

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

- MESTRADO E DOUTORADO -

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Juliano Pereira Borges

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A TERCEIRA IDADE
EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SOLEDADE**

Santa Cruz do Sul
2013

Juliano Pereira Borges

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A TERCEIRA IDADE
EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SOLEDADE - RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Profª Drª Heleniza Avila Campos

Santa Cruz do Sul

2013

Juliano Pereira Borges

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A TERCEIRA IDADE
EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SOLEDADE - RS**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Dr^a Heleniza Avila Campos

Professora Orientadora

Dr^a Virginia Elisabeta Etges

Professora Examinadora - UNISC

Dr. José Luiz de Moura Filho

Professor Examinador - UFSM

Santa Cruz do Sul

2013

RESUMO

O envelhecimento populacional é fato irrefutável que ocorre em nível universal, cabendo à sociedade criar as políticas públicas que garantam qualidade de vida a esta parcela da população. Nesta pesquisa analisou-se o contexto das políticas de saúde no município de Soledade/RS, visando verificar a existência de tratamentos diferenciados para a população acima de 60 anos. Neste sentido, verificou-se as principais estratégias do município, no atendimento ao idoso, elencando os principais serviços de saúde e de lazer disponíveis. A inserção social do idoso, a integração social através dos grupos de terceira idade que promovem atividades diversas visando integrar, mobilizar, esclarecer e elevar a qualidade de vida desta parcela da população, constitui também face deste trabalho que apresenta dados coletados em trabalho de campo por meio de pesquisa e entrevistas com os idosos dos três principais grupos de terceira idade de Soledade/RS. Constatou-se problemas referentes aos serviços de Saúde Pública e inserção social do idoso, entre outros, como o baixo grau de escolaridade entre os idosos e o elevado índice de analfabetismo detectado pela pesquisa e nas entrevistas realizadas. Pretende-se, dessa forma, subsidiar o poder público na criação de Políticas Públicas e iniciativas como programas adequados que caminhem ao encontro das reais necessidades do idoso, quer esteja no meio rural ou no urbano.

Palavras-chave: idoso; inserção social; políticas públicas; qualidade de vida.

ABSTRACT

Population has become older and older is undoubtedly true all over the World. It is responsibility of society make public policies which guarantee life quality for this level of age. The analysis of the health policies in the community of Soledade/RS concerned with different treatment for people over 60 years old is the main aim of this dissertation. This Way, the main strategies of the city government for elderly people were watched, listing the main health and leisure resources. The elderly social life in third age groups which promote several activities to make them aware and to make them active in order to improve their life quality is one of the item in this research. For that, members of three groups of Soledade/RS were researched and the data were collected. It was watched problems with public health services, education, gathering life and others such as low school level, high illiteracy trough the interviews. These data intend to help the municipal authorities to make suitable programs to satisfy the needs of elderly people both in the urban zone and in the countryside.

Keywords: elderly; social participation; public policies; life quality.

AGRADECIMENTOS

Entendo ser de considerável importância expressar a gratidão por quem desprendida e desinteressadamente se privou de tempo e energia, entre outros recursos a fim de auxiliar vindo ao encontro das inúmeras limitações que possuo, visando suprir, esclarecer ou estimular frente às adversidades suscitadas ao longo deste trabalho.

Com este objetivo, agradeço a Deus que providencialmente me protegeu, proveu e abençoou para que eu pudesse alcançar essa meta.

A meus pais que auxiliaram-me com recursos materiais e morais incentivando-me a prosseguir.

A minha querida irmã que muito me ajudou, substituindo-me no trabalho profissional em muitas ocasiões com observações criteriosas e análise judiciosa desembaçando minha visão turvada seja pelo cansaço, seja pela ignorância.

A minha abnegada orientadora professora, Dr^a Heleniza Campos que devotadamente não mediu esforços para, mesmo após sua transferência no âmbito profissional, continuar a orientar-me nesse trabalho.

A professora, Dr^a Virgínia Elisabeta Etges por seu estímulo e preciosas advertências, fazendo-me em perspectiva enxergar o caminho.

