

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

SIMONE GOETZ MALIKOSKI

CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE:
IMPLICAÇÕES PARA O LAZER DE IDOSAS DO ALTO DA CAIEIRA,
FLORIANÓPOLIS, SC

Florianópolis
Novembro, 2010

SIMONE GOETZ MALIKOSKI

**CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA O LAZER DE IDOSAS
DO ALTO DA CAIEIRA, FLORIANÓPOLIS, SC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de licenciado em Educação Física, Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Edgard Matiello Júnior

Florianópolis
Novembro, 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC

CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA – Hab. Licenciatura

Termo de Aprovação

**CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA O LAZER DE IDOSAS
DO ALTO DA CAIEIRA, FLORIANÓPOLIS, SC**

Elaborada por

SIMONE GOETZ MALIKOSKI

Como pré-requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciado em Educação Física.

Comissão Examinadora (Banca):

Orientador - Prof. Dr Edgard Matiello Júnior – (CDS/UFSC)

Membro – Prof. Ms Paulo do Canto Capela – (CDS/UFSC)

Membro – Prof. Ms Jéferson Dantas – (CED/UFSC)

Suplente – Prof. Ms. Mário Flávio Coutinho Dias – (Grupo Vivendo Educação Física e Saúde
Coletiva/UFSC)

Florianópolis, SC, 26 de novembro de 2010

Aos meus pais por possibilitarem meus estudos e dedicarem a nossas vidas carinho e amor incondicionais...

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui meus agradecimentos a todos aqueles que fizeram parte da minha formação, àqueles que de algum modo contribuíram nesta minha trajetória, que me deram forças e apoio. Agradeço aos meus pais Ernesto Malikoski e Nicolina M. Goetz Malikoski pelo exemplo de coragem, simplicidade e persistência em suas metas, mesmo longe sempre me apoiaram e deram ânimo para agüentar a saudade de casa. Aos tios Marilene M. Goetz e Roque Pegoraro, que foram fundamentais para a minha entrada nesta Universidade. Agradeço em especial a minha amiga Lucimara Possa Manzoli, pois, vivenciou de perto minhas angustias, nervosismos, ansiedades e alterações de humor. Ao meu orientador Edgard pelas suas correções e incentivo. As idosas do Alto da Caieira que foram essenciais para o andamento deste trabalho, e que me receberam tão bem em suas moradias. Ao grupo PET com qual aprendi muito. Dentre tantas as forças, contribuições e apoios não poderia esquecer meus demais amigos por quais tenho muito carinho, muito obrigada a todos! Agradeço também aos membros da banca, professores Capela, Jéferson e Mário, por terem aceitado o convite para participar desta banca e pelas suas contribuições a este trabalho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO : Problema e Objetivos.....	8
1.1 Justificativa	11
1.2 Metodologia	13
2. CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE	19
3. CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DAS IDOSAS DO BAIRRO ALTO DA CAIEIRA	24
4. IMPLICAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE PARA O LAZER DAS IDOSAS	39
5. CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	50
ANEXO	52

RESUMO

Sabemos que o envelhecimento acaba impondo limites ao ser humano, entretanto isso não significa que o idoso tenha que se abster do trabalho, atividades sexuais, vida social ou lazer. Nesse sentido, há necessidade de novos olhares para os idosos, de forma que se dedique a pensar em como melhorar essa fase da vida. Como justificativa de realização desta pesquisa temos o fato de haver um baixo volume de informações sistemáticas e oficiais que nos permita avaliar as condições de vida e saúde dos idosos, para tanto, nos interessou realizar um estudo sobre as condições de vida e saúde de idosas moradoras do Bairro Alto da Caieira do Saco dos Limões no município de Florianópolis. Averiguamos quais as implicações para as atividades de lazer neste local e tratamos das condições de vida e saúde dos idosos partindo de métodos como o conhecimento da realidade da comunidade, fazendo visitas ao bairro e residências, análise documental, entrevistas, entre outros. Estas análises, ao representar as condições de vida e saúde das idosas, poderão também balizar reformas sociais e políticas públicas saudáveis visando à equidade e à melhoria da qualidade de vida e da saúde desses indivíduos. Concluímos que muitos fatores implicam e impossibilitam a participação dos idosos nas práticas de lazer. A qualidade de vida e a saúde destes idosos são precárias assim como as condições encontradas no bairro onde vivem e em suas moradias. Essas condições incluem a baixa renda, a dificuldade de mobilidade, o fato de exercerem atividades domésticas que ocupam seu tempo e o fato de não existir no bairro projetos que possibilitem práticas de lazer. Assim sendo, acreditamos na importância das atividades de lazer estar em evidência nos estudos direcionados a esses grupos.

Palavras-chave: Idoso, Condições de vida e Saúde, Lazer, Educação Física.

1 INTRODUÇÃO

Definição do Problema e objetivos

Este é um estudo sobre as condições de vida e saúde de idosas moradoras do Bairro Alto da Caieira do Saco dos Limões (ACSL) no município de Florianópolis, SC, e assim investigou as implicações para atividades/práticas corporais de lazer neste local.

A escolha do ACSL se deu pela existência de outro projeto, “futebol e capoeira no Alto da Caieira”, ligado ao orientador deste, facilitando o encontro com a comunidade. E também por ser um bairro com situação de empobrecimento e condições precárias de saúde e espaços de lazer. Nesta comunidade, os moradores têm poucos recursos para se locomover devido ao fato do local ser íngreme e de difícil acesso, dificultando sua participação em projetos fora do bairro. Sendo assim os idosos ficam limitados ao local de moradia e muitos não participam atualmente de programas de promoção ao seu bem-estar. Levamos também em consideração o fato da unidade de saúde, que atende esta população, estar situada em outro bairro, fator este que dificulta o atendimento das necessidades básicas.

As relações entre condições de vida e saúde estão presentes de diversas formas, com intensidades diferentes. Para tanto, um estudo das condições de vida de determinados grupos sociais deve levar em consideração não só a distribuição de renda e poder aquisitivo, mas também certas ações estatais que buscam garantir o atendimento de necessidades básicas para a sobrevivência, como, por exemplo, a saúde, saneamento, educação, alimentação e nutrição, lazer, segurança, entre outras. Questões estas que, equacionadas com os determinantes locais, representam as estruturas de poder que regem a vida da população.

Para Castellanos (1990); Nuñez (1992, apud BARATA,1997), alguns trabalhos buscam evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos pelo recurso da construção de indicadores compostos por diversas variáveis sócio-econômicas. Para estes autores as condições de vida expressam as condições materiais de existência dos grupos humanos de determinada sociedade. Elas dependem da inserção de cada grupo na estrutura de produção e, por conseguinte, sua vinculação com determinada classe social. As condições de vida são resultantes da forma como os grupos se inserem no processo de reprodução da sociedade, em um momento histórico e em determinadas condições naturais.

Os níveis de determinação do perfil epidemiológico da população enquanto componente da situação de saúde nos faz entender que dentro do modo de produção capitalista e atrelamento à inserção sócio-econômica, os indivíduos vão compor as classes sociais conforme seu padrão econômico de vida. Na medida em que o processo saúde/doença pode ser compreendido também como resultante das posições ocupadas pelos indivíduos no espaço social, segundo Paim *et al.* (1995, apud BARATA, 1997, p.14), admite-se que os indivíduos, ao se fixarem em determinadas posições nos diferentes campos, expõem-se a riscos relacionados com essa inserção. Por outro lado, os indivíduos serão mais ou menos normativos em relação ao meio, na dependência do tipo de capital acumulado. Assim, o capital cultural permite saber sobre os riscos de adoecer e prevenção destes, enquanto o capital econômico facilita maior acesso ao cuidado e às condições de vida que permitem melhor enfrentamento do processo de adoecimento. No capital simbólico relaciona-se a dimensão subjetiva da satisfação das pessoas com a vida.

Os resultados de estudos no Brasil (Paim *et al.* 1995; Lima, 1995, apud BARATA,1997, p.16) reforçam a idéia de que o espaço urbano, analisado sob uma perspectiva de constituição histórica e sua determinação social, permite indicar certas relações entre saúde e estrutura social. Para tanto, fazer uma investigação das condições de vida a que estão sujeitos estes distintos segmentos da população na localidade que constitui um espaço urbano, tende a contribuir para a análise da situação de saúde destes e suas tendências. O uso de indicadores globais e específicos, calculados para subconjuntos da população por motivo de dada formação de classes sociais do espaço urbano, segundo as condições de vida de seus habitantes, ilustra parte das relações entre saúde e condições de vida.

Sendo assim, buscamos averiguar quais as condições de vida e saúde das idosas moradoras do Bairro Alto da Caieira. Quais as implicações que elas sentem para a participação em atividades de lazer neste bairro, e se existem projetos de atendimento a essa população. Tais análises, ao configurarem as condições de vida e saúde destas idosas, poderão também balizar reformas sociais e políticas públicas saudáveis visando à equidade e à melhoria da qualidade de vida e da saúde desses indivíduos.

Sabemos que o envelhecimento aumenta o risco de adquirir enfermidades e incapacidades, e com ele a necessidade de implantar e implementar políticas que visem garantir e manter as condições de vida e de assistência sócio-sanitárias adequadas para a população idosa. Nesse sentido há uma preocupação, pois o envelhecimento de uma

população sinaliza para um aumento nas patologias crônicas e de incapacidades que exigem uma atenção sócio-sanitária mais eficaz. Conforme Pereira *et al* (2009), estudos brasileiros apontam que cerca de 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e em 10% são identificadas, em média, cinco dessas enfermidades. As doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade e respondem a elevados gastos nesse setor, o que justifica a demanda pelos serviços de saúde.

Estudos mostram que o conceito de saúde proposto pela OMS (Organização Mundial da Saúde) é insuficiente para descrever a saúde do idoso, pois a ausência de doenças é privilégio de poucos e o completo bem estar pode ser alcançado por muitos, independente da presença ou ausência de doenças. Então, a capacidade funcional aparece como um novo modelo padrão de saúde para o idoso e o envelhecimento saudável passa a ser resultado da interação entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (PEREIRA *et al*, 2009).

O envelhecimento acaba impondo maiores limites ao sujeito, mas isso não significa que o idoso tenha que se abster do trabalho, atividades sexuais, vida social ou lazer. Nesse sentido, parece haver a necessidade de novos olhares para os idosos, de forma que se dedique a pensar em como melhorar essa fase da vida. Portanto, acreditamos na importância das atividades de lazer estarem em evidência nos estudos direcionados a esses grupos.

No decorrer dos tempos o lazer foi considerado o tempo livre do homem, momento em que indivíduos possam desfrutar prazeres, tranquilidade e descanso. O lazer deveria ser um momento em que a pessoa pudesse sentir prazer em fazer algo que goste. Segundo Dumazedier (1976, apud DIAS, 2005, p.1), o lazer é um conjunto de ocupações de bom grado que o indivíduo usa para repousar, para divertir-se, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação voluntária ou sua livre capacidade criadora, quando livre das obrigações profissionais, familiares ou sociais, sendo, portanto, uma atividade de livre escolha, liberatória, desinteressada, sem fins lucrativos. Atualmente, outros autores pensam diferente, pois se torna irrealista acreditar que todas as pessoas possam curtir-lo sem outras preocupações ou interesses, sobretudo pessoas que fazem de sua vida um exercício permanente de sobrevivência e atenuação do sofrimento.

É obrigação do poder público a preocupação com uma política que priorize ações, estimule e favoreça o idoso, nos segmentos de esporte, educação, lazer e cultura, tendo como objetivo a promoção da cidadania na terceira idade, preparando estes para uma maturidade e

vida feliz. Além disso, deve também uma maior integração entre idosos, oferecendo oportunidades de satisfação de vida por meio do entretenimento e do lazer, motivando-os para o convívio social em busca de uma melhor qualidade de vida. Por meios de alimentação adequada, exercícios físicos, vigilância da saúde, enfim, deve-se manter um pensamento atento e otimista, para que a satisfação com a vida possa ser maior. É importante perceber que essa responsabilidade pode e deve ser compartilhada com a sociedade e a iniciativa privada, tomando cuidado para que o lazer não seja visto apenas como mercadoria de consumo e meio alienante de entretenimento.

