se ela mesma e construir seu próprio caminho de vida. Portanto autonomia significa que eu tenho minha própria lei, ou seja seu comando por mim mesmo, porque determino minha legalidade, me norteio, escolho minhas metas e estabeleço o caminho, para alcançar as metas escolhidas. O contrário de autonomia, a heteronomia, significa que a lei é dada, imposta, sugerida, ensinada: a pessoa segue uma lei da qual não é a própria fonte. Quanto à independência e dependência, são conceitos ou estados que só podem existir em relação a alguma outra coisa. Na mesma pessoa é possível identificar, por exemplo, independência financeira e dependência afetiva. Uma pessoa pode ser completamente independente do ponto de vista intelectual e, fisicamente, estar paralisada. Em termos afetivos, alguém pode ser independente em relação a determinada pessoa e dependente em relação a outra. O conceito só pode ser corretamente utilizado quando relativizado e pluralizado. (1996, p. 316-317)

Refletindo sobre o conteúdo tratado por Motta Pesanha, a dependência não é algo que se atribui ao indivíduo com a chegada da velhice, já que ela está presente ao longo de toda vida. A diferença é que em alguns casos, a dependência é transitória, o que não acontece com os idosos, que têm sua dependência ampliada, podendo se tornar definitiva.

Segundo Matsudo et al (2002), o indivíduo, ao envelhecer, tem perda da massa muscular, relacionada com o prejuízo da capacidade aeróbica máxima, intolerância à glicose, baixa taxa metabólica de repouso, disfunção imune, diminuição da velocidade no andar e dependência funcional. Esses problemas podem alterar, significativamente, a qualidade de vida dos idosos, provocando a sensação, e/ou a consciência de que suas condições físicas sejam insatisfatórias, ocasionando grandes prejuízos à sua autonomia.

Sendo assim, é de extrema importância que haja uma política de saúde que tenha como objetivos a prevenção, promoção e proteção da saúde dos idosos, através da manutenção da capacidade funcional e diminuição da incidência do declínio funcional.

Uma política de saúde sintonizada com os reclamos da contemporaneidade deve, portanto, ter como objetivo maior a manutenção da capacidade funcional máxima do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível. Isso significa valorização da autonomia ou autodeterminação e a manutenção da independência física e mental do idoso. Sabe-se que tanto as doenças físicas como as doenças mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional. Tanto a dependência física como a mental constituem fatores de risco importantes para uma mortalidade ampliada nessa população, fatores mais importantes do que as próprias doenças que levaram à dependência, e delas parcialmente independentes, já que nem todo doente torna-se dependente. Por outro lado, nem todo indivíduo dependente perde sua autonomia, e, nesse sentido a dependência mental deve ser valorizada já que leva, com muito maior freqüência, à perda de autonomia. (Veras, 2001, p. 79)

Veras incorpora os debates atuais sobre autonomia dos mais velhos, chamando atenção para os componentes mentais associados a alguns quadros que exigem acompanhamento específico. O debate aqui tratado, em hipótese alguma, deve servir para o abandono, mesmo que não intencional, desses pacientes.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) abrigam pessoas com mais de sessenta anos que necessitam de moradia, alimentação, recreação e cuidados médico-hospitalares. Poucas incorporam o público que atendem, nas atividades diárias, como cozinhar, auxiliar na limpeza ou até mesmo participar da organização do ambiente, reproduzindo padrões questionáveis no quesito individualidade, autonomia e privacidade.

Cabe lembrar que o grau de autonomia e independência que um idoso possui é indicador de saúde. Pode-se medir o grau de independência, observando-se o desempenho do idoso nas funções da vida diária, sempre levando em consideração os aspectos físicos, psíquicos e sociais (Paschoal, 1996).

Neste estudo, pretendemos focar a atenção nas atividades diárias dos idosos, moradores de uma Instituição de Longa Permanência.

#### **1.4. ATIVIDADE FÍSICA NA VELHICE**

Antecedendo a discussão sobre atividade física na velhice, é necessário explicitarmos como os autores abordam a diferença entre atividade

física, exercício físico e aptidão física. Segundo Matsudo (2001), “atividade física” é definida como qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que resultem em gasto calórico acima do basal. O “exercício físico” é uma subcategoria da atividade física; por ele entende-se algo que é planejado, estruturado e repetitivo, objetivando a melhora ou manutenção de uma ou mais variáveis da aptidão física. Por outro lado, a “aptidão física” é considerada como uma característica que o indivíduo possui ou atinge, a exemplo da potência aeróbica, do endurance muscular, da força muscular e da flexibilidade.

A prática regular da atividade física exerce efeito positivo na manutenção da densidade óssea e na prevenção da perda de massa óssea; ela melhora a força, a massa muscular e a flexibilidade articular. Diminui a incidência de quedas, o risco de fraturas e a mortalidade em indivíduos portadores de doença de Parkinson, de esclerose múltipla e de doença de Alzheimer. Os idosos portadores de doenças reumatológicas, a exemplo da osteoartrose, podem e devem praticar atividades físicas regularmente, desde que adaptadas à sua condição (Nóbrega et al, 1999).

Seguem algumas adaptações fisiológicas e psicológicas descritas por Nóbrega et al (1999):

- aumento da VO<sub>2</sub>máx (velocidade máxima do consumo de oxigênio);
- maiores benefícios circulatórios periféricos;

- aumento da massa muscular;
- melhor controle da glicemia;
- melhora do perfil lipídico;
- redução do peso corporal;
- melhor controle da pressão arterial em repouso;
- melhora da função pulmonar;
- melhora do equilíbrio e da marcha;
- menor dependência para a realização das atividades diárias;
- melhora da auto-estima e da confiança;
- significativa melhora da qualidade de vida.

Os efeitos benéficos da atividade física foram observados por Matsudo (2000), que considerou variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física, assim como os principais aspectos psicológicos associados à saúde mental durante o processo de envelhecimento.

Quanto às variáveis antropométricas, a atividade física regular tem um papel importante nas alterações do peso e na composição corporal relacionadas à idade. O exercício físico está relacionado com o controle do peso corporal, a diminuição e/ou manutenção da gordura (central e periférica) e da massa muscular.

Considerando o aspecto neuromotor, o treinamento específico da força muscular leva à hipertrofia das fibras musculares I e II, ao aumento da força muscular, tanto de membros inferiores quanto de superiores, assim como

da capilaridade oxidativa muscular, da melhora na flexibilidade e da diminuição das quedas.

No que diz respeito às variáveis cardiovasculares, o exercício propicia a potência aeróbia, especialmente pelo incremento da diferença arterio-venosa de oxigênio, volume sistólico, débito cardíaco, volume plasmático e sangüíneo, melhora nas propriedades de enchimento diastólico do coração que, em algumas variáveis, acontece de forma distinta entre homens e mulheres.

Da mesma forma, a atividade física apresenta efeitos benéficos nos aspectos psicológicos, sociais e cognitivos. Aqui, devem ser mencionados: melhora do auto-conceito, da auto-estima e da imagem corporal. Ela também contribui para o desenvolvimento da auto-eficácia, para a diminuição do estresse e da ansiedade, para a melhora da tensão muscular e da insônia, e para a diminuição do consumo de medicamentos. Contribui, finalmente, para a melhora das funções cognitivas e para o incremento da sociabilidade. (Matsudo, 2000).

Pesquisas que acompanham o desenvolvimento e o envelhecimento de grupos de indivíduos, ao longo de muitos anos, indicam que exercícios físicos, feitos regularmente, favorecem a capacidade física, resistência, flexibilidade e aumentam a velocidade psicomotora e o desempenho neuropsicológico. Os estudos apontam, também, que a participação regular em

atividades físicas e sociais tem efeitos que previnem, evitam e diminuem o estresse e aumentam a resistência à doença (Vitta, 2000).

Guedes e Guedes (1995) nos lembram de que a boa condição das funções cardiovascular e respiratória proporcionará ao indivíduo maior eficiência nas atividades da vida diária e recuperação mais rápida após a realização de esforços físicos. Além disso, uma boa condição destas funções diminui as demandas miocárdica e geral para as atividades do cotidiano, ou seja, menor sobrecarga no coração e em todo o sistema no dia-a-dia.

Pesquisa divulgada pela Eur J Appl Physiol (2000), que teve como propósito examinar as mudanças nas atividades de vida diária, na capacidade física e na composição corporal em indivíduos idosos, confirmou, após 14 semanas de treinamento, os efeitos benéficos do mesmo. Demonstrou, porém, que caso o programa seja abandonado, os benefícios adquiridos são perdidos em menos de um ano (Morio et al, 2000).

As capacidades neuromotoras alteradas podem tornar atividades simples da vida diária, como arrumar a cama, servir um café, vestir-se, em desafios complexos. Petroski (1997) indica, por meio de estudos, que os indivíduos, os quais ao longo da vida realizaram atividades físicas, apresentam algumas das capacidades neuromotoras mais desenvolvidas na fase idosa, como por exemplo, tempo de reação simples e tempo de reação de escolha, porém nos que só treinaram quando idosos, os resultados são de pouca melhora com o treino. Já o equilíbrio apresenta melhoras quando treinado,

mesmo em idade avançada. A diminuição dessas capacidades está diretamente relacionada a uma menor condição de vida do idoso, comprometendo, assim, suas atividades básicas da vida diária.

Nóbrega e colaboradores (1999) afirmam que a treinabilidade do indivíduo idoso, ou seja, a capacidade fisiológica de este se adaptar ao exercício físico, não difere da capacidade de indivíduos jovens.

Um número cada vez maior de estudos vem apontando a atividade física como importante colaboradora para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, contribuindo para que o idoso mantenha uma vida ativa. Como a atividade física tem potencial para estimular várias funções do organismo, mostra-se não só um coadjuvante importante no tratamento e controle de doenças crônico-degenerativas, como também essencial na manutenção das funções do aparelho locomotor, principal responsável pelo desempenho das atividades da vida diária e do grau de independência e autonomia do idoso (Okuma, 1998).

Outro aspecto que vale ser realçado é o mito de que só exercícios intensos e extenuantes trariam algum benefício. Zago (2000) pesquisou o efeito de um programa geral de atividade física de intensidade moderada em pessoas da terceira idade e constatou que os idosos retêm o potencial para melhorar os níveis de resistência de força muscular mesmo com atividades físicas generalizadas.