Ao colega, amigo e parceiro Adriano Kessler Vieira que em testemunho de amizade e bom coração, cedeu guarida em seu próprio apartamento, ajudando-me dessa forma a atenuar as despesas.

Ao professores Nadir, Paulo Melo e Giba da Universidade de Passo Fundo que, através de palavras animadoras, encorajaram-me em momentos de decisão e insegurança.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Aspectos demográficos e populacionais do COREDE Alto da Serra do Botucaraí.....	50
Quadro 2 – Participação relativa do PIB municipal na região (%).....	51
Quadro 3 – Índice de Desenvolvimento Humano da região Alto da Serra do Botucaraí – IDH.....	52
Quadro 4 – Total de matrículas escolares do Corede Botucaraí – 2008.....	53
Quadro 5 – Total de docentes das escolas do Corede Botucaraí – 2008.....	54
Quadro 6 – Total de estabelecimentos escolares do Corede Botucaraí – 2010...	55
Quadro 7 – Total de Docentes das escolas do Corede Botucaraí – 2010.....	56
Quadro 8 – Total de matrículas escolares do Corede Botucaraí – 2010.....	57
Quadro 9 – Registro de matrículas do EJA.....	58
Quadro 10 – Número de hospitais no Corede Botucaraí.....	65
Quadro 11 – Número de leitos hospitalares no Corede Botucaraí.....	66
Quadro 12 – Número de óbitos e taxa de mortalidade (2009 / 2010).....	67
Quadro 13 – Localização dos grupos para terceira idade em Soledade vinculados pelo PROMUATI.....	75
Quadro 14 – Principais grupos de terceira idade.....	84
Figura 1 – Localização dos grupos Vida Nova, Vida Bela e Sol Nascente.....	77
Figura 2 – Localização do grupo Vida Nova.....	78
Figura 3 – Localização do grupo Vida Bela.....	79
Figura 4 – Localização do grupo Sol Nascente.....	80
Gráfico 1 – Percentual Procedência grupo Vida Nova.....	85
Gráfico 2 - Percentual Procedência grupo Vida Bela.....	86
Gráfico 3 - Percentual Procedência grupo Sol Nascente.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Média de gastos com medicamentos em porcentagem do valor do salário mínimo.....	36
Tabela 2 – População urbana, rural e total dos municípios do Alto da Serra do Botucaraí.....	49
Tabela 3 – População (homens, mulheres e total) com idade acima dos 60 anos nos municípios do Alto da Serra do Botucaraí.....	68
Tabela 4 – Porcentual de homens e mulheres por grupo.....	83
Tabela 5 – Procedência dos funcionários do PROMUATI.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDNF	Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CONDASB	Conselho de Desenvolvimento do Alto da Serra do Botucaraí
COREDE	Conselho Regional de Desenvolvimento
CRE	Coordenadoria Regional de Educação
EAD	Educação à Distância
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Programa Estratégia da Saúde da Família
FEE	Fundação de Economia e Estatística
GOAI	Grupo de Orientação Alimentar para Idosos
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEA	População Economicamente Ativa
PENAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Política Nacional do Idoso
PPV	Programa de Prevenção à Violência
PROMUATI	Programa Municipal de Atendimento a Terceira Idade
PSBI	Programa de Proteção Social Básica do Idoso
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SMS	Secretaria Municipal da Saúde

SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNATI	Universidade Aberta da Terceira Idade