O idoso tem direito ao lazer em que possa desfrutar de atividades que o divirtam e o potencializem como seres humanos, e que oportunizem a organização da experiência cultural de seu tempo - entendido aqui como um período que vai além da vida adulta e abarca o seu "hoje", onde um futuro é gerado, como o passado o gerou. Compreender o lazer na vida do idoso é fundamental para possibilitar que ele ocupe um lugar de sujeito, e não de simples objeto que "sorri, pula e dança". (Barreto, 1997, apud GOMES, 2007, p. 1).

1.1 Justificativa

Como justificativa de realização desta pesquisa temos o fato de haver um baixo volume de informações sistemáticas e oficiais que nos permita avaliar as condições de vida e saúde destes idosos moradores do Alto da Caieira. Em termos de literatura científica de alcance nacional, há informações controversas, pois por um lado afirma-se que a população idosa está vivendo mais e melhor, e os sujeitos que conseguem sobreviver em idades mais avançadas possuem melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida (PEREIRA *et al.* 2009). E por outro lado, a realidade investigada do Alto da Caieira não representa tais avanços.

Pereira *et al.* (2009) relatam que no Brasil há carência de informações que permitam a avaliação, ao longo do tempo, das condições de saúde dos idosos, e acredita que a população idosa esteja vivendo mais e melhor, e que esses sujeitos que conseguem sobreviver em idades mais avançadas possuem melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida.

Consideramos esta informação importante e curiosa. Se for verdadeiro que as condições de vida e saúde estão ligadas à melhor qualidade de vida, o fato de investigarmos

estas condições no bairro nos dará uma ampla visão sobre estes idosos e suas implicações no que diz respeito às práticas de lazer.

Percebemos que é de grande importância a presença do lazer na vida dos idosos, pois além de contribuir para um melhor estado de espírito dos indivíduos, pode também amenizar os efeitos físicos decorrentes do processo de envelhecimento. Dias (2005) afirma que em geral os idosos parecem não aceitar o lazer como um aspecto de grande importância em suas vidas e que, quando não vivenciado, é por falta de condições e oportunidades. As dificuldades financeiras, as condições precárias de saúde e a perda gradual do costume de lazer externo, são alguns dos obstáculos para esta prática. Então, nessa fase da vida, devido à maior disponibilidade de tempo, há grandes chances para essas pessoas optarem por atividades que lhes tragam auto-realização e melhoria da qualidade de vida.

Sendo assim, esta pesquisa torna-se importante, pois, a partir da avaliação das condições de vida e saúde das idosas, procuraremos averiguar quais as implicações para atividades de lazer. Romitti (2008) retrata que é importante aprofundar conhecimentos sobre condições de vida e saúde, econômicas e de suporte social dos idosos, para que se esteja preparado para atender as demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas desses indivíduos. Para tanto realizamos este estudo, por servir como subsídio para sugestões de intervenções que poderão ser executadas com a intenção de melhorar as ações de diferentes áreas oferecidas aos idosos ali residentes.

Em termos iniciais, além dos indicativos metodológicos colocados a seguir, serão apresentados também outros temas, contemplados em capítulos, considerados por nós fundamentais para o desenvolvimento deste estudo.

O estudo das condições de vida e seus impactos sobre a saúde da população em geral e grupos sociais em particular, merece atenção neste estudo, por se tratar de uma pesquisa com humanos, mais especificamente com idosos que se deparam no dia-dia com novas situações de vida e saúde. Acreditamos que Barata (1997), no livro “condições de vida e situação de saúde”, traz a importância de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos humanos em sociedades concretas e a produção de saúde e da doença.

O capítulo sobre Condições de vida e saúde de idosos do Alto da Caieira terá como principal objetivo discutir a situação de saúde e qualidade de vida destes, complementando o

capítulo anterior e fazendo uma reflexão sobre este tema com nossas observações no campo de estudo. Utilizaremos informações contidas em documentos que retratam o bairro, textos e livros que foram pesquisados.

Para abordar o tema das implicações das condições de vida e de saúde para o lazer dos idosos, faremos uma discussão com Wolff (2009), que trata da importância da vivência lúdica de hábitos saudáveis de lazer, mantendo assim o idoso ativo e integrado à família e aos grupos sociais, e da importância da melhoria dessas condições sociais, do saneamento básico, medicina preventiva e assistencial. Refletir sobre essas temáticas que se referem à vida dos idosos é uma forma de contribuir na consolidação das políticas públicas, em especial, as do esporte e do lazer.

1.2 Metodologia

Segundo Minayo (1994), a metodologia é entendida como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. E a pesquisa é considerada como atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. A pesquisa vincula o pensamento à ação.

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva de caráter exploratório qualitativa. Conforme Vergara (1988) é descritiva porque tem por objetivo conhecer e interpretar a realidade, por meio da observação, descrição, classificação e interpretação de fenômenos, sem nela interferir para modificá-la. Exploratória porque não se encontraram informações cientificamente produzidas que atendessem às necessidades da pesquisa proposta.

Segundo Richardson (1999), os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades dos comportamentos dos indivíduos.

Para que a fundamentação desta pesquisa cause resultados positivos, há necessidade que o pesquisador compreenda o contexto no qual pretende atuar e seus significados. É de

grande valia esse entendimento, pois grande parte dessas definições são socialmente e culturalmente construídas.

Trataremos neste trabalho sobre a pesquisa social, no âmbito das Ciências Sociais, cuja produção do conhecimento é feita com base na realidade social. Segundo Minayo (1994), a pesquisa social é sempre tateante, mas, ao avançar, elabora critérios de orientação cada vez mais precisos. O conhecimento científico é a aquisição de um saber, aperfeiçoamento de uma metodologia, elaboração de uma norma. O objeto de estudo das ciências sociais é o histórico das sociedades humanas, a pesquisa nessa área trabalha com seres humanos que, por razões culturais, de classe, faixa etária, ou por qualquer outro motivo, têm em comum uma identidade com o investigador.

Na investigação social, as relações entre o pesquisador e o campo de estudo se estabelecem de forma que a visão de mundo de ambos está envolvida no processo de conhecimento, desde o entendimento do objeto até os resultados do trabalho e sua aplicação. Como ressalta Minayo (1994), as ciências sociais abordam o conjunto das expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações. Pode-se dizer que o objeto das ciências sociais é qualitativo.

A pesquisa é considerada uma atividade básica da Ciência na sua investigação e construção da realidade, pois articula o pensamento e a ação. A pesquisa sendo qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Minayo (1994) acredita também que o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõe, mas se complementa pelo fato da realidade abrangida por eles interagir dinamicamente.

Nesse sentido nos encontramos num processo de estudo do campo explorado, buscando assim as concepções teóricas para a abordagem da realidade, que nos guiaram a um conjunto de técnicas de investigação que possibilitam a construção da realidade desta pesquisa.

O trabalho de campo consiste no recorte da experiência da construção teórica desta pesquisa, para tal utilizamos recursos como: observações do local de investigação para conhecimento da realidade, procurando fazer visitas às instituições presentes no bairro, ou as quais os moradores têm vínculo: a Associação Marista, Igrejas, Posto de Saúde, além das residências das moradoras. Foram utilizadas análises de documentos como artigos e livros que

relatam o contexto do bairro, e entrevista que aponta para as questões investigadas. Também foram utilizados recursos fotográficos como forma de registro e diário de campo.

A técnica de entrevista utilizada corresponde a um conjunto de perguntas relacionadas ao problema da pesquisa buscando obter informações na fala dos indivíduos entrevistados. A entrevista caracterizou-se como semi-estruturada, que segundo Triviños (1987) corresponde à técnica em que o investigador segue o caminho traçado no roteiro podendo assim incluir novas perguntas conforme a necessidade que venha a surgir durante sua realização, e que toma forma de um diálogo entre o entrevistado e o pesquisador, com a finalidade bem definida.

Como a pesquisa caracteriza-se como semi-estruturada, decidimos dividir as perguntas do roteiro aplicado às idosas em cinco blocos, para facilitar o entendimento do andamento da pesquisa. No *primeiro bloco* foi feito um registro de identificação como: idade, renda, com quem reside, entre outras informações que pudessem ser consideradas importantes durante o diálogo. No *segundo* a intenção era entendermos como as entrevistadas percebem os problemas do Bairro, rua, casa e há quantos anos moram neste bairro. No *terceiro bloco* o nosso interesse foi saber como é o atendimento à saúde dos idosos no bairro e como estes consideram sua saúde. Estes três blocos e respectivas respostas foram tratadas no capítulo nº 3 Condições de vida e saúde das idosas do Bairro Alto da Caieira, cujos dados empíricos foram articulados com os dados de contexto e a literatura específica.

O capítulo nº 4 Implicações das condições de vida e de saúde para o Lazer das idosas contém o *quarto* e *quinto blocos*. O *quarto bloco* com as questões: quais as atividades de lazer; se participa de algum projeto para idosos e se caso não participa o motivo por não participar; descrever um dia típico da vida e se houver diferença entre dias da semana e finais de semana, descrever os dois; e em quê as condições de vida e saúde ajudam ou atrapalham no lazer no bairro ou fora dele. No *quinto bloco* nos interessou saber se as entrevistadas possuem religião e se esta de alguma forma interfere na busca pelo lazer. O questionário com as perguntas da pesquisa está no anexo 1.

Algumas entrevistas foram feitas individualmente na casa das idosas e outras coletivamente no grupo de idosas participantes da oficina de artesanato. Para preservar a identidade das entrevistadas, usaremos nomes fictícios quando referirmo-nos a elas.

Em seguida partimos para a prática, onde a primeira visita foi à Associação Marista, momento em que a pesquisadora conversou com a atendente. Esta não soube dar informações referentes aos idosos, e sugeriu que conversássemos com a Assistente Social que trabalha nesta mesma associação. Entrando em contato com a Assistente Social, ela nos informou que também não tinha informações relevantes sobre os idosos, pois conhecia pouco o bairro, mas que nos ajudaria contando o que percebe em relação ao assunto, e nos indicou um morador que é vice-presidente da comunidade e é morador da mesma há dezessete anos.

O morador indicado pela Assistente Social foi um de nossos entrevistados, pois acredita-se que como morador da comunidade há muitos anos, freqüentador de ações que ocorrem no bairro, tais como reuniões e missas, e também como vice-presidente da associação, tem um contato maior com a comunidade, e poderia nos fornecer informações importantes.

A pesquisadora participou da missa na igreja católica do bairro, ligada à Associação Marista. No início da missa o padre dá um informe contando que a licitação feita pela prefeitura para que empresas assumissem a construção de moradias populares no bairro não teve o retorno esperado, pois nenhuma empresa quis assumir as construções das casas. Em seguida pede uma oração em favor da comunidade que necessita desta ajuda. Ao final da missa a comunidade se reúne para encaminhar a situação da construção de casas no bairro. O padre incentiva a comunidade a se manifestar e sugere a busca pelo Ministério Público para averiguar as informações sobre a licitação e em seguida coloca a necessidade de se fazer pressão na prefeitura para exigir que busque alternativas para resolver o problema. Outro informe foi que haveria grupo de idosas todas as quartas-feiras de manhã para o projeto da oficina de artesanato, e confecção e embelezamento de materiais como: roupas, bordados e crochês. Neste dia estiveram presentes na missa poucas idosas. Ao final conseguimos contato com uma delas que também cuida da igreja e que participa nas atividades, reuniões e manifestos da comunidade, assim entramos em contato com ela, durante a pesquisa.

No dia do encontro das idosas para a confecção de artesanatos, a pesquisadora esteve presente, sendo este um momento importante para nos aproximarmos e conhecer melhor nosso público alvo de estudo. Participou da oficina e conversou com as poucas idosas que participaram neste dia. Houve a confecção de miçangas para serem aplicadas em camisetas. A intenção dos encontros é aprender a fazer artesanatos com materiais, roupas, chinelos etc, para no verão vender e assim poder contribuir na renda delas. Este encontro existe há um ano.

Segundo estas, houve um declínio grande na participação de idosas neste projeto. E quando perguntamos o que havia levado à diminuição das participações, elas responderam que algumas idosas começaram a trabalhar e outras ficaram doentes e impossibilitadas de participar nos encontros.