Amorim Lopes (1997) constatou que a atividade física regular mantém as pessoas com aptidão física e domínio corporal, estimulando e proporcionando maior sensibilidade às mudanças a favor de hábitos de vida mais saudáveis. Quanto ao relacionamento pessoal, houve acentuada transformação no aumento do círculo de amizades e uma mudança na opinião do próprio envelhecimento, cuja visão passou a ser de uma etapa normal de vida.

Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2000) apresentam estudos que apontam benefícios no aspecto psicológico, tais como melhora na auto-estima, melhora da imagem corporal, contribuições positivas no desenvolvimento da auto-eficácia, diminuição do estresse, da ansiedade e da insônia e melhoras das funções cognitivas, em contrapartida alerta para o fato de que as melhoras são vistas naqueles indivíduos que, antes de iniciarem o programa de atividades físicas, apresentavam alguma alteração de ordem psicológica.

Okuma (1998) ressalta alguns pontos que merecem consideração: a saúde percebida pelos idosos satisfeitos na velhice é maior do que a saúde medida por indicadores objetivos; a vivência de experiências positivas com a atividade física é mais significativa para o idoso do que a falta das negativas; a atividade física torna-se um compromisso interno e se transforma em um recurso para lidar com o estresse emocional.

Gobbi (1997) relata como benefícios imediatos, o relaxamento, a redução do estresse e da ansiedade, melhora do estado de humor e, a longo prazo, um bem-estar geral e ganhos na saúde mental (para aqueles que

apresentam alguma enfermidade mental), melhoras cognitivas e aquisição de novas habilidades.

Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2000) apresentam estudos que indicam a relação positiva das atividades físicas na melhora do processo cognitivo, pois elas aumentam a circulação sanguínea cerebral, alteram a síntese e degradação de neurotransmissores, diminuem níveis de LDL no plasma, reduzem níveis de triglicérides e inibem a agregação plaquetária.

Também descrito por Gobbi (1997) como efeito benéfico imediato, o fortalecimento psíquico de indivíduos idosos, ajudando-os a exercerem uma função mais ativa na sociedade e a se integrarem melhor social e culturalmente, quando inseridos nos programas de atividades físicas que envolvem trabalhos em grupos. A longo prazo sugere que ocorre um aumento na integração e conseqüente contribuição com o meio social; formação de novos grupos de amizades, despertando novos interesses; ampliação das redes culturais e sociais; manutenção ou aquisição de novos papéis e a possibilidade de integração intergeracional.

Para Okuma (1998), as atividades físicas também podem possibilitar a convivência com os pares, desenvolver a auto-eficácia e, conseqüentemente, romper com o estereótipo que a sociedade atribui ao idoso.

A atividade física não favorece somente a melhora da funcionalidade e prevenção de doenças, como também tem uma participação muito importante

na socialização. Com o envelhecimento, diminui a plasticidade comportamental, definida como a possibilidade de mudar para adaptar-se ao meio, através de novas aprendizagens e diminui também a resiliência, definida como capacidade de reagir e de recuperar-se dos efeitos da exposição a eventos estressantes, como doenças de traumas físicos e psicológicos. Adotar a perspectiva de “declínio com compensação” implica admitir que, de fato, ocorrem prejuízos nas capacidades biológicas e nas capacidades sociais a elas associadas. No entanto o declínio é moderado por experiências sociais que, num processo de socialização constante e crescente, produzem capacidades socializadas estáveis (Neri, 2002).

No que se refere aos estudos de Matsudo (2002), quanto à realização da atividade física, podemos afirmar que, apesar do envelhecimento ser um fenômeno natural, com determinação genética, a atividade física regular traz grandes benefícios à qualidade de vida.

## **2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Neste capítulo, explico sobre os fundamentos teóricos para a análise das falas, como também descrevo o processo de escolha dos sujeitos, a formatação do roteiro de entrevistas e a obtenção dos depoimentos.

Conforme evidenciei ao longo de toda a pesquisa, os idosos apresentam limitações físicas com o passar dos anos, as quais podem ocorrer de diferentes formas, lenta ou rapidamente, dependendo dos hábitos que constituem seu cotidiano. Adicionado a isso, observei a rotina de idosos residentes em instituições de longa permanência, uma vez que estas estão sendo cada vez mais utilizadas em nossa sociedade, como explicitamos anteriormente. Para tanto, apresentei estudos e autores que defendem a prática das atividades físicas de forma regular como aliada na manutenção das funções de diversos sistemas do organismo que se transforma durante o processo de envelhecimento.

Para dar início a minha pesquisa, escolhi uma instituição de longa permanência em Valinhos (anexo IV), a maior e mais antiga de minha cidade natal. Segundo o Estatuto do Recanto dos Velinhos de Valinhos, em outubro de 1973, com o objetivo de constituir uma sociedade civil, sem fins lucrativos, com a finalidade de recolher e assistir a velhice desamparada, reuniram-se em assembléia geral de fundação da sociedade civil, um grupo de pessoas e dentre elas, meu pai, Ademir Fazani estava presente. Além de ser um lugar com maior número de sujeitos para a minha dissertação, a escolha se deu, por ser a primeira instituição que visitei com minha avó paterna aos 8 anos de idade e por sua dedicação voluntária a esta instituição até os dias de hoje.

O Recanto dos Velhinhos abriga 43 pessoas, sendo 26 mulheres e 17 homens com idade entre 51 a 99 anos. Estes residem em quartos individuais ou duplos dependendo das necessidades e condições financeiras de cada um. A instituição oferece educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social, enfermeira, cuidadoras, médico e nutricionista.

A escolha dos sujeitos de minha pesquisa foi pautada pelos seguintes aspectos: idosos acima de 60 anos que tivessem capacidade de entendimento das perguntas realizadas, respostas claras e que fossem independentes em suas atividades físicas, como tomar banho, arrumar a cama, vestir-se etc.

A proposta foi entrevistar moradores de uma instituição de longa permanência, de forma aleatória, independente se estes realizavam atividades físicas diárias ou não.

#### Segundo Minayo:

(...) a entrevista, um termo bastante genérico, está sendo por nós entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos. (...) por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Já num outro nível, serve como um meio de coleta de informações. (2001, p. 57)

Foram entrevistados quatorze pessoas, sendo sete homens e sete mulheres, com idade entre 66 e 96 anos.

A instituição autorizou a realização das entrevistas após o diretor analisar o conteúdo e a finalidade do estudo. O primeiro contato ocorreu em meados de 2006 e as pesquisas foram realizadas em janeiro de 2008.

Os entrevistados foram esclarecidos sobre a finalidade do estudo, o tema do trabalho, o uso do recurso do gravador, um roteiro para nortear a “conversa” e que o entrevistado poderia interromper a entrevista a qualquer momento. O termo de consentimento livre e esclarecido (anexo I) foi assinado.

O registro das informações, através de um gravador, foi a técnica escolhida, pois, de acordo com Queiroz (1991), é a mais apropriada para coleta de dados de “depoimentos pessoais” e “histórias de vida”. Ainda segundo Goldenberg (1997), as pessoas têm mais paciência e motivação para falar do que para escrever, a fala é um instrumento mais adequado para analisar e revelar emoções e o assunto pode ser tratado com maior profundidade.

Os entrevistados ficaram à vontade e não percebi nenhum constrangimento ou incômodo para responder às perguntas realizadas diante do aparelho. O uso do gravador me possibilitou maior atenção ao entrevistado, permitindo-me observar as manifestações não verbais.

As entrevistas tiveram livre duração e posteriormente foram transcritas (anexo III), procurando manter ao máximo a fidelidade dos depoimentos para posteriormente serem analisadas à luz do referencial teórico adotado para o estudo.

#### Segundo Queiroz:

Transcrever significa, assim, uma nova experiência da pesquisa, um novo passo em que todo o processamento dela é retomado, com seus envolvimentos e emoções, o que leva a aprofundar o significado de certos termos utilizados pelo informante, de certas passagens, de certas histórias que em determinado momento foram contadas, de certas mudanças de entonação da voz. Tudo isto é material que o pesquisador obteve, de cuja construção diretamente participou – pois no processo de que resultou foi ele parte, numa legítima ação de “observador participante”, com todos os riscos que essa posição comporta. (1991, p. 88)

Em razão do caráter desta pesquisa, que propõe a participação, compreensão e interpretação do pesquisador, Chizzotti (2001), adotei o método qualitativo.

#### Segundo Minayo:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a

um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (2000, p. 21)

Ainda conforme Minayo (2000), o registro dos depoimentos é permeado pela relação direta entre o entrevistado e o entrevistador no momento da coleta, desta forma o que se passou entre os dois se tornou “material” de pesquisa.

Bardin apud Minayo, ao descrever análise de conteúdo, menciona que é mais que um procedimento técnico:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens. (2000, p. 42)

Através dos depoimentos, procurei verificar o sentido dado pelos idosos à vivência da atividade física, observando as possibilidades de atividades físicas para aqueles que são mais velhos, como são estimulados e incluídos na rotina de instituições de longa permanência, e como estas atividades interferem no processo de envelhecimento destes sujeitos.

### **3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÕES**

Como já mencionado anteriormente nesta pesquisa, quatorze entrevistas foram realizadas, sendo sete homens e sete mulheres. Quanto à moradia, os entrevistados residiam em uma instituição de longa permanência chamada Recanto dos Velinhos de Valinhos (anexo IV). Todos eram independentes funcionalmente, podendo realizar suas atividades de vida diárias sem qualquer auxílio.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, conforme estava previsto no termo assinado, identificarei os interlocutores por meio de letras, seguindo a informação da idade.

Os depoimentos transcritos constam no Anexo III, acompanhando a seqüência do roteiro da entrevista (Anexo II).

As falas, primeiramente foram analisadas isoladamente atentando para a relação do idoso com as atividades de vida diárias (AVDs), bem como para as atividades físicas propostas ou criadas por eles mesmos dentro da instituição.

Os discursos transcritos permitiram a releitura do material coletado, facilitando a análise do pesquisador ao entendimento do que o sujeito poderia estar transmitindo.

Em um momento seguinte, procurei relacionar os discursos aos temas propostos inicialmente: velhice em instituições de longa permanência, independência funcional, autonomia e atividades físicas.