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	SAÚDE PÚBLICA, IDOSO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL.....	24
2.1	Saúde Pública.....	24
2.2	Definição e características da terceira idade.....	27
2.3	Temáticas estratégicas de interesse sobre o tratamento do idoso.....	30
2.4	O envelhecimento enquanto tema de abordagem universal.....	33
2.5	As dimensões econômicas envolvidas no tratamento dos idosos.....	35
2.6	Trabalho, sociabilidade e saúde do idoso.....	37
2.7	Desenvolvimento regional e a saúde do idoso.....	40
3	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SOLEDADE NO CONTEXTO DA REGIÃO ALTO DA SERRA DO BOTUCARAÍ.....	48
3.1	A região do Corede Alto da Serra do Botucaraí.....	48
3.2	Saúde pública na região e em Soledade.....	59
3.3	A condição do idoso no município de Soledade.....	67
4	AS INICIATIVAS DE INCLUSÃO DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE SOLEDADE.....	70
4.1	A criação e desenvolvimento da experiência do PROMUATI.....	70
4.2	Os grupos de idosos do PROMUATI.....	75
4.3	A leitura do PROMUATI segundo seus integrantes e funcionários.....	81
4.4	Análise por grupos do PROMUATI.....	83
4.5	Dos comentários finais dos entrevistados.....	94
4.6	Análise geral dos três principais grupos de idosos sob orientação do PROMUATI.....	96
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
	REFERÊNCIAS.....	104
	APÊNDICE.....	

1 INTRODUÇÃO

Não obstante o envelhecimento da população brasileira, sobretudo a dos pequenos municípios, a ausência de políticas públicas voltadas ao idoso revela as necessidades desta porção da população, principalmente quanto ao acesso aos serviços de saúde.

É relevante registrar que as dificuldades inerentes às distintas faixas etárias estampam-se em matizes vários, evidenciando realidades peculiares ao universo particular e subjetivo de cada um. Existem diferentes grupos que integram a terceira idade. Uma pessoa que teve uma vida destituída de oportunidades de estudo e trabalho, excluída mesmo da satisfação de carências imprescindíveis, como acesso a serviços na área de saúde, saneamento básico, alimentação minimamente adequada e segurança, terá dificuldades de se inserir social, cultural e economicamente na sociedade em que vive na fase da terceira idade.

O sistema público de saúde voltado ao idoso revela dificuldades na prestação de serviços, bem como ao acesso a medicamentos, consultas e exames que deveriam ser disponibilizados pela rede pública de saúde, conforme o previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS). O mesmo não ocorre com quem de antemão preparou-se para um envelhecimento planejado, tanto na perspectiva socioeconômica como afetiva, garantindo por estas condições um envelhecimento com qualidade de vida.

Esta temática, assim, vem sendo discutida internacionalmente a partir de 1982 quando da I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, promovida pela Organização das Nações Unidas, realizada em Viena - Áustria. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 define diretrizes para a proteção à terceira idade, sendo promulgada a Política Nacional do Idoso em 1994 e o Estatuto do Idoso (Lei 10741/2003). Estas políticas nacionais demonstram que há o reconhecimento do problema sobre a saúde e qualidade de vida do idoso no Brasil.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como idosas as pessoas com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento e com mais de 65 anos nos países desenvolvidos. A Política Nacional do Idoso do Brasil está em consonância com a OMS, e também define como idosa a pessoa de 60 anos ou mais (REVISTA DO SUS, 2008).

Por essa razão, tem sido foco crescente de pesquisas nas últimas duas décadas o reconhecimento das particularidades dos grupos que compõem a terceira idade, suscitando inclusive a emergência da quarta fase da vida ou quarta idade, como comumente está sendo disseminado. Tais classificações auxiliam no esclarecimento e, sobretudo, na compreensão das necessidades e possibilidades de tratamento destes grupos.

Um indivíduo com idade entre 60 aos 65 anos experimenta uma realidade diversa de um octogenário, para o qual as dificuldades pertinentes ao passar dos anos imprime particularidades no seu cotidiano. No primeiro caso, o deslocamento, as percepções e reflexos motores já demonstram uma certa lentidão, embora muitas pessoas com essa idade consigam inclusive se inserir no mercado de trabalho. A questão da sociabilidade também se mostra presente, visto que esses grupos buscam, e muitas vezes conseguem, estabelecer contatos e interações com pessoas da idade semelhante que apresentam limitações congêneres através de diferentes eventos voltados para essa faixa etária.