Os encontros para as oficinas de artesanato acontecem nos fundos da Associação Marista, em uma sala pequena e equipada com armários, construída especialmente para as idosas usarem nessa oficina.

Após conversarmos com estas idosas, que são pessoas importantes para o alavancamento de nossa pesquisa, pensamos também em buscar mais informações com as senhoras que desistiram de participar nesses encontros, para dessa forma compreender melhor os fatores que as levaram à desistência.

O Posto de Saúde que atende pessoas da comunidade, mas que é instalado em outro Bairro; Saco dos Limões, foi visitado. O atendente do Posto nos indicou um Enfermeiro que é responsável pelo atendimento aos idosos do Alto da Caieira. Pedimos para este fazer um levantamento sobre as principais causas que levam os idosos a se consultar.

Outro sujeito que consideramos importante entrevistar é um professor do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina. Ele teve muito em que colaborar com nossa pesquisa por conhecer a comunidade do Alto da Caieira por ter feito intervenções a partir de projetos de esporte e lazer que abrangem o público jovem, e por estar em contato com o Bairro colaborando em atividades e organizações da comunidade.

Em síntese, conversamos com alguns moradores e conhecedores do bairro, dentre estes: a assistente social, o vice-presidente da comunidade, o enfermeiro do Posto de Saúde que as idosas frequentam, um professor do Centro de Desportos (CDS), as seis senhoras que participaram do grupo de artesanato, sendo entre estas quatro com idade superior a 60 anos. Visitamos também três idosas que participavam do grupo no ano passado, buscando assim averiguar se a desistência tinha a ver com as condições de vida e saúde destas. Conversamos ainda com um casal de idosos que mora perto do campinho de futebol, principal área de lazer, assim totalizando um número de quinze pessoas entrevistadas.

Acreditamos ser importante colocar que durante todo tempo de visitas ao bairro e às residências dos moradores, a pesquisadora sempre foi muito bem recebida, principalmente pelas idosas. Passamos um bom período do dia na casa delas, não esperávamos ter tão

calorosa recepção, na casa de algumas até almoçamos e outras participamos do café da tarde. As entrevistas aconteceram em forma de conversas, levamos em torno de duas a cinco horas de conversa com cada idosa visitada. Além da entrevista, elas gostavam de conversar sobre suas vidas, netos, o que faziam quando eram jovens, e também nos fizeram perguntas para saber o que fazemos como atividades do trabalho e estudo, de onde viemos e por quê.

No seguinte capítulo buscaremos um entendimento maior sobre as condições de vida e saúde, conforme as abordagens que os autores da área da saúde fazem sobre o tema.

2 CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE

Nos dias atuais tornou-se comum assumir, como prática social e pensamento, a existência de uma considerável crise na Saúde Pública na América Latina, ou seja, uma crise de hegemonia do discurso sanitário. Parte desta crise tem início nas limitações conceituais, metodológicas e técnicas da Saúde Pública para responder aos desafios que advêm com as novas realidades sociais, e também do desinteresse de seu objeto de trabalho fundamental: a saúde das populações (CASTELLANOS, 2007).

Saúde é direito da cidadania, e é responsabilidade do Estado zelar pela satisfação desses direitos, como da mesma forma, é dever da sociedade, em seu conjunto, lutar para reduzir as iniquidades sociais na saúde. É necessário reforçar o caráter de bem público da Saúde Pública, para que as populações reivindiquem o que é de seu direito. É preciso também que a Saúde Pública possa intensificar sua capacidade para enfrentar estas iniquidades sociais, com aprofundamento de estudos e transformação no espaço da prática da investigação científica e no das intervenções.

Castellanos (2007) diz que a Saúde Pública, como assunto de Estado, surge nos séculos XVIII e XIX. Nessa época, o interesse coletivo, da comunidade, foi incorporado como assunto de Estado. A revolução Francesa e a Revolução Industrial tiveram papel importante nesse processo de constituição. Na revolução Francesa, pela concepção do Estado e pela condição de cidadania. A revolução Industrial pelo impacto negativo sobre as condições de saúde da população, e também por sua crescente necessidade de trabalhadores concentrados nas áreas urbanas.

Segundo Castellanos (2007, p.37) a Saúde Pública desde seus primórdios parte da comprovação da existência de diferentes situações de saúde nas subpopulações, como expressão das diferentes condições de vida e de trabalho. Por sua vez, isso é uma expressão de reconhecimento, que faz parte do acordo social, e da responsabilidade do Estado de propiciar as respostas sociais necessárias e possíveis para reduzir estas iniquidades.

A saúde não pode ser entendida como ausência de doenças, pois não existe pessoa ou população que possa ser considerada como livre de qualquer processo patológico. Somente a morte seria a negação absoluta da saúde e da doença. Castellanos (2007) relata que cada indivíduo, família e comunidade, em cada momento de sua existência, sente necessidades e

corre riscos que lhe é próprio, seja em função da idade, sexo ou outros fatores individuais, seja em decorrência de sua localização geográfica e ecológica, sua cultura e nível educacional ou por sua situação econômica e social. Esses são aspectos que influenciam mais ou menos o grau de suas possibilidades de realização pessoal e coletiva.

Os seres humanos formam coletividades desde a família até nações. Essa forma de grupos faz com que partilhem formas de consciência e de conduta, o que faz também com que se identifiquem na sua forma de cultura e que haja uma concordância entre fatos e idéias. Essa forma de consciência e conduta se revela nas formas de conceber o mundo e nas relações com outros seres humanos em maior ou menor capacidade prática de trabalho produtivo e criativo, em formas de organização etc. Portanto, pelo fato do homem viver em comunidades e compartilhar um tempo e território, condições de saneamento básico e relações de maior ou menor proteção, ou de maior ou menor depredação do meio natural, a reprodução do ser humano deve ser levada em consideração nas suas relações ecológicas, no ambiente residencial e no ambiente de trabalho.

Castellanos (2007) afirma que o processo de reprodução social comporta quatro momentos reprodutivos, e as necessidades de saúde que dele derivam podem organizar-se em necessidades: biológicas, ecológicas, de consciência e conduta e econômicas. As condições de existência são determinadas pela lógica do capital e pelo desenvolvimento desigual dos espaços geográficos.

Nos dias de hoje falar que a saúde do povo está em crise já não é novidade, e os problemas vêm se intensificando a cada dia. Segundo Campaña (1997), as classes elevadas do aparelho estatal, ou seja, a sociedade política, busca com veemência uma estratégia para dar nova forma ao Estado que seja conveniente apenas aos seus interesses empresariais, penalizando assim os direitos adquiridos pelo povo no plano jurídico-institucional. Dessa forma, conseqüentemente, diminui-se o aparelho estatal, eliminam-se os controles e regulações sobre a economia, promovem-se vantagens de uma suposta liberdade de mercado, eliminam-se as leis que conduzem a algum bem estar para a população, e por fim leiloam-se bens e serviços estratégicos pertencentes às nações em relação de dependência a favor dos grandes monopólios.

A saúde, como área de distribuição social, acaba por ser considerada não produtiva e, portanto, não prioritária. Nas duas últimas décadas, o pouco que o Estado resolve dedicar ao social, parece ser um auxílio marginal para os pobres, pois a lógica da classe dominante,

como retrata Campaña (1997), remete ao sofrimento humano de grande proporção, e conta apenas como um efeito visível que ameaça a hegemonia e onde se impõe a atenção.

Há necessidade de frear esse ataque à sociedade civil de forma que a sociedade se organize em movimentos sociais particulares, em conjunto com organismos governamentais que tenham uma forte autonomia, como por exemplo, algumas Universidades, organizações não governamentais, que tenham objetivos claros que remetam a reformas sanitárias verdadeiras com legitimidade, que se constituam em um real processo de crescimento político organizado da população em torno da tarefa de alavancar o desenvolvimento humano integral e não em esconder as marcas da pobreza (CAMPANA, 1997).

A qualidade de vida e o desenvolvimento humano são formulações semelhantes pelos seus conteúdos. Nos dois casos os indicadores de saúde são considerados fundamentais. Segundo Campaña (1997) a maioria dos estudiosos da qualidade de vida acredita que o termo “qualidade” é uma superação de uma limitada avaliação quantitativa do desenvolvimento. Avaliação essa que acredita em dados quantitativos de saúde que normalmente são apartados da história real.

Nesse sentido não é suficiente saber, por exemplo, o nível de renda ou capacidade produtiva dos membros da sociedade, mas se faz importante conhecer também seu grau de satisfação, de felicidade, liberdade, de sensação de segurança, etc. Sendo que, mesmo assim, os aspectos de trabalho e condições de vida não têm como não influenciar na satisfação e felicidade do indivíduo.

Como conta Barata (1997), outros estudiosos acreditam que uma definição para a saúde deve incorporar a particularidade do sujeito social na qual ele toma corpo, devendo-se considerar a subjetividade, o nível de consciência quanto ao corpo, sobre a vida, a própria valoração e conceituação que o sujeito tenha a respeito de sua saúde.

Esta mesma autora ainda acredita na necessidade de aperfeiçoar o conceito de saúde, integrando o psíquico, entendido como um espaço de nossa capacidade não somente intelectual, mas afetiva, emocional. O mundo psicológico funcionando com suas leis e autonomia relativa exige da saúde coletiva uma abordagem teórica, um desenvolvimento metodológico e uma formulação estratégica e apropriada às especificidades do seu desenvolvimento. Ainda pensa que insistir no ser humano e no subjetivo não significa rejeitar o social. Ao contrário, significa insistir na superação daqueles enfoques que se dizem sociais e

humanos, mas que entendem a sociedade como mecanicista e indireta. Como disse Marx: “A essência do ser humano são as relações sociais em seu conjunto” (Marx 1973, apud BARATA, 1997).

É compreensível, mas não aceitável, o desejo de incorporar indicadores positivos de saúde e qualidade de vida para a mediação do desenvolvimento do capital. Mas na área de saúde, é de grande importância superar a tendência de fazer uma imagem da situação somente a partir dos indicadores de doença e morte.

Segundo Campaña (1997, p. 130) o enfoque burguês de qualidade de vida concentra-se nos indicadores do uso do tempo livre, do círculo doméstico, do problema da distribuição e utilização dos valores materiais e espirituais, ou seja, a idéia é diminuir a explicação do problema do humano ao momento do consumo e circulação mercantil. O maior nível de vida da sociedade é entendido como maior desenvolvimento capitalista, distribuição mais justa e equitativa de bens, o que é claramente falso. Há uma segunda intenção nisso, com interesse de mostrar como é perfeito o modo de vida da sociedade capitalista em relação à garantia de bem estar, satisfação das necessidades, criação de condições para a vida feliz de toda população. A situação do homem no mundo da produção, o caráter e as condições de trabalho, participação do trabalhador na condução dos processos produtivos e atividades da sociedade, pouco interessam àqueles que não conhecem outro direito humano a não ser as relações mercantis e usufruto de bens.

Dessa forma, o ser humano é tratado como ser abstrato. É ideal por ser produtivo, e generalizado por não levar em consideração a individualidade de cada um. Sendo que na sociedade não existem homens abstratos, mas sim concretos, cada um com sua subjetividade específica, os quais vivem e reproduzem a vida de acordo com os tipos de atividades condicionadas historicamente. Por isso, na concepção de Barata (1997), os conceitos como modo de vida e qualidade de vida exigem enfoque científico objetivo, que incorpore a análise da estrutura das classes sociais, e que situe a posição real das classes, dos grupos e dos indivíduos dentro de dada sociedade.

Viver, de certo modo, significa estar exposto às condições materiais e espirituais estabelecidas em todos os tipos de atividades e incorpora-las a ponto de interiorizar as normas típicas de comportamento de determinado modo de vida. A forma como atualmente as sociedades se criam e recriam depende da forma de acumulação de capital. É isso que define os grupos ou classes.