Eu iniciarei pelo primeiro tema abordado no estudo: a velhice em instituições de longa permanência. Para alguns autores, e dentre eles, destacamos Albuquerque (1994) “os idosos residentes de asilos apresentam-se mais apáticos, extremamente carentes e sem motivação”. Essa imagem fica reforçada pela concepção existente em nossa cultura de que os idosos que residem em lares com seus familiares encontram ali um ambiente propício para superar o isolamento, ou seja, que quando inseridos nesse ambiente, preservam o equilíbrio emocional, como consequência do rompimento das barreiras da solidão.

Entretanto, o cotidiano com o qual nos deparamos no asilo, apresenta um cenário que exige uma reflexão da situação de isolamento e solidão que normalmente acompanham a imagem do idoso institucionalizado, e da possibilidade do asilo, como um espaço de vivência e laços afetivos entre os residentes e profissionais que ali atuam.

A questão da moradia está intimamente relacionada às transformações ocorridas na família contemporânea, que, na sua maioria, trazem consequências que refletem no envelhecimento. Nesse contexto, os residentes denunciam o distanciamento e mesmo a perda de vínculos afetivos e familiares, quando questionados há quanto tempo estão na instituição:

*Desde que meu marido morreu. Aí me trouxeram pra cá. Faz um ano e quatro meses. Antes eu não sabia o que era asilo.  
(Sr<sup>a</sup>. A, 80 anos)*

*(...) aí teve um dia que eu caí. Tava sozinha e não consegui me levantar, aí veio bombeiro, me levaram pro hospital, mas eu não quebrei nada, graças a Deus. Aí veio minha nora e levou eu pra casa dela. Aí eu fiquei morando um mês lá e eles procurando lugar pra pôr eu e eu não ficar sozinha (...) Eu não esperava que ia ser aqui, mas meu filho achou o lugar melhor. Aí, ele pôs eu aqui e aí, eu tô aqui até hoje. (Sr<sup>a</sup>. E, 73 anos)*

*(...) eu vim porque eu tava morando numa casa que ia ter que fazer uma reforma e eu tive que sair. Eu tava morando só com meu filho solteiro. Ele foi morar em outro bairro e eu vim parar aqui (...) não tô nada contente com isso (...) Eu não tô gostando disso não e eu tô sem saída, não sei o que fazer (...) não dá, quero morar com ele. (Sr<sup>a</sup>. F, 85 anos)*

Com muitos idosos ocorre a necessidade de manter o vínculo com os familiares, embora distantes. Querem que de alguma maneira seja mantida uma relação afetiva saudável, o que é primordial para afastar o sentimento de abandono.

*(...) eu caminho com a minha filha quando ela vem, mas agora faz tempo que ela não vem. Me sinto bem quando ela vem aqui. (Sr<sup>a</sup>. F, 85 anos)*

Ainda refletindo sobre a velhice contemporânea em Instituições de Longa Permanência, podemos afirmar que Simone de Beauvoir é hoje leitura obrigatória. Em sua obra, *A Velhice*, já nos alerta para a tragédia que representam os últimos anos de vida passados sem objetivos e perspectivas.

Segundo todos os gerontologistas, viver os últimos anos da vida em bom estado físico, mas sem nenhuma atividade útil, é psicológica e sociologicamente impossível. É preciso dar a esses sobreviventes motivos para viver: a “sobrevivência bruta é pior que a morte”. Você não pode estar aposentado e viver. (Beauvoir, 1990, p. 337-338)

Este pensamento fica claro na entrevista com Sr. K, 81 anos, que expressa o desejo de trilhar seu próprio caminho, escolhendo suas atividades e objetivos:

*Eu acordo e vou andar, no mais tardar 5 horas e 20 minutos eu já tô andando. Depois eu vô pro portão e fico lá fazendo a segurança. Durante o dia eu tomo café, ando. Agora eu vô pra ginástica. É que nem outro dia, chegaram pra mim e disseram-me para eu deixar pra lá o trabalho, pois já tivemos o nosso tempo. Mas você é moça formada e vai entender o que eu tô falando, se for pra chegar aqui e não fazer nada, é melhor ir pra cadeira de rodas. Eu vou ficar parado aqui, por causa de quê? Eu vô me mexer, movimentar meu corpo. Eu também toco violão, eu não paro.*

Já a Sr<sup>a</sup>. F, 85 anos, demonstra grande tristeza ao ser questionada sobre sua rotina dentro da instituição, reafirmando o pensamento de Beauvoir, uma vez que a entrevistada se sente sem motivação para viver:

*Eu não tô gostando disso não e eu tô sem saída. Eu não sei o que fazer, eu queria uma casinha pra ir embora daqui. Aqui não se faz nada, é sempre o mesmo. Fico na sala de televisão, fico lá fora, tomo remédio, essas coisa aí.*

Se um velho fica amuado com o seu tempo, não encontra nele nada que possa arrancá-lo de sua melancolia. Mas, mesmo que permaneça atento ao que o cerca, a ausência de objetivo torna sombria a sua vida. (Beauvoir, 1990, p. 564)

Diante desta situação de asilamento, constatou-se também que muitos se aproximam por solidariedade, o que contribui para a formação de laços afetivos, desencadeando um sentimento de preocupação e proteção recíproca entre eles, o que caracteriza uma relação de amizade.

*Arrumo minha cama, ajudo minha colega que dorme comigo. Ajudo em alguma coisinha que ela precisa. (Sr<sup>a</sup>.A, 80 anos)*

*Tem certas pessoas que está com sede, mas não pede pra nós, aí vem a enfermeira e pede pra enfermeira, aí eu acho chato, porque, puxa, tantas pessoas na sala e ninguém pegou água pra ela. (Sr<sup>a</sup>. M, 82 anos)*

*Eu planto pros amigos (...) Primeiro é pra cá, pra cozinha, dou pra eles cozinhar e o que sobra eu vendo. (Sr. B, 78 anos)*

*Aqui eles fazem tudo, só o meu prato e o da minha companheira que eu levo. Às vezes, eu dou uma ajuda pra minha companheira, que ela fica meio embaraçada (...) eu acho que é bom a gente fazer bem para os outros. (Sr<sup>a</sup>. E, 73 anos)*

Outro ponto destacado realça a importância dos afazeres dentro da instituição asilar, o que torna o cotidiano da vida asilar menos traumático, mais

ameno, certamente contribuindo à adaptação do indivíduo e sua inserção social nessa nova realidade.

*Ah, sou tudo eu que faço. Levanto cedo, primeira coisa arrumo a cama, varro o quarto, limpo e arrumo o quarto (...)  
Faço com gosto. (Sr.B, 78 anos)*

*Tomo banho, ajudo as mulher na cozinha. É muito bom. Eu faço tudo. (Srª. N, 68 anos)*

*Tenho horta, faço tudo, tenho enxada, minhas ferramentas.  
(Sr. C, 96 anos)*

*Eu vou no artesanato, na TO (terapia ocupacional), fazer colar, pulseira (...) me sinto bem. (Srª. E, 73 anos)*

Com relação à inclusão dos idosos na rotina asilar, pude perceber que esta ocorre de forma natural, sem uma intervenção definida pela instituição, mas sim pelo próprio desejo de cada indivíduo em ajudar na rotina institucional.

*Eu ofereço. Se quiser, bem, senão eu largo pra lá. De vez enquando, eu ajudo a passar uma roupinha (...) ajudo no que for preciso. (Srª. A, 80 anos)*

*Às vezes me chamam pra molhar vaso de flor. Eu vou. Eu gosto. (Sr. B, 78 anos)*

*Pra mim, tá bom como tá. Não faço nada aqui. Eu fazia em casa. (Srª. F, 85 anos)*

*Só levo minha roupa na lavanderia, assim eles não precisam vir buscar. Sou eu quem guarda minha roupa. (Sr. J, 81 anos)*

*Ajudo. Eu pego todo o lixo da farmácia e levo pra lixeira. Quando as meninas tão sozinhas, eu procuro colaborar. Aqui a gente faz por conta própria, não tem compromisso com ninguém. (Sr. K, 81 anos)*

Quanto à independência funcional e autonomia, a maioria dos entrevistados demonstrou ter autonomia sobre suas atividades físicas no dia-a-dia, uma vez que são independentes funcionalmente e podem decidir quais atividades ou tarefas domésticas irão realizar naquele dia.

*Arrumo minha cama, ajudo minha colega de quarto, ajudo em alguma coisinha que ela precisa. Arrumo a cama dela, sirvo o café da manhã, desço na minha hortinha, dou uma papiadinha às 9 horas todo dia. (Sr<sup>a</sup>. A, 80 anos)*

Nas entrevistas, evidenciamos a satisfação que os idosos têm em poder realizar as tarefas diárias com independência e autonomia:

*Eu escovo os dentes, lavo o rosto, tomo café. Aí vou pra roça. Tenho a minha horta. Eu planto pros amigos, quiabo, abóbora, mandioca. Primeiro é pra cá, pra cozinha, e o que sobra eu vendo. Já comprei um aparelho de tocar cd. É bom ter um dinheirinho pra sair, pra comprar o que me dá vontade. E o resto eu guardo. (Sr. B, 78 anos)*

*Tomo banho, arrumo a cama, varro o quarto e depois tomo café. Vou pra horta, faço tudo, tenho enxada, minhas ferramentas. (Sr. C, 96 anos)*

*Tomo banho sozinha, me arrumo sozinha, faço bijouteria lá (na terapia ocupacional), sou lúcida. (Sr<sup>a</sup>. E, 73 anos)*

*Eu acordo e vou andar (...). Agora eu vô pra ginástica. É que nem outro dia, chegaram pra mim e disseram: deixa pra lá o trabalho, vocês já tiveram o tempo de vocês. Mas você é moça formada e vai entender o que eu tô falando, se for pra chegar aqui e não fazer nada, é melhor ir pra cadeira de roda. Eu vou ficar parado aqui, por causa de quê, eu vô me mexer, movimentar meu corpo. Eu também toco violão, eu não paro. (Sr. K, 81 anos)*

*Eu levanto, tomo café e vou fazer minha caminhada. Eu faço conforme eu me sinto bem. Depois eu faço tricô, faço caça-palavras pra me distrair. (Srª. M, 82 anos)*

*Faço tanta coisa quando acordo. Quando levanto, eu vou ao banheiro, se é muito calor eu tomo um banho, uso o vaso coisa e tal (...) me viro sozinho. Eu fico aqui, desde às sete da manhã, tenho a chave da sala (na sala da terapia ocupacional, haviam vários trabalhos realizados por ele: casinha, tapete, quebra-cabeça dentre outros). (Sr. L, 66 anos)*

*Tomo banho, ajudo as mulheres na cozinha, passo roupa. Eu faço tudo, sei lavar, sei passar, faço comida, porque minha mãe me ensinou desde que eu era menina, ela me ensinou a fazer tudo. (Srª. N, 68 anos)*

As pessoas independentes funcionalmente apresentaram-se dispostas para a realização de atividades físicas, não só de tarefas domésticas, como também de exercícios físicos. Quando questionados se realizavam atividades físicas, sempre se referiam a exercícios físicos e fisioterapia. Independente do tipo de atividade física: atividades de vida diárias (AVDs),

exercícios físicos ou fisioterapia, demonstraram-se sentir-se muito bem em relação a elas.