Na Saúde Coletiva, quando se fala da qualidade de vida, é necessário levar em consideração o sistema em que vivemos, ou seja, capitalista. Conforme Barata (1997), os seres humanos elaboram bens na produção capitalista, mas a distribuição capitalista desses bens produzidos não considera quem os produziu, o acesso deles a estes bens é feito através das leis de mercado. O consumo desses bens por parte destes que o fabricam, é restrito pelo baixo salário que recebem. Infelizmente é assim que o sistema funciona. Sendo assim, pode-se dizer que as condições espaciais, geográfico-territoriais, políticas e organizativas colaboram na produção de pessoas no capitalismo e na produção de seus perfis de saúde e doença.

Conforme Kluthcovsky (2007) pode-se descrever a noção de qualidade de vida sob três referências. A histórica, em que em um determinado tempo de uma sociedade, existe um parâmetro de qualidade de vida, que pode diferenciar de outra época da mesma sociedade. A cultural, em que os valores e necessidades são diferentes nos diferentes povos. E padrões de bem estar estratificados entre as classes sociais, com desigualdades muito fortes, onde a idéia de qualidade de vida relaciona-se ao bem estar das camadas superiores da sociedade.

Embora os termos saúde e qualidade de vida tenham várias conotações, ainda não existe um consenso sobre a qualidade de vida. Acreditamos na influência da boa saúde os fatores inerentes à qualidade de vida, dos quais citamos acima. Nossa pesquisa tem como campo uma comunidade carente, o Alto da Caieira, na qual o alvo de estudos são as idosas moradoras dessa comunidade ou bairro. Como em outras comunidades pobres, esta sofre com a falta de políticas públicas que garantam seu direito de cidadania, de atendimento às necessidades básicas de vida e saúde. É um bairro pobre que sofre ainda nos tempos de hoje com a falta de abastecimento de água em algumas casas, a maioria das moradias são precárias. Para dificultar, o local é conhecido como morro, ou seja, um local íngreme que em época de chuvas sofre com deslizamentos, colocando em perigo as casas e moradores. Assim sendo, os idosos enfrentam vários empecilhos para se manterem ativos e com boa condição de saúde. Procuraremos no seguinte capítulo detalhar mais profundamente as condições de vida e saúde dessas idosas, sempre fazendo nexos com as condições de vida e saúde estudadas neste capítulo.

3 CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DAS IDOSAS DO BAIRRO ALTO DA CAIEIRA

A capital catarinense teve sua ocupação realizada de maneira dispersa, onde nos primeiros anos do século XX, conservava seu ar provincial, e a especulação imobiliária estava longe dos patamares que alcançou nos anos 70. O governo da época, que, entre outras medidas, apontava para uma reformulação logística que facilitasse a instituição de bancos, universidades, empresas, etc, nos anos subseqüentes manteve essa lógica do “Desenvolvimento com Segurança”. Todavia, mesmo antes da ascensão dos generais-presidentes do Poder Executivo, Florianópolis já havia sofrido reformulações urbanas, durante os primeiros anos republicanos. Cortiços, casas simples de pedreiros, marceneiros e de lavadeiras foram demolidos, para dar lugar a praças e prédios públicos, como convém a uma capital (DANTAS, 2007).

A história da cidade de Florianópolis não é muito diferente do crescente processo de urbanização que ocorreu em todo país, e a ocupação das áreas centrais se deu de maneira muito rápida. De tal modo, a capital cresceu de forma desordenada, houve uma expansão urbana em direção às suas áreas periféricas, geralmente habitadas por uma população de baixa renda que migrou durante muito tempo do campo para as cidades em busca de melhores condições de vida, emprego e renda (INÁCIO, 2008).

Ainda como argumenta (DANTAS, 2007, pág. 124).

Em Florianópolis, as elites políticas, famílias tradicionais, tinham o claro intento de afastar a leva de homens e mulheres pobres dos passeios públicos, além de recolhimento de crianças órfãs, evitando assim a proliferação da prostituição.

Com a aceleração do crescimento em Florianópolis, as áreas periféricas da cidade passaram a ter uma ocupação irregular espontânea, em locais de terras frágeis, com péssimas condições de moradia e de acesso à infra-estrutura urbana e de serviços fundamentais.

Segundo Inácio (2008) a aceleração da pobreza rural e urbana das últimas décadas vem causando a rápida cobertura ocupacional dos topos dos morros centrais. Aos novos migrantes ficaram destinadas as áreas mais íngremes e de difícil acesso.

Diante dos grandes níveis de desigualdade social as camadas mais pobres da população se vêem obrigadas a ocupar as encostas da cidade para construir suas residências, desta forma originando loteamentos clandestinos, ocupações e favelas. Deste

modo a população de baixa renda acaba excluída dos direitos de habitação e urbanização, apesar da obrigação do Estado em manter o bem estar de todos.

O Bairro Alto da Caieira foi construído próximo a outras comunidades pobres e bairros residenciais de classe média e alta, fato este que influenciou na limitação da expansão territorial e seu desenvolvimento, isolando a população no topo do morro. O Bairro, embora constituído no morro, fica próximo dos centros administrativos e poder do município (CAPELA, P. R.C et al, 2009).

A maioria dos adultos moradores da comunidade tem suas origens no contexto rural, de cidades do interior de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná. Os moradores afirmam ter vindo a Florianópolis em busca de melhores condições de vida e de emprego. A maioria dos homens e jovens adultos está desempregada ou trabalha na construção civil (em empresas ou como autônomos), no comércio, ou realizam trabalhos gerais como pinturas, marcenaria e jardinagem. As mulheres e jovens fazem os serviços de casa, ou trabalham fora como empregadas domésticas e babás em outros bairros de classe média e alta (CAPELA, P. R.C et al, 2009).

Um ponto a ser destacado é que percebemos que no Bairro estão acontecendo obras do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) que, pela Lei municipal de Florianópolis, iniciaram em 2008 no Maciço do Morro da Cruz, com as intervenções partindo do Alto da Caieira. Tal financiamento é mantido pelo governo federal em convênio com os governos estadual e municipal, empregando até mesmo a mão-de-obra de moradores das comunidades atendidas.

Segundo dados dos Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (IBGE, 2010), em 2003 a população de 60 anos ou mais era de cerca de 17 milhões de pessoas, representando cerca de 10% da população total do País. A última pesquisa divulgada em 2006 apontava que os idosos alcançavam aproximadamente 19 milhões de pessoas, evidenciando assim um processo acelerado de envelhecimento da sociedade brasileira. Constam também dados de que o número de mulheres idosas, no Brasil, é maior do que o de homens. Dados revelam que em 2003 a proporção era de 55,9% mulheres para 44,1% de homens (IBGE, 2010).

A expectativa de vida a partir dos 60 anos aumentou, tanto para homens, quanto para mulheres. Conforme dados do IBGE (2010), a expectativa de vida das mulheres excede a dos

homens e isso explica o fato da maior proporção de mulheres comparada a dos homens. A tendência das mulheres sobreviverem aos homens, mostrando uma mortalidade menor que a masculina, não significa que desfrutem de melhor condição de saúde. A mortalidade é um reflexo da deterioração da saúde, que não dá conta das profundas variações que se percebem no estado de bem estar daqueles que sobrevivem.

Neste capítulo buscaremos tratar das condições de vida e saúde que percebemos nas idosas moradoras do bairro. No andar da pesquisa conversamos com moradores e conhecedores do bairro e, obviamente, com nossa população alvo, as idosas dessa comunidade. Para tanto participamos durante um período de dois meses das oficinas de artesanatos das idosas e nestas pudemos nos inteirar um pouco mais sobre a vida delas, buscando assim responder nossas questões.

É importante destacar que o projeto de artesanatos que participamos todas as quartas-feiras é chamado de “oficinas de artesanato para idosos”, porém as mulheres que participam do projeto têm idades variadas, entre elas há mulheres na faixa dos trinta anos a setenta e um. Esse fato nos causou curiosidade, pois o Estatuto do Idoso leva em consideração a visão cronológica do indivíduo no entendimento da velhice, sendo que para este a pessoa idosa é aquela com idade igual ou superior a 60 anos.

O envelhecimento faz parte do ciclo da vida, é um processo inerente a todos os seres vivos, sendo a velhice uma conquista daqueles que ultrapassaram os desafios da vida e conseguiram alcançar esta fase. Assim, o processo de envelhecimento não é homogêneo. Minayo e Coimbra Jr. (2002) explicam que o envelhecimento não é um processo homogêneo porque cada pessoa vivencia essa fase da vida de maneira diferente. É importante considerar o envelhecimento como um processo heterogêneo, em que os aspectos sociais, econômicos e culturais interagem na vida de cada idoso em particular, proporcionando uma forma individual de envelhecer.

Conforme Néri (1991) o envelhecimento é um processo que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais, devendo ser entendido em suas várias dimensões. Do ponto de vista biológico, o envelhecimento é visto como um desgaste natural das estruturas orgânicas que passam por transformações com o avançar da idade, permanecendo o estágio de degeneração do organismo (MELO, 2007).

Portanto, percebemos que é uma dificuldade conseguir uma definição precisa para a velhice. Sendo assim, é necessário considerar abordagens tanto biológica como psicológica, antropológica, sociológica e cronológica e mesmo assim nenhuma destas abordagens sozinha consegue determinar com exatidão a velhice, devido à grande complexidade do tema. Mercadante (1996) acredita que a velhice, para ser compreendida em sua totalidade, deve ser analisada não somente como um fator biológico, mas também como um fator cultural. Nesta abordagem, a velhice é entendida de forma diferente entre os grupos sociais, em que a construção cultural de cada grupo determina como este percebe a velhice.

Na sociedade atual, o envelhecer no imaginário social está associado com o fim de uma etapa, é sinônimo de sofrimento, solidão, doença e morte. O modo negativo em torno do processo do envelhecimento é algo que foi construído historicamente na sociedade.

Para Mazo *et al* (2004) a aposentadoria para o idoso é um fato que muda consideravelmente a sua vida, pois a falta de ocupação pode causar sentimentos de inutilidade, de exclusão do mesmo como um indivíduo produtivo, sendo que esta exclusão pode começar pela própria família. A exclusão social do idoso tem crescido pela idéia da produção no mercado de trabalho que sustenta a sociedade capitalista industrial, na qual prevalece a visão de que se uma pessoa não é capaz de trabalhar e ter renda própria, não serve para a sociedade em geral.

Na visão sociológica, a velhice é entendida como a construção dos papéis sociais que os idosos exercem perante a sociedade, a família e o Estado. Minayo e Coimbra Jr. (2002) salientam que há necessidade de desnaturalizar o fenômeno velhice e considerá-lo como uma categoria social e culturalmente construída.

Entendemos que o envelhecimento é o processo que faz parte da vida do ser humano, e que este pode acontecer mais rapidamente a depender do estado social no que se refere ao nível de relacionamento com outras pessoas, sendo o ser humano comunicativo e sempre em busca de novos conhecimentos, fazendo assim uma grande diferença positiva esse relacionamento com outras pessoas no que alude à qualidade de vida. Cultural no sentido da vida que vive na comunidade, seus costumes, suas obras, seus pensamentos. Financeiro, a depender do trabalho em que atuou durante grande parte da vida e se este lhe exigiu mais ou menos esforço físico e mental, ou se a renda financeira foi ou é pouca fazendo-lhes assim passar por mais dificuldades.

Durante a pesquisa conversamos com alguns moradores e conhecedores do bairro. A seguir faremos menções às respostas destes, conforme as questões norteadoras do trabalho. Relataremos algumas entrevistas individuais e outras feitas coletivamente no grupo de artesanato. Como dito na metodologia, usaremos nomes fictícios para preservar a identidade das entrevistadas. O questionário utilizado para a entrevista foi o semi-estruturado e as questões foram divididas em três blocos neste capítulo:

No *primeiro bloco*, tratamos sobre o quesito idade, renda e moradores da casa. Percebemos que a maioria dessas idosas vive apenas com a aposentadoria como fonte principal de renda. E a maior parte mora com filhos e netos.

Dona Rosa tem 61anos e é viúva, aposentada pelo auxílio doença, pois possui diabetes, o que a impede de fazer alguns trabalhos de casa e de trabalhar fora. Para tanto conta com a ajuda de seu filho que trabalha como segurança de um condomínio no centro da cidade. Este filho também ajuda na organização e limpeza da casa e nas compras de alimentos para a semana. Com esta idosa, além do filho, mora mais um neto de 9 anos.

Outra idosa com a qual conversamos, dona Margarida, tem 60 anos e não possui aposentadoria, e segundo ela já foi dada a entrada com a documentação para pedir o benefício, mas até agora não obteve retorno. Então, o marido que trabalha ajuda com as despesas da casa. Possui a ajuda da bolsa família (programa do governo federal). Com ela moram o marido, o filho de 18 anos e dois netos com idades de 8 e 9 anos.

A idosa Jasmim possui 71anos e é viúva. Sua renda principal é o seu salário de aposentada e o salário do falecido marido. Para contribuir na renda dona Jasmim trabalha como costureira. No momento reside com um filho e um neto.

O casal de idosos entrevistados, dona Acácia com 67 anos e seu Antúrio com 70 anos, conta com três salários. Dois salários pela aposentadoria de idade e um salário da filha por ter deficiência mental. O outro filho possui deficiência mental também, mas até o momento não conseguiram um salário para seu benefício. Ambos moram na mesma casa.

Percebemos nesses idosos um esforço para uma renda extra, pois a maioria tem que dar conta do sustento dos filhos e de outros familiares, sendo que com os salários que recebem passam certa dificuldade para manter as contas da casa em dia. Atualmente, nenhum dos idosos entrevistados trabalha como funcionário ou dono de algum empreendimento rentável.

Isso também se deve à dificuldade de conseguir trabalho nessa idade. Outro motivo é o tempo que dedicam cuidando dos filhos e netos, não possuindo muito tempo para buscar trabalho fora do bairro. E também a dificuldade em que se encontram para sair do bairro por ser um local “ladeirento”, sendo que a maioria das idosas possui algum problema de saúde que dificulta o acesso ao centro. Assim, com mais entes dependentes da renda desses idosos, a vida fica mais complicada e a pobreza se torna maior, diminuindo assim a qualidade de vida destes e conseqüentemente prejudicando a saúde.

Anderson (1998) diz que conforme o nível da pobreza da população, pode-se considerar que o trabalho em idades mais avançadas serve para manter a subsistência, sendo que a competitividade do mercado de trabalho diminui, cada vez mais, a chance dos mais velhos manterem-se economicamente ativos.

Ainda, o mesmo autor acredita que no Brasil pode ser constatado que a pobreza é uma característica da velhice. Algumas investigações apontam que os idosos eram mais pobres quando comparados aos adultos de 40 a 59 anos de idade e, entre si, os “idosos mais idosos” eram mais pobres do que os “idosos mais jovens” (ANDERSON, 1998).

O fato é que, na maioria das vezes, existe perda de rendimentos por ocasião da aposentadoria, que em conjunto com a dificuldade de conseguir uma atividade paga nesta fase, faz com que a vida do idoso se torne uma dura realidade a ser enfrentada no dia-dia.

Quando conversamos com o vice-presidente da associação de moradores, este conta que a maioria das idosas sempre se encontra em companhia de seus esposos, ou filhos com os quais moram juntos e que raramente se encontram sozinhas na rua. A maioria é aposentada.

A pesquisadora esteve presente em várias das oficinas de artesanatos, durante dois meses. Geralmente o número de idosas que freqüentavam as oficinas era de cinco a seis pessoas. Era um momento agradável para elas, pois enquanto faziam os artesanatos, conversavam sobre vários assuntos, como: a família, o bairro, a assistência médica do posto, as vizinhas, as colegas que faltaram à oficina etc. Nesses momentos aproveitávamos para conhecê-las melhor e indagar sobre nossos objetivos na pesquisa.

Percebemos no quesito renda destas senhoras freqüentadoras do projeto, que a maioria vive do salário de aposentadoria. Uma delas, dona Camélia, 60 anos, conta com uma pequena renda da venda de perfumaria e bijuterias. E dona Hortência, 52 anos, faz costura “para fora”

nos horários livres, mas conta com a ajuda do marido que é aposentado e trabalha como pedreiro. Magnólia, que tem 30 anos, não é aposentada e vive da renda do marido, possui dois filhos com idades de 2 e 4 anos. Dentre as seis participantes duas são viúvas. As idades destas variam entre 30 a 71 anos. Todas residem com filhos e netos, com exceção de Magnólia que ainda não possui netos.

É importante a ser destacada a comprovação de estudos que identificaram que as piores condições de vida facilitam a ocorrência de doenças e dificultam a adoção de hábitos saudáveis de vida. Entre outras dificuldades que o idoso encontra, podemos mencionar também o fato da troca de apoio entre o idoso e a família, no que diz respeito aos recursos físicos, financeiros, relacionados à coabitação, indicando que quanto menor a renda e piores as condições de saúde, maior a necessidade de receber apoio da família (PEREIRA *et al*, 2009).

O *segundo bloco* de perguntas se refere às condições de vida dessas idosas, as questões norteadoras das perguntas aplicadas foram: quais os problemas que elas percebem no bairro, na casa, na rua e o tempo em que vivem nestes espaços. As respostas foram parecidas, ambos reclamam ou falam bem das mesmas coisas.

A dona Rosa vive no bairro há 12 anos, diz que gosta muito de morar ali, pois tem boa amizade com a vizinhança e a rua é muito calma. Quando tratamos da questão do bairro, Rosa diz:

Para o bairro ficar bom precisa que eles construam o Posto de Saúde aqui, porque é difícil ir até o Posto que fica no Saco dos Limões, pra isso tenho que pegar dois ônibus e ainda não consigo ir sozinha porque me perco! A minha rua vai ficar boa assim que eles terminarem de asfaltar, porque agora quando chove desce muita água com barro pra minha casa, depois também acho que eles vão colocar luz pública na rua, o que vai ajudar bastante, porque sempre tem uns meninos ali mais adiante vendendo drogas, é o ponto deles! Mas eles não me fazem mal é só eu não mexer com eles que me deixam sossegada! Precisava também de polícia no bairro pra acabar com essa venda de drogas, pois semana passada mataram um menino que vendia drogas.....A minha casa é boa! Só preciso terminar ela, colocar janelas e pintar, mas até agora o dinheiro não deu....

Na visita à dona Rosa percebemos a dificuldade que ela enfrenta para sair de casa, pois a rua ainda não está asfaltada e possui muito barro. A casa é de alvenaria, mas não possui janelas, apenas grades e em dia de chuva chove dentro. Esta senhora mora numa região de declive do bairro.

No caminho para a casa de Margarida, percebemos crianças brincando na rua, que é a principal do Alto da Caieira e é asfaltada, sendo a Associação Marista bem próxima. A casa dessa senhora parece ser a melhor de todas as moradias visitadas, pois tem uma estrutura simples, mas boa, é pequena e pintada. Margarida mora no bairro há 16 anos e diz gostar muito:

O que gostaria que acontecesse na minha rua é a prefeitura colocar lombadas, o que já tem projeto, mas até agora não aconteceu, pois meus netos não têm outro lugar pra brincar que não seja na rua, e aqui os carros passam em alta velocidade, falta no bairro uma praça para as crianças, alguma vez minhas crianças já escaparam de serem atropeladas, isso não me deixa descanso!..... eu parei de participar no projeto de artesanato para dar conta do meu serviço em casa e cuidar dos netos..... gosto muito de morar aqui,mas faltam algumas coisas como um Posto de Saúde, antes tínhamos o Posto do Mont Serrat que era pertinho, dava para ir a pé, mas agora pertencemos ao do Saco dos Limões que é longe.

Dona Jasmim mora no bairro há 21 anos, é natural de Lages, conta que adorava andar no sítio a cavalo quando ainda criança e fala que perdeu os pais muito cedo e que depois disso foi para uma escola de freiras, onde ajudava nos trabalhos de catequização. Mais tarde casou e teve filhos, e vendo a situação financeira ficar mais difícil e o marido adoecendo, resolveram vir morar em Florianópolis em busca de uma vida melhor. Jasmim começou a trabalhar numa creche e, como costureira, fazia crochê para contribuir com a renda. Mais tarde seu marido veio a falecer de câncer. Hoje ela é aposentada e trabalha como costureira. Quando indagamos sobre as questões que remetem à sua qualidade de vida no bairro, esta diz:

Como você pode ver minha querida, a rua que desce pra minha casa tem água escorrendo o dia todo, sempre tem umidade e barro. Esse muro que tem logo antes de chegar à minha casa pode cair a qualquer hora, as pedras já estão se soltando, já pedi para a prefeitura vir e olhar para fazer algo para conter um deslizamento e me parece que amanhã eles vêm olhar..... a minha casa tem vários problemas, na chuva desce água e para na frente da minha porta, com a drenagem que fizeram na rua de cima a situação piorou!..... a minha casa precisa ser terminada, ainda há buracos nas paredes para serem fechadas, o forro precisa ser colocado, o banheiro ainda não está pronto, falta muito para fazer ainda, estou economizando e quando der termino a casa e posso deixar tudo em ordem!..... Olha!! Você ouviu? Foi um tiro, aqui é normal, ouço tiros todos os dias! Essa é outra preocupação! Nossas crianças estão se perdendo nas drogas, precisamos de policiamento para o bairro. Policiais que sejam amigos, que busquem conhecer os moradores..... precisamos que as autoridades se preocupem com nosso bairro que acabem com essa violência entre os jovens..... outra coisa que gostaria muito é que tivesse um local, um clube para os moradores se encontrarem, um posto de saúde, um parque para as crianças brincarem....

Na ida para a casa de Jasmim, tivemos que descer muitas escadas e pensamos que realmente é necessário ter boa saúde e disposição para conseguir fazer esse caminho, pois essa senhora usa bengala para se apoiar. Disse ter desistido das oficinas de artesanato porque estava com muito trabalho em casa para fazer, ela é quem cuida da construção da casa, compra os materiais. É visível a dificuldade em que se encontra, com 71 anos ainda trabalha muito e diz não possuir lazer.

Constatamos que a maioria dos idosos, além da aposentadoria, busca uma renda extra para se manter. Anderson (1998) ressalta que se por um lado o trabalho pode ser um indicador da capacidade de manter a atividade do corpo, um dado positivo, por outro ele pode refletir a necessidade de continuar trabalhando, sabe-se lá em que condições, para manter a sobrevivência.

O casal de idosos (Acácia e Antúrio) que conversamos mora no centro do bairro, perto do campinho de futebol da comunidade. Eles vieram do interior do Paraná para acompanhar os filhos que vieram a Florianópolis em busca de melhor renda e moradia. Vivem no bairro há 16 anos. Atualmente estão construindo sua nova casa que é dividida com a igreja evangélica. A casa é de madeira. Seu Antúrio conta do projeto da igreja, das missas que ocorrem durante a semana, dos cânticos. Visivelmente esse trabalho é o que hoje lhe traz ganho pessoal, vimos este como seu único lazer. Quando abordamos o assunto das necessidades do bairro, seu Antúrio conta com prazer que gosta de morar no bairro e que tem esperança que em pouco tempo o bairro ficará ainda melhor devido às obras que já estão ocorrendo neste.

.... a nossa maior dificuldade foi ficar sem água, tínhamos que subir o morro e com baldes trazer água de uma vertente que existia na parte mais elevada do morro. Temos água não faz um ano! Depois veio a luz, então a vida ficou boa!.... hoje a maior necessidade nossa é um posto para atendimento da saúde e policiamento nas ruas.... falta terminar o asfalto para melhorar, o ônibus já passa aqui pertinho também! Antes quando a nossa rua não estava pronta empossava água na frente da casa, agora já não acontece tanto, porque os muros que eles colocaram para a futura rua ao lado faz que a água desvie do nosso pátio.... o meu outro filho ainda mora na casa velha aqui do lado, porque na casa nova ainda não conseguimos arrumar um quarto pra ele....essa casa não sei, mas parece que tem mais espaço que a outra, é bem melhor! Quando colocar o forro e fazer o quarto que falta vai ficar uma beleza! O banheiro está pronto, esse nós dividimos com a igreja em dia de missa....

Entendemos que o local onde vivem é de paisagem exuberante, pois dá para ver o mar de quase todos os pontos do bairro, dá para ver o centro da cidade, a UFSC, enfim é um local

bonito e isso é um dos principais motivos de os moradores gostarem de viver ali. A casa do casal é muito simples, seu Antúrio fica feliz em mostrar o que conseguiu construir até hoje, mesmo se vendo com várias dificuldades financeiras para terminar a casa.