De acordo com Kolyniak Filho:

(...) a motivação para a prática de atividades motoras sistemáticas depende do significado que estas têm para o sujeito (o significado se constrói na história de vida do indivíduo, através de sua experiência e da mediação da linguagem). (1994, p. 51)

*Faço com a fisioterapeuta (...) duas vezes por semana. Me sinto muito bem, muito bem. (Sr. B, 78 anos)*

*Tem a fisioterapeuta, toda sexta-feira, faço caminhada também, todos os dias. E me sinto bem. (Sr<sup>a</sup>. E, 73 anos)*

*Eu nunca tinha feito, eu só caminhava muito, eu ia pra cidade a pé, comprava as coisas no mercado. Aqui eu faço fisioterapia, duas vezes por semana. Me sinto bem. (Sr<sup>a</sup>. J, 81 anos)*

*Caminho, tem um lago onde eu gosto de ir. Vou quando me sinto bem. Normalmente, com a turma até quatro vezes por semana. Eu me sinto bem, porque caminhar é bom, né? Não pode ficar parado. (Sr. L, 66 anos)*

*Faço exercícios duas vezes por semana. Faço exercícios, brinco, danço. Caminho três vezes por semana. Me sinto bem. (Sr<sup>a</sup>. N, 68 anos)*

Podemos afirmar, ainda, que devido a esse bem-estar físico, decorrente da prática da atividade física, os idosos podem adquirir novas

concepções de vida, que proporcionem a noção de um bem maior, que é o bem de estar envelhecendo conscientemente, com autonomia, dignidade, respeito e auto-estima.

Durante a pesquisa, constatamos que os idosos independentes sentem grande prazer e motivação em ajudar nas tarefas domésticas da instituição e aos colegas que apresentam alguma dependência funcional.

*Arrumo minha cama, ajudo minha colega que dorme comigo, ajudo em alguma coisinha que ela precisa. De vez em quando, eu ajudo a passar uma roupinha (...) e ajudo no que for preciso. (Sr<sup>a</sup>. A, 80 anos)*

*Ah, sou tudo eu que faço. Levanto cedo, primeira coisa arrumo a cama, varro o quarto, limpo e arrumo o quarto. Ajudo quem dorme comigo. (Sr. B, 78 anos)*

*Eu arrumo minha cama. Às vezes eu dou uma ajuda pra minha companheira, que ela fica meio embaraçada, daí eu dou uma ajuda pra ela.*

*Eu acho que é bom a gente fazer bem para os outros. (Sr<sup>a</sup>. E, 73 anos)*

*Alguma coisinha, se me pedirem eu faço. Molho plantas. (Sr. H, 76 anos)*

*Eu pego todo o lixo da farmácia e levo pra lixeira. Quando as meninas tão sozinhas, eu procuro colaborar. Então a gente precisa ajudar, fazer alguma coisa. (Sr. K, 81 anos)*

*Eu ajudo algumas companheiras quando precisa. Só faço quando elas precisam e porque eu quis e gostava de fazer.*

*Às vezes, água que precisa, eu pego, mas é mais isso. Eu gosto, me sinto bem mesmo. (Sr<sup>a</sup>. M, 82 anos)*

*Ajudo as mulher na cozinha, passo roupa. Eu me sinto muito bem, olha o que eu ganhei (me mostrou um saquinho de balas de gomas), eu ganhei também uma boneca que fala. (Sr<sup>a</sup>. N, 68 anos)*

Por meio dos discursos, podemos verificar que os idosos que não colaboram nas tarefas da instituição ou que não usufruem do seu tempo se dedicando a alguma atividade física, têm verbalizações negativas e com menos perspectivas de vida em relação aos demais.

*(...) Mas não faço nada na casa, por exemplo, eles (a instituição) não se manifestam, não pensam que posso ajudar se quisessem, eu gostaria, mas eles são assim, indiferentes, né? (Sr<sup>a</sup>. D, 91 anos)*

*Aqui não se faz nada. É sempre o mesmo. Fico na sala de televisão, fico lá fora. Tomo remédio, essas coisa aí. (Sr<sup>a</sup>. F, 85 anos)*

*Não ajudo. Ajudar quem? Sinto nada, nem bem, nem mal. (Sr. G, 82 anos)*

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa teve como objetivo principal perceber a repercussão da independência funcional no cotidiano dos idosos do Recanto dos Velinhos de Valinhos. Os resultados encontrados evidenciam que aqueles que participam das atividades diárias da instituição expressam uma vida digna enquanto residentes.

Como foi dito anteriormente, os sujeitos desta investigação são residentes de instituições de longa permanência, que possuem independência para realizarem atividades físicas dentro da instituição. A escolha deste critério de investigação justifica-se pelo fato de os idosos independentes funcionalmente poderem optar por realizar tarefas do cotidiano e terem condições de perceber, com maior clareza, os benefícios ou efeitos proporcionados pelas atividades físicas.

Lembrando que atividade física é todo movimento que o indivíduo realiza tirando-o da situação de repouso, o objetivo deste estudo não foi trabalhar com a percepção dos efeitos das atividades físicas, mas perceber a repercussão da independência funcional e realização das atividades físicas na vida dos entrevistados.

Tais idosos não apresentavam nenhuma limitação funcional que os impediam de realizar atividades físicas, sendo relevante o fato de que todos disseram ter o direito de optar por fazer ou não atividades físicas durante o dia. Esta autonomia na escolha das atividades cotidianas gera satisfação entre os idosos.

Quando levamos em consideração o dia-a-dia dos entrevistados, fica claro que cada vivência representa um universo diferente; disto decorre o perigo de generalizarmos determinados comportamentos e atribuí-los a um “grupo”, no caso os residentes de instituições de longa permanência.

Alguns deles têm rotinas predeterminadas por hábitos, ou seja, a atividade que exercem hoje será a atividade que exercerão amanhã, e assim sucessivamente.

Isso nos faz refletir sobre o que Beauvoir diz:

Já que o hábito confere ao mundo uma certa qualidade, e ao desenrolar do tempo uma certa sedução, em qualquer idade perde-se alguma coisa quando se renuncia a um hábito. [...] O velho teme a mudança porque, temendo não mais saber adaptar-se ao futuro, não vê nele uma abertura, mas apenas uma ruptura com o passado [...] assim, o hábito assegura ao velho uma espécie de segurança antológica. Através do hábito, o velho sabe quem é. (1990, p. 574)

A atividade física pode ser desenvolvida como uma estratégia para propiciar e ou manter a qualidade de vida, pois, ao adquirir o hábito dessa prática, os idosos poderão melhorar, retardar ou, até mesmo, impedir o aparecimento de possíveis limitações que possam acometê-los.

Os problemas fisiológicos do envelhecimento acarretam para alguns idosos limitações físicas que podem impedi-lo de realizar suas tarefas do dia-a-

dia, como arrumar a cama, limpar o quarto e cozinhar e, sem perceber, começa a abdicar de coisas simples do seu cotidiano, tais como sair para passear, participar de reuniões com amigos, entre outras atividades, evidenciando a importância da independência funcional para manutenção da autonomia do indivíduo.

A atividade física se coloca como uma alternativa propiciadora do bem-estar funcional das pessoas idosas que, com frequência, distanciam-se do convívio social, devido a algumas limitações biológicas. Tal distanciamento desencadeia alterações psicossociais, exacerbando ainda mais essas limitações.

A atividade ou *fazer* humano é essencial ao equilíbrio físico, psicoemocional e social do idoso, na medida em que favorece o continuar vivendo, mesmo que fatos negativos possam interpor-se ao processo de envelhecimento, estimulando-o a continuar fazendo planos, estabelecendo os contatos sociais, tornando ativo, participante de sua comunidade, autônomo, aos olhos da sociedade, um velho sem o estigma de velho.

Percebeu-se que a prática da atividade física está diretamente relacionada à vontade do próprio indivíduo; que ela oferece uma opção de hábitos equilibrados que permitem aos velhos engajar-se na construção de identidades pessoais, com autonomia e possibilidades de mudanças.

Conforme observamos, os sujeitos praticam atividades físicas para serem mais donos de si e se fazerem presentes na vida dos outros e não com o objetivo de competir. Estas concepções relacionam-se à capacidade de cuidar de seus próprios corpos e de suas vidas. De acordo com Chopra:

Enfrenta-se a entropia com o trabalho, que é definido como a aplicação ordeira de energia. Sem trabalho a energia simplesmente se dissipa. O desleixo (a “síndrome do desuso”) promove o envelhecimento prematuro. Não há grupo que corra risco mais elevado de depressão, doença e morte prematura que o de pessoas completamente sedentárias, e a esta altura o valor do exercício regular para todas as faixas etárias já foi bem documentado. (1999, p. 151)

O trabalho desenvolvido com idosos através de atividades físicas assume um caráter preventivo no sentido de possibilitar o desenvolvimento da sua independência funcional, e capacidade para realizar todas as suas atividades de vida diárias, de maneira independente, sem necessitar de auxílio de terceiros, elevando desta maneira a auto-estima e autonomia sobre seus atos, gerando um aumento no círculo de amigos e redirecionando seus interesses.

Neste contexto, pudemos verificar que os sujeitos que realizam atividades físicas em seu dia-a-dia se sentem bem melhor, com mais vigor, autonomia e disposição, do que os que não praticam. Chopra afirma que

(...) a expressão importante aqui é a perda de autonomia. Conforme vimos, um forte senso de liberdade pessoal, associado à felicidade pessoal, é fundamental para sobreviver com boa saúde até uma idade bem avançada. (1999, p. 245)

Ao analisar as respostas que obtive dos entrevistados, concluí que, para estes idosos, as maiores repercussões da independência funcional são: autonomia nas escolhas das tarefas diárias, proporcionando satisfação, uma vez que só realizam o que realmente sentem prazer, maior interação com o meio, no caso a instituição, por sentirem-se capazes em participar e ajudar nas tarefas domésticas, motivação para as atividades físicas e com isso maior socialização, uma vez que a maioria das práticas são realizadas em grupos ou aos pares (colegas, profissionais da instituição ou familiares).