Fonte: arquivo pessoal (10/2010)

Assim como o casal de idosos comentado acima, a maioria, para não dizer todos, sente-se alegre nas condições precárias em que vivem. Assim, muitas vezes não se dão conta de que o poder público tem responsabilidade com eles para garantir uma melhor condição de vida, dando-lhes acesso às necessidades básicas do ser humano, como assistência médica, educação, lazer e cultura, promovendo assim a cidadania.

As condições de habitação, como as facilidades domésticas, e a existência de fontes de lazer dentro de casa, são elementos importantes para uma avaliação da qualidade de vida na terceira idade. Uma moradia adequada, provida de recursos eletrodomésticos básicos e de infra-estrutura decente, ainda é o sonho de muitos idosos no Brasil de hoje e de um futuro próximo.

No decorrer das oficinas de artesanato questionamos se as idosas gostavam de morar no bairro, e todas responderam que sim, e a partir dessa questão desencadeou-se uma conversa sobre a história do bairro. Uma das idosas que vive lá 13 anos conta que na parte mais elevada do morro existe uma vertente de água, da qual todos os moradores se abasteciam

antes de ter água encanada em casa. Essa senhora diz que os moradores subiam o morro para buscar água com seus baldes nas costas, nessa época o caminho era uma picada de difícil acesso. Diz que havia muito mato envolta da vertente, o que assegurava a água gelada e fresquinha. Com o passar dos anos as pessoas foram desmatando a área verde que ficava perto da vertente e isso fez reduzir a quantidade de água e assim também a água não era mais tão fresca como antes.

Hoje a maioria dos moradores tem água encanada em casa, sendo que esta foi uma reivindicação da comunidade e levou alguns anos para ser atendida. Alguns moradores têm água em casa há menos de um ano. Lembrando que o século XXI alcançou elevado grau de tecnologias, ainda muitas pessoas sofrem pela falta de água e luz nesse Bairro, e também em todo Brasil.

Nos encontros percebemos a indignação dessas idosas com falta de interesse dos órgãos governamentais para com as necessidades básicas da população do bairro. Notamos que a comunidade realmente se encontra em situação encarecida no que deveria ser direito, como a falta do Posto de Saúde, um local para as crianças brincarem, segurança nas ruas, um clube, praça ou algo do tipo para os idosos poderem se encontrar e terem seu lazer.

Se tomarmos em conta a concepção da OMS sobre qualidade de vida, esta é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais o idoso vive, e em relação às suas expectativas e preocupações. Dessa forma a qualidade de vida se encaixa na saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. Sendo assim, os serviços que contribuem para a promoção da qualidade de vida do idoso devem levar em consideração todos esses valores.

Neste *terceiro bloco* trataremos sobre o atendimento de saúde da população idosa do bairro e como estas consideram sua saúde.

Quando perguntamos à dona Rosa como esta percebe sua saúde, ela responde:

..... a minha saúde não vai bem não! Sou aposentada pelo auxílio doença, porque tenho diabetes alta e dois tipos de colesterol. Faço tratamento em casa com a maquininha que mede a diabetes, então tenho que cuidar muito na alimentação..... se fico durante muito tempo na mesma posição as minhas mãos incham e começam a formigar, por isso também parei de ir nas oficinas de artesanato.... eu não posso ir muito longe sozinha,

que daí não sei mais voltar...o atendimento no Posto de Saúde é muito fraco, nas últimas vezes eles nem mediram minha pressão! To esperando seis meses já para consultar..... as assistentes sociais que passavam de casa em casa para ver como os velhos estavam, agora nem se vê mais! Acho que é por causa do ponto de droga que tem aqui perto, elas devem ter medo!..... eu não sou de reclamar, gostaria de poder fazer mais coisas, como o serviço da casa, mas não consigo, me dá dor nos braços e pernas..... tomo um monte de remédios pra controlar tudo de doença que tenho..... falando nisso eu preciso do meu remédio pro coração que tá em falta no posto....

Dona Rosa diz que enquanto não tem médico no Posto de Saúde ela não pode consultar e assim fica sem remédio e indicação alguma para melhorar de suas dores. Quando entramos em contato com o Posto de Saúde realmente percebemos que para a população idosa do bairro existe apenas um enfermeiro que é encarregado de medicá-las.

Com o aumento da expectativa de vida das pessoas, muda também o perfil de saúde, e além de processos de doenças graves ou óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, como perda da autonomia e independência, que demandam maiores custos para os serviços de saúde (MELO *et al*, 2007). Mesmo assim percebe-se que os serviços de saúde não estão preparados para responder às múltiplas necessidades desses idosos.

A idosa Margarida, quando indagada sobre sua saúde, diz:

Não tenho saúde muito boa, pois estou acima do peso, alguns anos atrás, quando a rua ainda era picada eu caí e quebrei uma vértebra da minha coluna, depois disso fiquei três anos sem poder andar e engordei muito, hoje por uma graça divina eu consigo andar, sinto dores às vezes quando desço a escadaria da minha casa..... O atendimento de saúde para os moradores do bairro é bem precário, dependemos do Posto de Saúde que fica longe, em outro bairro.

Jasmim também não considera sua saúde muito boa, segundo ela:

.....tenho arritmia cardíaca, às vezes não consigo trabalhar por falta de ar, gostaria de poder caminhar, mas com as dores que tenho no joelho não vou muito longe. Tenho plano de saúde, então não chego a consultar no posto porque demora muito.

Dona Jasmim, mesmo com os problemas de saúde que enfrenta, dá conta de sua casa e netos, parece bem disposta, mas é real que para ir até sua casa há empecilhos, pois tem muita

ladeira para subir se quiser pegar o ônibus ou ir até o centro da comunidade, e como tem problema na perna e usa bengala a dificuldade se torna maior.

É interessante notar que esta senhora com todos os problemas de saúde que se encontra é ativa. Trabalha ajudando os vizinhos quando necessário e cuida dos afazeres da casa, diz que gosta de ler. No seu semblante notamos a sua força de vontade e sua alegria de viver. Acreditamos que a saúde dos idosos também depende do modo como levam a vida, e como buscam melhorá-la. O grau de autonomia desta senhora também contribui com seu bem estar, ou seja, a capacidade de determinar ou executar seus próprios desígnios.

O casal visitado dona Acácia e seu Antúrio não reclamam da saúde, apenas da importância de haver atendimento médico no bairro quando se tem necessidade. Quando perguntamos se ambos têm boa saúde, eles respondem:

....nossa saúde é boa, subimos o morro e agüentamos bem! Preferimos investir nosso dinheiro em materiais para terminar de construir nossa casa do que em remédios, estamos bem de saúde. O único problema é que quando precisamos de médico a demora para ser atendido é muito grande. Faltam especialistas no posto!

O vice-presidente da associação de moradores comenta que perto de sua casa existe um senhor que adoeceu há pouco tempo e que não está saindo de casa por dificuldades físicas, parece estar usando sonda e que sua esposa e os filhos com os quais mora cuidam dele. Disse também que os idosos gostam muito de receber visitas para conversar e que sente que estes na maioria sentem carência afetiva.

Em todas as visitas feitas, sentimos um afeto muito grande por parte das idosas e dos demais moradores da comunidade. Percebemos que elas gostam de receber visitas e de conversar, talvez isto fosse resultado da carência que sentem por estarem na maioria das vezes em casa, cuidando dos afazeres da moradia e netos sem receberem a devida atenção dos familiares. Até porque as idosas não freqüentam espaços de convívio social, a não ser o da igreja, e quando se encontram é por mera visita entre vizinhas. No bairro o único projeto existente para encontro das idosas é a oficina de artesanatos que acontece uma vez por semana. Há necessidade de projetos no bairro que se preocupem com o bem estar dessas idosas, sendo que a qualidade de vida delas pode melhorar por algumas intervenções, tais

como um local para encontro dos idosos, local em que possam conversar e aliviar as dificuldades em que vivem, fazer atividades físicas para a melhora da saúde.

Na oficina de artesanato o nosso questionamento sobre o atendimento à saúde destas causou grande comentário. Uma senhora reclama da falta de médico no Posto de Saúde, dizendo que havia marcado uma consulta por ter problemas de diabetes e que teve que esperar três meses para ser atendida, sendo que quando chegou sua vez a informação foi de que não havia médico no Posto para atendê-la. Assim ela já se encontra há seis meses sem uma consulta médica. Outra senhora nesse momento também fala da falta de consideração com as pessoas que precisam de atendimento médico. Diz que é uma dificuldade se dirigir ao Posto de Saúde, por ser longe. E para conseguir consulta também é preciso agendar, pois atendimento na hora é só em situação de emergência. Nesse momento outra senhora diz que tem problema de pressão alta (hipertensão arterial) e que precisa dos remédios para o controle. Para não ter que enfrentar a espera do atendimento esta pede para o médico a receita do medicamento por seis meses, podendo assim retirar cada mês no próprio posto, apenas apresentando a receita. Nesse período ela não volta a consultar o médico.

Embora a atenção à saúde seja um direito no Brasil, o acesso dos idosos é muito influenciado pela situação sócio-econômica deles ou da família. Conforme Melo (2007), os idosos com menor renda domiciliar mensal apresentam piores condições de saúde em comparação com aqueles de melhor situação sócio-econômica, e, contraditoriamente, também visitam médicos com menos frequência. Ainda o mesmo autor relata que o atendimento precário à saúde do idoso é constatado pelo elevado nível de óbitos por causas mal definidas (que chega a 65%) e a notificação de problemas considerados normais para a idade e não passíveis de intervenção.

No Estatuto do Idoso, é assegurada a atenção integral à saúde, por via do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo assim o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo também a atenção em especial às doenças que afetam principalmente os idosos. O acesso a bons serviços de saúde é essencial para que o idoso tenha qualidade de vida.

Segundo dados do enfermeiro do Posto de Saúde responsável pelo atendimento dos idosos do Alto da Caieira, a maioria destes são mulheres e buscam atendimento por queixas de doenças crônicas, entre elas as principais são de lombalgia e diabetes. Em conversa entre

os profissionais atendentes do Posto, estes acreditam que alguns idosos procuram o serviço também por carência afetiva. Conforme o enfermeiro há cadastro de cem idosos neste centro de saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo. A OMS indica que as doenças crônicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças. Afetam países desenvolvidos e países em desenvolvimento.

A expansão das doenças crônicas reflete os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento econômico e globalização, que acarretam em uma série de distúrbios de saúde, tais como: Alteração das dietas alimentares; aumento dos hábitos sedentários, entre elas as que causam mais mortes são as cardiovasculares (PORTAL DA SAÚDE, 2010).

Como a população envelhece, o número de consultas médicas também aumenta. Assim as consultas levam a um maior consumo de medicamentos, mais exames e hospitalizações. Segundo dados do IBGE (2010), a procura por atendimento médico é maior por parte das mulheres idosas. Alguns estudiosos da área da saúde acreditam que as mulheres reportam um número maior de doenças crônicas comparada aos homens (IBGE, 2010).

A partir de nossos estudos e entendimentos neste capítulo, buscaremos no capítulo a seguir enfatizar as implicações que as condições de vida e saúde trazem para o lazer dessas idosas.

4 IMPLICAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE PARA O LAZER DAS IDOSAS

No decorrer deste capítulo analisaremos em que as condições de vida e saúde estudadas anteriormente interferem no lazer dessas idosas. Analisaremos as respostas das questões aplicadas em um quarto e quinto bloco das perguntas. O *quarto bloco* de perguntas abrangerá as questões: quais as atividades de lazer; se participa de algum projeto para idosos e se caso não participa o motivo por não participar; descrever um dia típico de sua vida e se houver diferença entre dias da semana e finais de semana, descrever os dois; e em que as condições de vida e saúde ajudam ou atrapalham no lazer no bairro ou fora dele. No *quinto bloco* nos interessa saber se as entrevistadas possuem religião e se esta de alguma forma interfere na busca pelo lazer.

Sabemos que com o passar dos anos o nosso corpo sofre transformações físicas, no decorrer da idade ficam visíveis os sinais do envelhecimento. Sinais como cabelos brancos, postura e andar mais lento, a pele fica enrugada e manchada, torna-se visível a alteração das funções biológicas. Nesse sentido passam a ser associados aspectos como a diminuição da vitalidade, as doenças e as perdas que tiveram na vida. Mas nem sempre as funções cognitivas e emocionais seguem esse desgaste do corpo físico.

A saúde mental do idoso não segue o mesmo ritmo das limitações físicas. Wolff (2009) relata que de uma forma geral o inevitável enfraquecimento do corpo com a velhice leva a uma perda progressiva da autonomia, e que apenas entre as pessoas muito mais idosas o envelhecimento psicológico causa mudanças maiores a ponto de serem percebidas.

Ainda este autor descreve que:

A relação entre velhice e declínio pode ser justificada pelo fato de que o corpo é uma realidade imediata a que os outros têm acesso sem restrições. Ao contrário da interioridade, que só se torna acessível mediante a autorização do próprio sujeito.

Acreditamos que a degradação física tenha a ver com os ganhos ou perdas morais de um indivíduo na sua vida. Uma pessoa pode ter tido perdas consideráveis que reflitam na sua degradação física, ou ganhos intelectuais significantes. Para tanto se faz necessário um entendimento da velhice em sua totalidade de diferenças.

O lazer como uma área da Educação Física será visto nesse trabalho como uma forma de tentar amenizar os declínios e conseqüências trazidas pelo processo de envelhecimento, tentando assim resgatar a autonomia, a auto-estima desses indivíduos, proporcionando-lhes um bem estar, podendo aumentar a satisfação e o prazer de viver. O lazer pode também ser uma forma de melhorar os contatos sociais, amenizando assim os problemas sócio-psicológicos dos idosos:

O lazer é um direito do ser humano. Para melhor entendermos essa concepção faremos um resumo a seguir do que Wolff (2009) explica acerca de o lazer e a velhice incorporados como patrimônio histórico da humanidade.

- Dos direitos individuais e civis: direito de ir e vir, o de propriedade, de segurança, de justiça, de opinião, de crença religiosa e de integridade física.
- Direitos sociais: de salário, jornada de trabalho, seguridade e previdência sociais, férias, educação, saúde, moradia e outros.
- Os direitos coletivos da humanidade: em defesa do meio ambiente, da paz, do desenvolvimento sustentável, da família, do gênero, do idoso, da criança, do consumidor, etc.

Para tanto, os direitos ao esporte, ao lazer e à velhice fazem parte dos direitos sociais, apesar de dificilmente serem reconhecidos. Esses direitos foram conquistados com muita luta, pelo povo que sentia a necessidade de algo que lhes faltava.

No Brasil há diversas leis que tratam especificamente dos direitos do idoso, sendo o Estatuto do Idoso a lei que reúne maior variabilidade de situações asseguradas, um documento que visa garantir a inserção social, participação ativa e qualidade de vida na velhice. Em seguida destacamos alguns artigos, demonstrando o que consta na lei.

Art. 20. O idoso tem direito à educação, cultura, esporte, *lazer*, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Art.15. É assegurada a *atenção integral à saúde do idoso*, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Se realmente é um direito do idoso, por que muitos dos idosos entrevistados ainda carecem dessas assistências? O que se pode constatar, é que há falta de políticas públicas preocupadas com a vida dessas pessoas e da população mais pobre em geral que enfrenta grandes dificuldades no que deveria ter acesso fácil.

Entendemos que o lazer para estas idosas tem o significado de atividade lúdica, momento de felicidade onde podem se esquecer dos problemas do dia a dia. Ocasão dedicada a atividades interessadas ou desinteressadas que lhes causem prazer, tempo construtivo.

Um dos famosos pensadores do lazer, Dumazedier (1976), indica que o lazer seria um conjunto de ocupações em que o indivíduo sente prazer, no qual o indivíduo descansaria, para divertir-se, para desenvolver sua formação ou informação desinteressada, sua capacidade criadora, quando livre de obrigações profissionais, familiares ou sociais, assim uma atividade libertatória sem fins lucrativos.

Nessa acepção notamos que existe dificuldade e até impossibilidade para o aproveitamento deste lazer descrito acima, pois numa classe trabalhadora, o tempo que seria dedicado ao lazer se torna tempo de descanso do corpo cansado que trabalha em busca da sobrevivência, além da precariedade ou até pela falta de um local de lazer no bairro que esteja em condições de receber idosos.

Nas visitas ao bairro observamos que os moradores possuem casas precárias e o único espaço público de lazer é um campinho de futebol com chão batido, construído pelos próprios moradores, além de um pequeno galpão. Foram realizadas conversas informais com moradores e professores que atuam no bairro através de projetos de esporte e lazer. A seguir descreveremos em um *quarto bloco* o resultado dos questionamentos feitos na entrevista.

Os questionamentos compreendem as seguintes questões: quais as atividades de lazer; se participa de algum projeto para idosos e se caso não participa o motivo por não participar; descrever um dia típico de sua vida e se houver diferença entre dias da semana e finais de semana, descrever os dois; e em que as condições de vida e saúde ajudam ou atrapalham no lazer no bairro ou fora dele.

Segundo as idosas, durante a semana elas fazem os serviços de casa, a rotina diária é a mesma, assim na primeira hora da manhã fazem o café para a família e em seguida a faxina da casa (lavar roupa, louça, varrer), fazem o almoço, cuidam dos netos, quando há tempo na

tarde assistem aos programas da televisão e a noite após assistirem a novela e jantarem, vão dormir. A única diferença entre fins de semana e dia de semana é que domingos freqüentam a missa, o que consideram seu único lazer.

Inácio (2008, p. 39) explica a influência que o processo de globalização tem sobre o lazer dos indivíduos:

O processo de globalização também tem proporcionado um ambiente, em muitos aspectos, individualista, inclusive no campo do lazer, pois as pessoas são levadas a uma prática do lazer doméstico, em frente a uma televisão, video-game, páginas da internet e outros, vivendo circunscritas aos espaços controlados e fechados, tais como *shopping-center*, os condomínios e clubes privados. Para além da limitação do espaço, este tipo de lazer desconsidera as diferenças culturais, e, muitas vezes, acaba promovendo uma aculturação, no sentido de enfatizar uma determinada cultura em detrimento das outras, inclusive da cultura local, reforçando a alienação e contribuindo para perpetuar as relações de poder e dominação, presentes neste modelo de sociedade.

Todas as entrevistadas responderam igualmente a segunda questão desse bloco, dizendo que não participam de projetos para idosos, pois não existe no bairro, além do fato de ser difícil sair do mesmo devido aos poucos horários de ônibus e o tempo que levariam até o local é mais um empecilho. Algumas também reclamam por não saber onde possam existir atividades para idosos. Percebemos que o fator financeiro é um limitante também.

Dona Margarida diz:

Não participo de projeto fora do bairro por falta de oportunidade, não sei onde acontecem eventos para os idosos..... gostaria de fazer hidroginástica, acho que melhoraria minhas dores na coluna, mas deve ser caro, né!

Jasmim comenta:

.....até procurei na Universidade para ver se podia entrar na ginástica, mas quando fui era final de semestre, então não deu certo. Gostaria muito de fazer uma atividade para melhorar minha saúde!

O único projeto para o idoso na comunidade é o da fabricação de artesanatos. Participamos deste durante um período de dois meses, e conforme o andamento descobrimos que o projeto existe há um ano e que algumas senhoras desistiram deste no passar do tempo. Esse foi um de nossos parâmetros para a escolha de outras idosas, além das participantes do grupo de artesanato a serem entrevistadas.

Acreditamos que essa oficina de artesanato seja um momento de descontração delas, pois além de aprender a fazer objetos elas contam com as colegas que nesse momento são companhia de conversa e trabalho. Percebemos ser um ambiente agradável a todas as participantes, pois se divertem enquanto trabalham na produção dos artefatos.

É clara a importância e a presença de lazer na vida das idosas, tanto como a sua família e seu trabalho. O lazer pode contribuir para um melhor estado de espírito pode amenizar os efeitos advindos do processo de envelhecimento. Acreditamos que essa oficina que ocorre apenas uma vez por semana é de suma importância para o bem estar das idosas. Mas ainda é necessária uma maior atenção para com os indivíduos dessa faixa etária, pois há poucas idosas participando deste projeto, algumas até por não ter interesse em fazer o trabalho desenvolvido nas oficinas. Mas a maioria das desistentes diz não mais participar por ter muito trabalho em casa e outras por estarem com problemas de saúde, o que dificulta a ida ao local onde acontece o projeto. Todas dizem que gostariam que existisse no bairro um projeto de atividades físicas que atendesse as necessidades dos idosos.

O vice-presidente da associação de moradores num de seus comentários sobre os idosos conta que soube de algumas idosas desistentes do projeto de artesanato que desistiram por terem que comprar os materiais para construir os objetos e assim acabaram gastando dinheiro e nem sempre conseguem vender o que haviam produzido.

No grupo de artesanato, quando as idosas retrataram o assunto das atividades do fim de semana, entraram em acordo com uma senhora, quando esta reclamou que faltam atividades para os idosos do bairro. Perguntamos então o que elas gostariam que tivesse no bairro, assim elas contam que o Posto de Saúde já era para existir ali, e que o projeto de construção foi aprovado, mas até agora as obras não começaram. O único lugar para construir o Posto fica ao lado do único espaço de lazer da comunidade, o campinho de futebol. As senhoras dizem que gostariam que existisse uma praça no bairro para que elas pudessem se reunir e tomar seu chimarrão, que houvesse na praça brinquedos para as crianças se divertirem, e uma das idosas diz que faz falta um projeto que atenda e se preocupe com o lazer dos idosos.

A atual condição de vida destas idosas limita a participação a espaços de lazer em outros bairros. Por isso, lembrando o dever do poder público, é de extrema importância a construção de espaços de lazer na comunidade, se preocupando tanto com os idosos como

também com a população em geral da comunidade, pois todos estes carecem de um local apropriado para seu lazer, dando oportunidade para que venham a existir também projetos de atividades de lazer, interferindo positivamente na melhoria da qualidade de vida e saúde das idosas.

Quando perguntamos se existe algum projeto de atividades que esteja preocupado com a saúde das idosas que seja de conhecimento do vice-presidente da associação dos moradores, ele responde que não há projeto algum para os idosos participarem e que o único lugar que freqüentam é a igreja. Fala também que se a comunidade decide fazer um encontro festivo com música e animações, são poucos os idosos que participam, acredita que não há participação maior destes devido a maioria ser de religião evangélica, que parece não permitir a experimentação de alguns costumes da cultura, como por exemplo, a dança, a música, participação em alguns eventos festivos, etc.

A partir de então entraremos no *quinto bloco* das perguntas da entrevista: nesse nos interessa saber se as entrevistadas possuem religião e se esta de alguma forma interfere na busca ao lazer.

Das idosas entrevistadas freqüentadoras da oficina e as desistentes, nenhuma disse ter problemas em participar de eventos ou atividades para idosos, ao contrário, dizem querer muito que exista um projeto de atividades físicas para poderem participar. Todas estas senhoras são adeptas da igreja católica. A partir disso procuramos então idosos que fossem da igreja evangélica, para ver se realmente existe uma retração na participação destes em eventos. Observamos que existem muitas igrejas no Bairro, principalmente igrejas católicas e evangélicas.

Visitamos um casal de idosos que mora perto do campinho de futebol da comunidade, ou seja, a parte central do bairro.

Nesse diálogo percebemos que ambos seguem à risca as orientações da igreja evangélica. Quando perguntamos a este casal se participam de espaços direcionados ao lazer de idosos ou outros eventos festivos da comunidade, eles respondem que não, pois tudo o que possui música e dança segundo a igreja evangélica é mundano, ou seja, não virtuoso e, portanto, proibido de participar.

Ao falarmos sobre a possibilidade de um dia existir um projeto de lazer que atendesse as idosas do bairro, perguntamos a esta idosa se participaria. Esta nos respondeu:

.....eu não sei se poderia participar..... se tiver música não posso, a igreja não permite, mas não sou contra que as outras idosas participem, acho bonito!