Assim o idoso renova o prazer pela vida e por tudo o que ela possa lhe oferecer, reconhecendo seu corpo e sua nova imagem, associando-a à realidade de um envelhecimento com autonomia, participação ao perceber-se inserido no contexto social, tendo garantidos seus direitos e dignidade como ser humano.

Isto vem mostrar que a atividade física, a adoção de hábitos simples e vida social satisfatória permitem uma vida gratificante, não apenas na velhice, como em todas as fases da vida. Pode-se dizer que é um investimento a curto prazo, pois, como sugere Montagne apud Nieman, 1999, p. 291, *as pessoas devem “morrer jovem o mais tarde possível” com o máximo de qualidade.*

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALBUQUERQUE, S. **Viabilidade de um Centro para Terceira Idade.** São Paulo: Revista Psicologia Argumento. XII (XVI), p. 83-101, 1994.

AMORIM LOPES, M. **Atividade Física: agente de transformação dos idosos.** Florianópolis: Texto & Contexto Enferm., 1997.

BALLONE, G.; Fernandes F.; Rossi, E.; Boock E. e Accordy, J. **Envelhecimento e velhice: uma nova realidade.** São Paulo, Prefeitura de Paulinea, 1981.

BEAUVIOR, S. **A velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERQUÓ, E. **Envelhecimento no contexto internacional: a perspectiva da Organização Mundial da Saúde.** Anais do Iº Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Populacional: uma agenda para o próximo século. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretaria da Assistência Social, 1996.

BERQUÓ, E. **Plano de ação governamental integrado para o desenvolvimento da política nacional do idoso.** Brasília, Ministério da Previdência e Assistência Social/ Secretaria de Assistência Social, 1996.

BORN, T. **Asilo de idosos: a estação final de uma trajetória marcada por indignidades!** Disponível em <http://www.pucsp.br/portaldoenvelhecimento/retratos/tomiko.htm> Acesso em 11 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Cuidado ao Idoso em Instituição. In: NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

\_\_\_\_\_ e BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: CANÇADO, F. A. X. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: Edusp, 1987.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 2001.

CHOPRA, D. **Corpo sem idade, mente sem fronteiras: a alternativa quântica para o envelhecimento**. Tradução Haroldo Netto. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

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

\_\_\_\_\_. **“Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice”.**

**Textos didáticos.** Campinas: IFHC/UNICAMP, 1994.

EVANS J. G. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETTO, M. (org.)

**Gerontologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

FERRARI, M. A. C. **O envelhecer no Brasil: o mundo da saúde.** São Paulo:

v. 23, N°. 4, p. 197-203, jul./ago. 1999.

FREITAS, E. V. et col. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação

geriátrica global. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de

Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.

GIDDENS, A. **Modernity and self identity. Self and society in the late**

**modern age.** Cambridge, Polity Press, 1992.

GOBBI, S. **Atividade física para pessoas idosas e recomendações da**

**organização mundial da saúde de 1996.** Revista Brasileira de

Atividade Física e Saúde, Vol. 2 (2), p. 41-49, 1997.

GOLDENBERG, M.. **A arte de pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa**

**em Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Editora Record, 1997.

GUEDES, D. P. e GUEDES, J. E. R. P. **Atividade física, aptidão física e saúde.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Vol.1 (1), p. 18-35, 1995.

KOLYNIK FILHO, C. **A educação física e a interdisciplinaridade (concretização do projeto da PUC-SP).** Revista Discorpo, N°. 3: 49-97, 1994.

LEITE, P. F. **Exercício, envelhecimento e promoção de saúde.** Belo Horizonte: Health, 1996.

LOPES, R. G. C. **Saúde na velhice. As interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento.** São Paulo: Editora Educ, 2000.

LUKÁCS, G. **Existencialismo ou marxismo?** São Paulo: Editora Senzala, 1967.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R. e BARROS NETO, T. L. **Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento.** Revista Brasileira Atividade Física e Saúde; 5 (2): p.60-76, 2000.

\_\_\_\_\_ e MATSUDO, V. K. R.; ARAÚJO, T. L. **Perfil do nível de atividade física e capacidade funcional de mulheres maiores de 50 anos de acordo com a idade cronológica.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde; 6(1): p. 12-24, 2001.

MATSUDO, V. K. R. et al. Fisiologia da atividade física e do exercício no esporte. In: **Tratado de Fisiologia Aplicado a Fisioterapia**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

MANNONI, M. **O nomeável e o inominável. A última palavra da vida**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1995.

MERCADANTE, E. F. **Comunidade como um novo arranjo social**. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo, v. 5, n. 2, 2002.

MINAYO, M. C. S.. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social-teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.

MORIO, B. et al. **Benefit of endurance training in elderly people over a short period is reversible**. Eur J Appl Physiol; 81 (4): p. 329-36, 2000.

MOTTA PESSANHA. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. (org.). **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

NERI, A. L. e DEBERT G. G.; (orgs). **Velhice e sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999.

NERI, A. L. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde**. Tradução Marcos Ikeda. São Paulo: Manole, Primeira edição brasileira, 1999.

NÓBREGA, A. C. et al. **Posicionamento oficial da sociedade brasileira de medicina do esporte e da sociedade brasileira de geriatria e gerontologia: atividade física e saúde no idoso**. Revista Brasileira Medicina do Esporte; 5 (6): p. 207-211, 1999.

OLIVEIRA, L. B. **Contribuições da atividade física para uma velhice bem-sucedida**. São Paulo, 2004.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1998.

PASCHOAL, S. M. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. (org.). **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

PETROSKI, E. C. **Efeitos de um programa de atividades físicas na terceira idade.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, vol. 2 (2), p. 34-40, 1997.

PIMENTEL, L. M. G. **O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias.** Coimbra: Quarteto, 2001.

QUARESMA, M. L. **Gerontologia e gerontologia social: contributos para a análise de um percurso.** In: Revista Kairós. São Paulo, 2006.

QUEIROZ, M. I. P. de. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva.** São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

SARTRE, J. P. **Imagination.** São Paulo, the European Broadcasting book, 1973.

SAWAIA, B. B. **“O calor do lugar: segregação urbana e identidade”.** São Paulo em Perspectiva. São Paulo: Fundação Seade, v.91, n.2, abr./jun., 1995.

SENE COSTA, E. M. **Gerontodrama: a velhice em cena.** São Paulo: Ágora, 1998.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos.** Rio de Janeiro: Relumé Dumará, 1994.

\_\_\_\_\_. **Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro.** Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1995.

\_\_\_\_\_. Atenção preventiva ao idoso – uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPALÉO NETTO, M. (org.) **Gerontologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 1996, p. 383-393.

\_\_\_\_\_. **Modelos contemporâneos no cuidado à saúde.** Revista USP, São Paulo; n. 51, 2001.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais cuidadores e familiares.** Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. In: **E por falar em boa velhice.** Campinas: Papyrus, 2000.

ZAGO, A. S. e cols. **Efeito de um programa geral de atividade física de intensidade moderada sobre os níveis de resistência de força em pessoas da terceira idade.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2000; 5 (3), p. 42-51.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que a mestranda Flávia Fazani Brito, aluna do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Ruth Gelehrter da Costa Lopes, realizou, com meu livre consentimento, uma pesquisa de campo no Recanto dos Velinhos de Valinhos, realizando entrevistas junto aos idosos institucionalizados, a fim de coletar dados para elaboração de sua dissertação de mestrado cujo título é Idoso Institucionalizado. Repercussões da Independência Funcional.

Declaro, ainda, que os responsáveis pela instituição e os participantes foram devidamente informados sobre a realização da pesquisa, seus objetivos e formas de encaminhamentos, bem como tiveram liberdade de recusa ou interrupção da sua participação, sendo que o pesquisador deu os devidos esclarecimentos quanto à não divulgação dos nomes dos entrevistados, afirmando seu propósito de observar os princípios éticos exigidos para esse fim.

Valinhos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

---

Responsável pelo Recanto dos Velinhos de Valinhos.

---

Pesquisador responsável: Flávia Fazani Brito.

## ANEXO II

### Roteiro de Entrevistas

1. Nome.
2. Idade.
3. Em qual cidade nasceu.
4. Está na Instituição há quanto tempo.
5. O que faz quando levanta.
6. Ajuda nas tarefas domésticas, como arrumar a cama, limpar o quarto, arrumar a cozinha.
7. Como se sente em ajudar ou não.
8. A Instituição convida a ajudar nas tarefas domésticas.
9. O que acha de ajudar nas tarefas.
10. Faz ou já fez alguma atividade física.
11. Como e quando são ou foram realizadas.
12. Como se sente ou se sentia ao realizá-las.
13. Faz as mesmas coisas todos os dias.

## ANEXO III

### Entrevistas

#### ENTREVISTA 1 - Sr<sup>a</sup> A, 80 anos.

**Qual seu nome ?**

A. M. J. M. (Mulher)

**Qual a sua idade?**

80 anos.

**Onde nasceu?**

Minas Gerais.

**Está na Instituição há quanto tempo?**

Desde que meu marido morreu. Aí me trouxeram pra cá. Faz um ano e quatro meses. Antes eu não sabia o que era asilo.

**O que faz quando levanta?**

Primeira coisa, eu lembro de Deus, benzo meu corpo, depois levanto, tomo meu banho e depois vou pedir a Deus, agradecer a Deus tudo que Ele faz por nós.

**A senhora ajuda nas tarefas domésticas, como arrumar a cama, limpar o quarto, arrumar a cozinha?**

Arrumo minha cama, ajudo minha colega que dorme comigo, ajudo em alguma coisinha que ela precisa.

**Como o quê?**

Arrumo a cama dela. Sirvo o café de manhã. Desço na minha hortinha, ali embaixo, dou uma papiadinha às 9 horas todo dia.

**Como a senhora se sente realizando estas tarefas?**

Me sinto bem, muito bem.

**Alguém te convida a ajudar nas tarefas?**

Eu ofereço. Se quiser bem, senão eu largo pra lá.

**Eles costumam querer sua ajuda?**

De vez enquanto eu ajudo a passar uma roupinha, quando a Raimunda sai e ajudo no que for preciso.

**A senhora faz ou já fez alguma atividade física em sua vida?**

Como assim?

**A senhora já chegou a fazer alguma atividade física, como exercícios, fisioterapia, caminhada?**

Ihhh, já caminhei demais, caminhei léguas, mais do que caminhada.

**Todos os dias?**

Todo dia.

**E como se sentia?**

Muito bem, muito bem. Adorava, gostava muito.

**E aqui dentro, a senhora faz alguma atividade?**

Trabalhando.

**A senhora não caminha mais?**

Caminho. Eu dou minhas voltas sozinha.

**E como a senhora sente quando caminha?**

Dor na perna, nas duas pernas, aquilo dói, queima. Quando ando depressa dói, não posso pegar peso, subir morro, não posso.

Depois que eu entrei aqui, aconteceu isso, enquanto eu tava lá, não tinha nada não.

**Em relação às atividades, a senhora faz fisioterapia aqui?**

Aqui tem. De vez enquanto, eu vou lá.

**E como se sente?**

Ah, eu não sei, pra mim é a mesma coisa, porque de nada melhora. Porque é mentira se eu dizer. Porque se eu minto, Deus tá vendo que eu tô mentindo. Tem que falar o que é. De nada melhora.

**Pra dor não adianta, mas e a senhora como se sente indo?**

Vou falar a verdade. Desde que eu pus o pé daquele portão pra dentro, eu não me sinto bem até hoje. Falar o que é verdade, porque eu tô aqui na presença de Deus (estávamos conversando na capela da instituição). Eu não tô acostumada a ficar fechada. Eu gosto de passear, andar, trabalhar, ganhar meu dinheirinho, sabe? Assim que eu trabalhava com meu marido. Agora aqui eu fico sentada, fico aqui dentro. Não tem pra onde a gente ir. Eu queria sair um pouco, dar uma volta. Fica fechada aqui a semana inteira, o ano inteiro pra ver?

**Todos os dias a senhora faz a mesma coisa?**

Todo santo dia.

**A senhora não pode sair pra passear?**

De vez enquanto eles levam a gente pra dar uma voltinha, pra cidade, mas é de carro. Chega lá, não pode ir onde eu quero, daqui a pouquinho vamos embora. Eu não tô acostumada a ficar fechada. Da minha família, minhas amigas, eu nunca vi uma pessoa ficar em asilo, eu não tô acostumada.

**A senhora já conversou sobre isto com alguém?**

Já falei. Eu converso com todo mundo, nunca briguei com ninguém. Todo mundo gosta de mim, porque eu sou quieta. Eu sou sentida, muito sentida eu sou, e nervosa também, mas um lado dá pra levar.

**Então a senhora ajuda nas tarefas pra passar o dia?**

É.

**Muito obrigada pela entrevista.**

De nada.

**Entrevista 2 – Sr. B, 78 anos.****Qual o seu nome?**

A. R. M. A. M. (Homem)

**Qual a sua idade?**

78 anos.

**Onde nasceu?**

Boborema, Estado de São Paulo.

**Há quanto tempo o senhor está na instituição?**

12 anos.

**O que o senhor faz quando levanta?**

Eu escovo os dentes, lavo o rosto, tomo café.

**E depois?**

Aí eu vou pra roça. Tenho minha horta.

**E o que o senhor faz lá?**

Eu planto, planto pros amigos, quiabo, abóbora, mandioca.

**O que o senhor faz com a verdura que o senhor planta?**

Primeiro é pra cá, pra cozinha, dou pra eles cozinhar e o que sobra eu vendo.

**E onde o senhor vende?**

Eles não me deixavam sair, então vendo pela cerca.

**E o que o senhor faz com o dinheiro?**

Já comprei um aparelho de tocar cd.

**E o que mais?**

É bom ter um dinheirinho pra sair, pra comprar o que me dá vontade.

**E o que o senhor costuma comprar?**

CD pra ouvir na roça, uma coisinha pra comer. O resto eu guardo.

**O senhor costuma sair pra passear?**

Eles levam.

**Além da horta, o senhor faz alguma outra coisa aqui, como arrumar a cama, varrer o quarto?**

Ah, sou tudo eu que faço. Levanto cedo, primeira coisa arrumo a cama, varro o quarto, limpo e arrumo o quarto, ajudo quem dorme comigo.

**O senhor faz alguma atividade física?**

Faço. Faço com a fisioterapeuta.

**Quantas vezes na semana?**

Duas. Terça e quinta.

**E como o senhor se sente?**

Bem, muito bem.

**E o fato de o senhor ter sua horta, arrumar sua cama ... como o senhor se sente?**

Sinto bem. Faço com o gosto.

**Aqui, te chamam pra ajudar ou o senhor se oferece?**

Às vezes, me chamam pra molhar vaso de flor. Eu vou. Eu gosto.

**Muito obrigada pela conversa.**

De nada.

**Entrevista 3 – Sr. C, 96 anos.**

**Qual seu nome?**

C. P. O. (homem)

**Quantos anos o senhor tem?**

96 anos.

**Onde o senhor nasceu?**

São Raimundo Nonato – Piauí.

**Há quanto tempo o senhor está na instituição?**

Faz mais ou menos 1 mês e meio.

**O que o senhor faz quando levanta?**

Tomo banho, arrumo a cama, varro o quarto depois tomo café.

**E depois?**

Vou pra horta.

**O senhor tem horta?**

Tenho, faço tudo, tenho enxada, minhas ferramentas.

**E o que o senhor faz com o que o senhor planta?**

Dou pra cozinha.

**O senhor vende?**

Não, só dou pra cozinha daqui.

**Tirando a horta, o senhor ajuda aqui na instituição?**

O que precisar.

**E eles te convidam a ajudar?**

Não.

**O senhor fez ou faz alguma atividade física?**

Já joguei futebol e já fiz fisioterapia.

**E como se sentia?**

Muito bem.

**E hoje, o senhor faz alguma coisa?**

Caminho todos os dias.

**E como se sente?**

Muito bem.

**Muito obrigada pela entrevista.**

**Entrevista 4 – Sra. D, 91 anos.****Qual é seu nome?**

S. C. O. (mulher)

**Quantos anos a senhora tem?**

91 anos.

**Onde a senhora nasceu?**

Eu nasci em Botucatu.

**Desde de quando a senhora está aqui?**

Não sei se já fez um mês.

**O que faz quando levanta?**

Ah, não faço nada, tomo banho, arrumo o quarto, saio pra andar um pouco. Mas não faço nada na casa, por exemplo, eles não se manifestam, não pensam que eu poderia ajudar se quisesse, eu gostaria, mas eles são assim, indiferentes, né?

**E quando a senhora sai pra caminhar, como a senhora se sente?**

Muito bem, eu saio com ele (o marido está morando na mesma instituição), todos os dias eu dou uma volta, em todo o lugar que é possível andar a gente anda.

**Todo dia a senhora faz a mesma coisa?**

Todo dia.

**Além de caminhar, a senhora faz alguma atividade física ou já fez?**

Ah, já fiz sim. Fazia ginástica, ia ao clube.

**E aqui, fora a caminhada, a senhora faz mais alguma atividade?**

Não, aqui não.

**E como a senhora se sentia?**

Me sentia bem.

**A senhora vai com ele (marido) pra horta?**

Toda vez. Fico sentada lá no banquinho que ele fez.

**E a senhora ajuda em alguma coisa?**

Não, fico lá só olhando.

**Muito obrigada pela entrevista.**

De nada.

**Entrevista 5 – Sra. E, 73 anos.****Qual seu nome?**

A. A. R. F. (mulher)

**Quantos anos a senhora tem?**

73 anos.

**Onde nasceu?**

Sarutaiá, Estado de São Paulo.

**Está na instituição há quanto tempo?**

Meu marido me deixou pra ficar com outra mulher e eu fiquei muito deprimida. Aí teve um dia que eu caí. Tava sozinha e não consegui me levantar, aí veio bombeiro, me levaram pro hospital, mas eu não quebrei nada graças a Deus. Aí veio minha nora e levou eu pra casa dela. Aí eu fiquei morando um mês lá e eles procurando lugar pra pôr eu e eu não ficar sozinha, pra tratar dessa depressão. Eu não esperava que ia ser aqui, mas meu filho achou o lugar melhor aqui. Aí, ele pôs eu aqui e aí eu tô aqui até hoje.

**E há quanto tempo a senhora está aqui?**

Eu vim em maio, acho que faz nove meses.

**O que faz quando levanta?**

Primeira coisa que eu faço é tomar banho, quatro horas da manhã.

**Às quatro horas da manhã?**

É porque eles começam a lavar as mulher de fralda e eu faço tudo sozinha, tomo banho sozinha, me arrumo sozinha, faço bijouteria lá (na terapia ocupacional) sou lúcida. Tô aqui mesmo pra tratar essa depressão e morar aqui.

**E depois?**

Eu tomo café.

**E depois do café?**

Terça, quinta e sexta, eu vou no artesanato, na TO (terapia ocupacional), fazer colar, pulseira.

**E como a senhora se sente fazendo artesanato?**

Bem, muito bem, elas são ótimas, gente muito boa. Me sinto até melhor lá do que rodando por aqui. Tem a fisioterapeuta também, toda sexta-feira, também faço caminhada, todos os dias.

**Como a senhora se sente quando faz caminhada ou fisioterapia?**

Me sinto bem.

**E como a senhora se sente quando não faz?**

Ah, me sinto melhor fazendo.

**Antes disso a senhora fazia alguma atividade física?**

Não, ficava só cuidando da casa.

**Alguém convida a senhora pra ajudar a fazer alguma coisa?**

Não, a gente não é obrigada. Se alguém quer fazer alguma caridade pra algum doente, tem que pedir autorização pra enfermeira. Agora minha companheira de quarto se vira sozinha, porque mandaram eu deixar ela fazer sozinha.

**Além disso, tem algum outro tipo de tarefa que a senhora realiza?**

Não, não, nada. Aqui eles fazem tudo, só o meu prato e da minha companheira que eu levo.

**E o quarto, a senhora varre...?**

Não, aqui tem as faxineiras.

**E a cama?**

Eu arrumo minha cama. Às vezes eu dou uma ajuda pra minha companheira, que ela fica meio embaraçada, daí eu dou uma ajuda pra ela.