Nesse caso, vemos que a igreja é bastante forte na vida dessas pessoas e quando afirmamos que participar de um grupo de idosos faria bem à sua saúde, ela nos diz que Deus também promove a saúde dependendo da fé de cada pessoa. Acreditamos que o lado espiritual seja uma contribuição para o bem estar, sendo que para o humano é uma necessidade e numa idade mais avançada ela se torna fundamental.

O fato do casal se submeter aos dogmas da igreja em nosso ponto de vista pode atrapalhar e ajudar na sua vida. O primeiro fato da igreja não permitir a presença destes em eventos festivos faz que pouco busquem atividades de convívio com outras pessoas o que é uma necessidade desse ser inter-relacional que sente grande importância da presença dos outros e da realidade que o cerca, para assim poder ressignificar a si e aos outros, diminuindo o vazio de sentido que ocorre nesse período atual. Desse modo novamente o lazer se coloca como fundamental para a melhor qualidade da saúde.

A espiritualidade, nesta comunidade, ajuda o idoso a amenizar a presença da solidão em sua vida e torná-la mais feliz. Na espiritualidade, há um amparo para assim mudar a vida para uma dinâmica de realização. Idosos com vivência espiritual conseguem elaborar mais facilmente as perdas e os ganhos da idade, fazendo com que tenham uma existência mais tranqüila, voltada para seu bem estar, assim também dando força para lutar pelo bem de seus parentes e amigos. De tal modo uma das manifestações da espiritualidade se dá pela religião (WOLFF, 2009).

A lógica da sociedade atual é a de produção e reprodução, consumo, e acúmulo de riquezas, e os idosos são os que mais sofrem com as privações sociais. Pelo que percebemos, a começar pela dificuldade em conseguir uma renda extra, além da aposentadoria para ajudar no sustento da casa, as delicadas condições de saúde em que se encontram, outro ponto problemático é o pouco tempo que possuem devido a suas atividades rotineiras. Neste tocante, acaba que o lazer é trocado por outras coisas consideradas mais importantes, como os fatores das condições objetivas de vida desses indivíduos, envolvendo precárias condições de vida que se deparam e que os forcem a trabalhar dobrado para se manter. Nesse sentido parece que

os idosos, os pobres, os mais fracos, são banidos da sociedade, assim não é difícil entender por que os idosos precisam de um Estatuto que lhes assegure os direitos de todos os seres humanos.

Essa situação remete ao indivíduo que envelhece o desafio de enfrentar o mundo complexo e atual, que ao mesmo tempo em que lhe proporciona uma vida mais longa também reduz sua qualidade de vida. Em pleno século XXI, como anteriormente comentado, a população idosa é a que mais cresce dentre todas as populações. É aqui que se encontram os principais desafios para as políticas públicas.

Na busca de compreender as condições de vida e de saúde dos idosos no contexto atual, percebemos haver diferentes velhices nessa sociedade que sofre transformações o tempo todo, e que cria um medo para encarar esses novos desafios. Para isso há necessidade de repensar e ampliar o modelo de ajuda já existente. Como afirma Wolff (2009, p.25) “[...] é essencial ir além dos domínios operacionais, jurídicos e administrativos que as políticas e os programas exigem. É preciso dominar conceitos, conhecer a vida humana, incluindo aí a velhice, suas dimensões e manifestações sociais”.

Assim, torna-se necessário estudar para qualificarmos as compreensões sobre os direitos sociais do lazer, esporte e do idoso. Só deste modo conseguiremos legitimá-los em nossa vida contemporânea.

5 CONCLUSÃO

Tendo em vista os diálogos com as idosas, entendemos que estas percebem a saúde como ausência de doenças, ou seja, uma vida sem adversidades e sem doenças, o que é um engano, pois o ser humano corre riscos o tempo todo, desafios e infelicidades. Como tratam alguns autores, a saúde também é a capacidade de enfrentar os problemas da vida, de cair e de levantar. A saúde também faz parte de vários fatores relacionados à qualidade de vida, abrangendo neste uma adequada alimentação e nutrição, moradia, lazer, boas condições de saneamento, de trabalho, ambiente físico limpo, educação, condições para a manutenção da saúde e acesso aos bens e serviços fundamentais.

Para a melhoria da qualidade de vida há necessidade de implementar estratégias que visem a promoção da saúde, que se preocupem com a população mais pobre, principalmente os idosos.

O contexto que encontramos revelou diferentes velhices, para tanto compreendemos a necessidade de olhares diferenciados para a população. É necessário investigar as reais necessidades das pessoas e da comunidade para intervenções que causem realmente efeitos positivos.

Todas as idosas entrevistadas moram com filhos e/ou netos, demonstrando que a família é um suporte de atenção para o idoso, sendo que a renda da aposentadoria dessas idosas acaba contribuindo com toda a família. Num nível de pobreza nota-se que o salário ganho pelos filhos e os próprios idosos é insuficiente para manter uma boa moradia, o acesso a locais de lazer, atendimento médico particular que nessa idade torna-se mais freqüente, entre tantas outras necessidades de um indivíduo.

Entendemos que apesar da criação de novas leis de amparo à velhice, fato que demonstra uma preocupação com essa faixa etária, ainda muito pouco tem sido feito na prática para que os idosos tenham seus direitos assegurados por essas leis. A atuação governamental para atenção aos idosos ainda é muito frágil, inclusive no Alto da Caieira.

O envelhecimento saudável seria o resultado de uma boa saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, apoio familiar e independência econômica, sem significar mera ausência de doenças. O idoso necessita estar engajado em atividades que o façam sentir útil, que lhe tragam prazer e felicidade.

Cabe às políticas públicas garantir os direitos fundamentais dos cidadãos e criar atuações voltadas às necessidades dessa população idosa, como um centro de convivência no bairro, assistência especializada à promoção da saúde, um Posto de Saúde no bairro, projetos de lazer voltados aos idosos que permitam um envelhecimento saudável e prazeroso, integração social, segurança e serviços de apoio domiciliar.

Com a imposição de arquétipos estéticos de produtividade e de socialização ocorre a exclusão do idoso. Nesse contexto a situação social do idoso mostra a necessidade de discussões mais aprofundadas sobre as relações do idoso na família e na sociedade. Para tanto, há importância de não apenas almejar a vida longa, mas a melhor qualidade para este viver.

Sentimos, entre tantas outras informações, a dinâmica atual da cidade urbana, onde o deslocamento é confuso e caro, impede que os escassos e poucos locais públicos acessíveis sejam utilizados para a prática de lazer e cultura. Sendo esta uma reclamação presente nas conversas das idosas, e nas visitas à comunidade, realmente notamos as dificuldades que estas enfrentam para se deslocar.

Observamos que as idosas percebem o lazer como uma diversão, distração, uma definição simples quanto às tantas definições existentes para o tema, sendo para elas uma diversão ou distração que não passa das atividades de seu dia-dia e da missa de domingos, deixando de lado a questão do desenvolvimento pessoal e do social. Condições estas que ocorrem devido às condições de vida e saúde.

Em nossa compreensão os idosos precisam conhecer diferentes atividades no lazer para irem à busca de práticas prazerosas que estejam fora da rotina de seus lares, independente do seu pensamento ou entendimento do lazer. Sendo o lazer um elemento essencial de qualquer sociedade e cultura, este se constitui em grande importância para os que deste usufruem.

As idosas desejam continuar ativas e independentes com seus afazeres e bem-estar, sendo que isto é possível de acontecer, se o devido apoio lhes for proporcionado. Essa população se encontra em risco não somente pela senescência¹ lhes tornar mais vulneráveis,

¹ Fase de envelhecimento.

mas devido às decorrências advindas de suas qualidades de vida. Deste modo um apoio adequado é de extrema necessidade para os idosos do Bairro Alto da Caieira.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, S. C. (2004). "**Políticas Públicas**". In: GOMES, C. L. (org.). *Dicionário Crítico do Lazer*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, p.181-185.
- ANDERSON, M. I. P. Saúde e condições de vida do Idoso no Brasil. **Unati**, Rio de Janeiro, n. , p.1-13, 1998. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo>>. Acesso em: 10 set. 2010.
- BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- BARRETO, M. L. F. (1997). "**Lazer e cultura na velhice**". *Encontro Nacional de Recreação e Lazer*, 9, Belo Horizonte. Coletânea... Belo Horizonte, PBH/CELAR, pp. 130-136.
- CAMPAÑA, A. Em busca da Definição de Pautas Atuais para o Delineamento de Estudos Sobre Condições de vida e Saúde. In: BARATA, Rita Barradas. **Condições de vida e Situação de Saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 115, 116.
- CAPELA, P. R. C. et al. Futebol e Capoeira no Alto da Caieira: Rumo a consolidação de Núcleo de Cultura Popular e de Movimento - NCPM. In: FALCÃO, José Luiz Ciqueira et al. **Práticas Corporais: No contexto Contemporâneo: (In)Tensas Experiências**. Florianópolis: Copiart, 2009. p. 269 á 296.
- CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. In: BARATA, Rita Barradas. **Condições de vida e Situação de Saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31, 32.
- DANTAS, J. Projeto Histórico e Construção Curricular: a experiência social do Fórum do Maciço do Morro da Cruz. **Estudos Rbep**, Florianópolis, p.122-139, abr. 2007.
- DIAS, V. K; SCHWARTZ, G. M. **O lazer na perspectiva do indivíduo idoso**. Rio Claro/sp: Efdportes, 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd87/idos.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2010.
- DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. São Paulo, Perspectiva, 1976. 333p
- GOMES, C. L; PINTO, G. B. **Pesquisando o lazer de um grupo de idosos no Brasil**. Minas Gerais: Efdportes, 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd106/pesquisando-o-lazer-de-um-grupo-de-idosos-no-brasil.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2010.
- IBGE. Sobre a Condição de saúde dos idosos: Indicadores selecionados. **Unati**, Rio de Janeiro, p.1-13, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/estatística/população/indic-sociosaude/2009/com.sobrepdf>. Acesso em: 10 set. 2009.
- INÁCIO, M. **Urbanização e qualificação do Alto da Caieira do Saco dos Limões a partir dos espaços públicos de lazer**. 2008. 79 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Arquitetura e Urbanismo) – Sistema Bardal de Ensino de Artes Aplicadas, Florianópolis, 2008.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. Qualidade de Vida - Aspectos Conceituais. **Salus**, Paraná, n. , p.1-3, 2007.

MELO, M. C. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **SciELO**, Recife, n. , p.1-8, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a31v14s1.pdf>. Acesso em: 13 set. 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: Papaléo, M. N. (Org.) **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PEREIRA, R. J. et al. **Características da saúde do idoso brasileiro**. Minas Gerais: Revista Médica de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/83/49>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

PORTAL DA SAÚDE, **Doenças Crônicas**. Disponível em: <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+crônicas/doencascronicas.htm>>. Acesso em: 10 set. 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SAÚDE, Ministério da. **Estatuto do Idoso: Série E. Legislação de Saúde**. Brasília: Ms, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas Editora, 1998

WOLFF, S. H. (Org.). **Vivendo e Envelhecendo; Recortes de práticas sociais nos Núcleos de Vida Saudável**. São Leopoldo, Rs: Unisinos, 2009.

ANEXO

ROTEIRO DA ENTREVISTA:

- 1- Nome.
- 2- Idade.
- 3- Renda.
- 4- Se mora com mais alguém.
- 5- Se gosta de morar no Bairro, por quê e o motivo.
- 6- Número de anos que mora no Bairro.
- 7- Descrição da rua em que mora e os problemas de estrutura.
- 8- Sobre os principais problemas do Bairro.
- 9- Avaliação sobre a casa.
- 10- Avaliação sobre a saúde.
- 11- Sobre o atendimento de saúde à população idosa do bairro.
- 12- Participação em algum projeto, ou atividade para idosos no bairro ou fora dele, motivos de não participação.
- 13- Sobre as atividades de lazer.
- 14- Em que as condições de vida ajudam ou atrapalham o lazer no bairro ou fora dele.
- 15- Descrição de um dia típico da vida. (Se houver diferença entre dias da semana e finais de semana. Se houver diferença descrição dos dois).
- 16- Se possui religião.
- 17- Sobre a importância da participação na igreja.
- 18- Forma da religião limitar ou contribuir com o lazer e saúde.