**O que a senhora acha dessa liberdade de poder fazer as tarefas se a senhora quiser ajudar?**

Ah, eu acho que é bom a gente fazer bem para os outros.

**E em relação a senhora estar fazendo alguma coisa. A senhora prefere ficar parada ou a senhora preferia fazer mais coisas?**

Não, tem as faxineiras, a gente não precisa fazer isso.

**Obrigada pela conversa.**

Tá bom.

**Entrevista 6 – Sra. F, 85 anos.****Qual é seu nome?**

O. C. T. L. (mulher)

**Quantos anos a senhora tem?**

85 anos.

**Onde a senhora nasceu?**

São Paulo, capital.

**Há quanto tempo a senhora está aqui?**

Aqui faz quatro meses. Eu vim aqui porque eu tava morando numa casa que ia ter que fazer uma reforma e eu tive que sair. Eu tava morando só com meu filho, solteiro. Ele foi morar em outro bairro e eu vim aqui porque teve que desocupar a casa, e eu não tô nada contente com isso, porque ele tá sozinho lá e eu tô aqui.

**Cada um está em um lugar?**

Eu não tô gostando disso não e eu tô sem saída, eu não sei o que fazer, eu queria uma casinha pra eu ir embora daqui. Não dá, quero morar com ele. Eu não tô contente com isso não.

**Mas isso é provisório, então a senhora pretende voltar a morar com ele?**

Oh, morar com ele claro. Ele é doente também, toma remédio, então eu fico preocupada também. Que nem hoje, ele não apareceu pra almoçar. Ele vem sempre almoçar comigo e hoje ele ainda não apareceu e nem ontem. Eu fico preocupada.

**O que faz quando levanta?**

Aqui não se faz nada. É sempre o mesmo. Fico na sala de televisão, fico lá fora. Tomo remédio, essas coisa aí.

**A senhora arruma, sua cama, varre seu quarto?**

Arrumo a cama.

**A senhora gostaria de fazer mais coisas?**

Ah não, pra mim tá bom como tá. Não fazer nada aqui. Eu fazia em casa. Eu tinha pressão alta, eu caía, porque eu levantava de manhã e caía. Eu quebrei o pulso da mão, por causa da pressão.

**E a senhora procura ajudar dentro da instituição?**

Não.

**A senhora caminha, faz fisioterapia?**

Não caminho. Faço fisioterapia com aparelhinho que ela passou no meu pé.

**E exercícios? A senhora faz?**

Não. Eu caminho com a minha filha quando ela vem, mas agora faz tempo que ela não vem.

**E como a senhora se sente quando caminha?**

Me sinto bem quando ela vem aqui.

**A senhora faz todo dia a mesma coisa?**

Como o quê?

**Como ver televisão...**

É.

**Obrigada pela conversa.**

**Entrevista 7 – Sr. G, 82 anos.**

**Como o senhor se chama?**

O. M. (homem)

**Quantos anos o senhor tem?**

82 anos.

**Onde nasceu?**

Campinas.

**Há quanto tempo o senhor está aqui?**

1 mês.

**O que faz quando levanta?**

Tomo café, almoço, tem chá às seis horas e depois a janta à noite. É isso.

**O senhor faz alguma coisa, como arrumar a cama?**

Arrumo tudo. O quarto é meu.

**O senhor varre o quarto?**

Não. Não preciso nem varrer, olha aqui (*estávamos em seu quarto*), tá limpo.

**O senhor faz alguma atividade física?**

Caminho um pouquinho.

**Todos os dias?**

Dia sim, dia não.

**O senhor faz fisioterapia?**

Não.

**Quando o senhor caminha, como se sente?**

A mesma coisa que agora. Só a mão que tá ruim (*ele sofreu um acidente vascular cerebral*).

**E o senhor faz exercício pra mão?**

Faço, faço sozinho.

**O senhor gostaria de ajudar mais nas atividades daqui?**

Não. Ajudar quem?

**Ajudar um colega, fazer horta?**

Não, não gosto de horta.

**Quando o senhor arruma a cama, caminha, como o senhor se sente?**

Sinto nada, nem bem, nem mal.

**Todo dia o senhor faz a mesma coisa?**

Mesma coisa.

**O senhor sai pra passear?**

Fora daqui?

É?

Não.

**Alguém daqui te chama pra ajudar a fazer alguma coisa?**

Não.

**O senhor gostaria que chamasse?**

Não, pra quê?

**Não gostaria. Muito obrigada pela entrevista.**

Você nem perguntou se sou casado, se sou solteiro.

**É porque a pesquisa têm outro foco que preferencia outros tipos de perguntas.**

Tá.

**Entrevista 8 – Sr. H, 76 anos.**

**Qual o seu nome?**

S. P. S. (homem)

**Quantos anos o senhor tem?**

76 anos.

**Onde o senhor nasceu?**

Socorro.

**Está na instituição há quanto tempo?**

5 anos.

**O que faz quando levanta?**

Eu ando um pouco, arrumo a cama e vou tomar café.

**O senhor varre o quarto?**

Varro.

**O senhor ajuda aqui dentro em alguma atividade?**

Alguma coisinha, se me pedirem eu faço.

**Como o que por exemplo?**

Molhar plantas.

**E eles (a instituição) te pedem?**

Às vezes eles pedem.

**Como o senhor se sente ajudando?**

Eu acho bom.

**Todos os dias o senhor faz a mesma coisa?**

Todo dia.

**E antes? O senhor fazia alguma atividade física?**

Eu tinha uma chácara, né? Depois minha mulher morreu eu vim pra cá.

**E o senhor passeia?**

Sozinho não, só com eles (*instituição*) ou se algum parente vem buscar.

**O senhor faz alguma atividade física aqui?**

Fisioterapia.

**E como é?**

Com aparelho, cada um no seu aparelho.

**Quantas vezes por semana?**

Duas vezes.

**E o que o senhor acha?**

Acho bom.

**O senhor gostaria de fazer mais coisas aqui?**

Ah, quanto mais fazer melhor, né?

**Muito bom. Então muito obrigada pela entrevista.**

Tchau.

**Entrevista 9 – Sr. I, 79 anos.****Como o senhor se chama?**

S. P. (homem)

**Quantos anos o senhor tem?**

79 anos.

**Onde nasceu?**

Nasci em uma fazenda chamada Sete Quedas. Fica vizinha com Salto.

**Interior de são Paulo?**

Isto.

**Há quanto tempo está aqui?**

20 e poucos anos.

**O que faz quando levanta?**

Primeira coisa faço minha oração. Peço pra Deus, pra tudo, para os velinhos, tanto cedo, como à tarde.

**E depois?**

Arrumo minha cama, lavo o rosto, tomo café. Antigamente, eu plantava horta.

**E como o senhor se sentia?**

Sentia bem. Eu ainda tenho aquela vontade. Tenho fé em Deus que eu ainda vou trabalhar mais um pouco. Às vezes eu peço pra podar as plantas, mas ela (*peessoa responsável na instituição*) não deixa. Ela tem medo que eu caia (*ele faz uso de andador*). Eu não vou fazer, porque vai que acontece alguma coisa.

**E isso deixa o senhor triste?**

Ah, eu fico triste. Eu trabalhava, abria até valeta, porque era minha missão. Eu gostava de trabalhar.

**E o senhor, hoje em dia, ajuda a fazer algo na instituição?**

Às vezes, eu molho as plantas.

**O senhor faz as mesmas coisas todos os dias?**

Todo dia.

**O senhor faz alguma atividade física?**

Eu fazia duas vezes na semana, exercícios lá com os aparelhos (*sala de musculação com educador físico*), mas não deu por causa dessa mão.

**E como o senhor se sentia quando realizava exercícios?**

Não era bom por causa do meu problema da mão.

**O que aconteceu com a sua mão?**

Tive meningite.

**Obrigada pela entrevista.**

**Entrevista 10 – Sra. J, 81 anos.**

**Como a senhora se chama?**

M. G. (mulher)

**Quantos anos a senhora tem ?**

81 anos.

**Onde a senhora nasceu?**

Campinas.

**Há quanto tempo está aqui na instituição?**

8 meses.

**O que faz quando levanta?**

Tomo meu banho, tomo café.

**A senhora arruma sua cama, varre seu quarto?**

Arrumo a cama, mas varrer o quarto não, tem as faxineiras.

**A senhora ajuda nas tarefas domésticas?**

Não. Só levo minha roupa na lavanderia, assim eles não precisam vir buscar.  
Sou eu quem guardo minha roupa.

**Aqui eles te convidam a ajudar?**

Não.

**E quando a senhora faz atividades como arrumar a sua cama ou guardar a roupa, como se sente?**

Eu me sinto bem, porque pelo menos eu tô fazendo isso, né? Porque pior se eu não pudesse fazer, né?

**A senhora gostaria de fazer mais?**

Bom eu não sei, porque tem gente que não faz nada aqui e tem quem faz alguma coisa. Tem gente que não pega uma manga do chão (*existem árvores de mangas na instituição*).

**A senhora faz ou já fez alguma atividade física?**

Eu nunca tinha feito, eu só caminhava muito, eu ia pra cidade a pé, comprava as coisas no mercado. Aqui eu faço fisioterapia.

**Quantas vezes por semana?**

Duas vezes por semana.

**E como a senhora se sente fazendo?**

Me sinto bem. Eu gostaria de fazer mais, né? Mas a gente tem medo, outro dia uma senhora daqui de bastante idade foi numa festa, caiu e agora ela tá de andador, eu não sei se ela vai poder andar de novo.

**Obrigada pela entrevista.**

De nada.

**Entrevista 11 – Sr. K, 81 anos.****Qual o seu nome?**

J. P. (homem)

**Quantos anos o senhor tem?**

81 anos.

**Onde nasceu?**

Itanhaém.

**Está na instituição há quanto tempo?**

Há quatro anos e cinco meses.

**O que o senhor faz quando levanta?**

Eu acordo e vou andar, no mais tardar 5 horas e 20 minutos eu já tô andando. Depois eu vô pro portão e fico lá fazendo a segurança. Durante o dia eu tomo café, ando. Agora eu vô pra ginástica.

**Quantas vezes o senhor faz?**

Duas vezes por semana.

**E como o senhor se sente com a ginástica?**

Ah, muito feliz, porque antes eu tinha que abaixar mais a cinta.

**O senhor estava engordando?**

É. Agora não. Também, você pode passar a hora que for ali no refeitório que vai ser difícil você me ver repetindo um prato de comida. Também aqui eu não trabalho, porque não tem serviço. É que nem outro dia, chegaram pra mim e disseram deixa pra lá o trabalho, vocês já tiveram o tempo de vocês. Mas você é moça formada e vai entender o que eu tô falando, se for pra chegar aqui e não fazer nada, é melhor ir pra cadeira de roda. Eu vou ficar parado aqui, por causa de quê, eu vô me mexer, movimentar meu corpo. Eu também toco violão, eu não paro.

**O senhor ajuda nas tarefas domésticas?**

Ajudo. Eu pego todo o lixo da farmácia e levo pra lixeira. Quando as meninas tão sozinha eu procuro colaborar. Então a gente precisa ajudar, fazer alguma coisa.

**Aqui a instituição te convida a judar?**

Não. Aqui a gente faz por conta própria, não tem compromisso com ninguém, aqui é por conta própria.

**O senhor faz ou já fez alguma atividade física?**

Já trabalhei muito.

**Fora o trabalho, o senhor já fez alguma atividade física?**

Nós andamos aqui sempre. Eles convidam nós pra passear.

**E o senhor vai?**

Quando me sinto bem eu vô. E quando eu não vô eu fico aqui no portão, porque eu ficando no portão eu tô garantindo a minha parte, defendendo o Recanto pra que ninguém daqui saia pra fora do portão.

**O senhor arruma seu quarto?**

Não, aqui tem gente que faz isso.

**E horta?**

Eu fiz dois anos, mas agora tá faltando algumas coisas, como esterco, materiais, eles já tão resolvendo, então vamos aguardar.

**E todo dia o senhor faz a mesma coisa?**

Todo dia é a mesma marcha. A não ser que algum dia aconteça alguma coisa e eu perca hora, do contrário pode passar aí qualquer hora que você vai me ver no portão.

**Muito obrigada pela entrevista.**

Foi um prazer.

**Entrevista 12 – Sr. L, 66 anos.****Qual seu nome?**

J. S. (homem)

**Quantos anos o senhor tem?**

Vou fazer 67 anos em julho.

**Em qual cidade o senhor nasceu?**

Valinhos.

**Há quanto tempo o senhor está na instituição?**

6 anos.

**O que o senhor faz quando levanta?**

Vou falar o quê? Faço tanta coisa quando acordo. Quando levanto, eu vou ao banheiro, se é muito calor eu tomo um banho, uso o vaso, coisa e tal.

**O senhor arruma sua cama?**

Ah sim, isso eu me viro sozinho.

**O senhor limpa seu quarto?**

Ah não, a mulher limpa, né? Por que isso é obrigação delas, porque eu pago pra isso, e elas não ganham pra isso? Eu ainda arrumo a cama, se eu não arrumar elas têm que arrumar, né?

**O senhor guarda sua roupa?**

Eles lavam. Alguma vez, eu pego e guardo. O resto tem a lavadeira.

**O senhor ajuda em alguma tarefa doméstica?**

Ah, não ajudo por causa da perna. Eu fico aqui, faço aqui, tô aqui desde às sete da manhã (*ele realiza trabalhos manuais na sala da terapia ocupacional-TO*).

**O senhor gostaria de fazer mais coisas aqui dentro ou não?**

Minha profissão é pedreiro. Eu trabalhava muito com meu irmão, fazia tudo. Um dia uma pessoa que me conhecia de antes de eu estar aqui me chamou pra fazer um

trabalho na TO. Aí virou tapete, casinha, quebra-cabeça e eu tô aqui. Olha aí quanta coisa (*havia vários trabalhos na sala, realizados por ele*).

**São lindos! E como é a sua rotina? Todos os dias o senhor faz a mesma coisa?**

Não, aqui no trabalho sempre muda. E também eu vou dar uma volta. E fazia aquele negócio na academia.

**Fisioterapia?**

É. Mas parei, não dá. Antes com outra pessoa era ótimo, não tinha aparelhos, eu fazia vários exercícios, depois ela precisava terminar os estudos dela e foi embora, daí não foi mais a mesma coisa. E agora tem os aparelhos que me dá um peso no corpo pior ainda. Então eu falei, vou parar. Antes era diferente, eu ia duas vezes por semana e me fazia muito bem.

**E caminhada?**

Caminho, tem um lago onde eu gosto de ir.

**Todos os dias.**

Não. Vou quando me sinto bem.

**E quantas vezes o senhor costuma ir?**

Normalmente, com a turma, até quatro vezes por semana.

**E como o senhor se sente?**

Eu me sinto bem. Eu acho que sim, porque caminhar é bom, né? Não pode ficar parado.

**E a instituição te chama a ajudar?**

Eles me chamam pra fazer alguma coisa ou pra caminhar.

**Mas e para ajudá-los em alguma tarefa?**

Ah, isso não.

**O senhor me disse que fez fisioterapia e antes, o senhor fazia alguma atividade física?**

Não.

**Nem futebol?**

Ah sim, futebol eu já joguei muito. Eu também pedalava dez, doze quilômetros todo dia pra trabalhar e depois à noite eu ia pescar ou caçar. Então eram quatro vezes, e o serviço era pesado. Não é como hoje, o serviço de pedreiro era todo na pá, não é como é hoje com retroescavadeira.

**Muito obrigada pela entrevista.**

Por nada.

**Entrevista 13 – Sra. M, 82 anos.****Como a senhora se chama?**

H. M. O. (mulher)

**Quantos anos a senhora tem?**

82.

**Em que cidade a senhora nasceu?**

São Paulo.

**E como a senhora veio pra Valinhos?**

Eu queria morar em um asilo, então eu comecei a procurar. A minha filha que mora em Campinas, me ajudou. Aí ela conheceu aqui e me trouxe pra conversar. Aí só o canteiro daqui já me encantou. Eles conversaram sobre quanto eu tinha que pagar, se eu tomava banho sozinha, essas coisas. Aí eu tive que esperar e depois me chamaram.

**Há quanto tempo a senhora está aqui?**

1 ano e sete meses.

**O que a senhora faz quando a senhora levanta, como é seu dia?**

Eu levanto, tomo café e vou fazer minha caminhada. Eu faço conforme eu me sinto bem. Depois eu faço tricô, faço caça-palavras pra me distrair.

**A senhora faz fisioterapia?**

Já fiz, mas depois eu operei minha vista da catarata e não podia fazer força.

**Como a senhora se sentia fazendo fisioterapia?**

Bem, muito bem.

**E com a caminhada, como a senhora se sente?**

Bem, muito bem.

**Além da caminhada e fisioterapia, tem outra atividade física que a senhora faz ou já fez?**

Há 20 anos atrás, eu fiz ioga.

**Ioga?**

Ah sim, é excelente, não tem nada que se compare a ioga.

**E quando parou, a senhora sentiu a diferença?**

Ah e como. Sinto na postura, às vezes eu percebo que estou entortando.

**E aqui, a senhora ajuda em alguma tarefa doméstica, como arrumar a sua cama, varrer seu quarto?**

Arrumo a cama todos os dias.

**É a senhora que guarda sua roupa?**

Tudo eu.

**Varrer o quarto?**

Não, isso não, porque aqui elas passam pano todos os dias.

**Tem alguma outra coisa que a senhora ajuda?**

Não, porque eu sou assim, eu tenho medo de começar e depois não dar conta.

**Alguém da instituição te convida pra ajudar?**

Não. Eu ajudo algumas companheiras quando precisa. Só faço quando elas precisam e porque eu quis e eu gosto de fazer. Às vezes água que precisa, eu pego, mas é mais isso.

**E o que a senhora acha de ajudar nestas tarefas? Como a senhora se sente?**

Ah eu gosto, me sinto bem mesmo.

**E quando a senhora arruma a cama e pode fazer suas coisas, como se sente?**

Me sinto bem. Eu faço o que me sinto bem.

**Quantas vezes na semana a senhora fazia fisioterapia?**

Uma vez só, mas eu me sentia muito bem. Agora eu sinto a diferença eu vou fazendo assim (*neste momento, ela se encurvou para frente*).

**E todos os dias a senhora faz as mesmas coisas?**

Não, não é sempre assim. Tem certas pessoas que está com sede, mas não pede pra nós, aí vem a enfermeira e pede pra enfermeira, aí eu acho chato, porque puxa, tantas pessoas na sala e ninguém pegou água pra ela.

**Muito obrigada pela entrevista.**

De nada, foi um prazer.

**Entrevista 14 – Sra. N, 68 anos.****Qual o seu nome?**

R. M. S. (mulher)

**Quantos anos a senhora tem?**

68 anos.

**Em que cidade nasceu?**

Ilhéus na Bahia.

**Há quanto tempo está aqui?**

3 anos.

**O que faz quando acorda?**

Tomo banho, ajudo as mulheres na cozinha, passo roupa.

**E foram eles que te convidaram?**

Não. Eu me ofereci.

**E como a senhora se sente ajudando nas tarefas?**

É muito bom. Eu faço tudo, sei lavar, sei passar, faço comida, porque minha mãe me ensinou desde que eu era menina, ela me ensinou a fazer tudo.

**E o seu quarto é a senhora que limpa?**

É.

**A senhora que arruma a cama?**

É, eu que arrumo minha cama.

**Varre o quarto?**

Não, isso a mulher faz.

**A senhora faz as mesmas atividades todos os dias?**

Não, cada dia é diferente.

**O que a senhora acha de ajudar nas tarefas?**

Eu me sinto muito bem, olha o que eu ganhei (*me mostrou um saquinho de balas de gomas*), eu ganhei também uma boneca que fala.

**Que jóia! E a senhora já fez ou faz alguma atividade física?**

Faço exercício (*musculação*).

**Quantas vezes por semana?**

Duas.

**E a senhora faz fisioterapia?**

Faço exercício, brinco, danço.

**E como a senhora se sente?**

Muito bem.

**A senhora caminha?**

Caminho.

**E quantas vezes por semana?**

Três.

**E como se sente?**

Bem.

**E antes de estar aqui, a senhora fazia alguma atividade física?**

Não.

**E a senhora sente alguma diferença?**

Sinto.

**Qual?**

Agora, eu sinto bem.

**Muito obrigada pela entrevista.**

De nada.

**ANEXO IV**

**RECANTO DOS VELHINHOS DE VALINHOS**