No segundo caso, ou seja, indivíduos com idade igual ou superior aos 80 anos têm sua condição de mobilidade ainda mais limitada e dependente, inclusive do auxílio de terceiros. Nesta fase da vida, muitos experimentam as dificuldades próprias da idade avançada, tais como doenças crônico-degenerativas, baixa capacidade de mobilidade física, reduzindo o dinamismo e a autonomia de deslocamentos e decisões.

É importante mencionar que os idosos residentes nas áreas rurais utilizam os serviços de saúde de forma diferenciada que os da mesma faixa etária mas moradores em área urbana, geralmente mais próxima ao acesso a estes serviços; salvo quando os consumidores desses serviços especializados encontram-se providos de recursos financeiros. A condição econômica e a área de residência são fatores determinantes da possibilidade de uso de serviços de saúde.

A idade, paradoxalmente, não é fator preponderante no acesso aos serviços de saúde, sendo que os idosos com menor poder aquisitivo possuem reduzida oportunidade para desfrutar destes serviços em analogia aos idosos de melhor poder aquisitivo; essa constatação é transformada quando o local de moradia é trazido à baila (PINHEIRO, 1999).

O envelhecimento é um processo natural que inicia, segundo muitos autores, por ocasião do nascimento e segue seu curso durante toda a existência refletindo-se no corpo através do declínio vital do organismo e de sua funcionalidade não obstante ser a doença o fator responsável pela perda de funcionalidade e não o envelhecimento propriamente dito. Portanto é possível envelhecer com saúde e com qualidade de vida, isentando-se de incapacidades ou doenças debilitantes.

A implementação de recursos pode ser usada como meio de promover a saúde ao idoso não só de forma terapêutica atingindo o mal depois de estabelecido, mas mormente de maneira profilática por meio de programas saudáveis como atividades culturais: teatro, palestras com temas variados, programas de ações físicas supervisionadas por educadores físicos, lazer, incentivo a leitura e ao desenvolvimento do senso crítico com vistas a capacitação geral e racional do ser.

Portanto, é legítimo estabelecer políticas que promovam a redução das desigualdades em seus diversos aspectos, valorizando as diferenças como potencialidades, fortificando o sentimento de identidade regional por meio de práticas em que cultivam-se as tradições e os valores vinculados ao território num passado recente e que hoje se constitui para os idosos, tanto de áreas rurais como de áreas urbanas.

É o que parece acontecer na região do Alto da Serra do Botucaraí no norte do Estado do Rio Grande do Sul, em especial no município de Soledade. Este município com população de 30.044 habitantes (IBGE, 2010), como muitos municípios do interior do Rio Grande do Sul e mesmo do Brasil, desprovido de recursos, restrições de acesso à saúde pública, requerendo atenção do poder público a fim de que sejam superadas e aspectos positivos a serem incentivados.

Segundo dados da Fundação de Economia e Estatística (FEE, 2012) Soledade tem grande concentração dos idosos desta região (2.867 pessoas no total), comparativamente aos outros municípios, sendo que há uma predominância do número de mulheres (1.630 indivíduos) em relação ao número de homens (1.237 indivíduos). Este predomínio das mulheres com esta faixa etária ocorre em quase todos os municípios, com exceção de Ibirapuitã. Deve-se considerar também que, sendo Soledade um município pólo em relação aos demais municípios do Alto da Serra do Botucaraí, há ali a necessidade de concentração de alguns serviços de saúde pública para atender a população regional com idade acima de 60 anos. Ao

todo, há onze grupos que têm esta finalidade, sendo que cinco concentram-se na área rural e os demais nas áreas urbanas. Na área urbana especificamente destaca-se que os bairros possuem características semelhantes quanto à baixa renda da população. O Programa Municipal de Atendimento a Terceira Idade (PROMUATI) atua desde julho de 1999 e realiza atividades com idosos.

O estímulo à participação do idoso pelo poder público no Brasil tem se dado através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, projetos e programas a serem desenvolvidos, bem como a priorização do atendimento através de sua própria família em detrimento ao atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência. A capacitação e reciclagem de recursos humanos nas áreas de Geriatria e Gerontologia e na prestação de serviços e o estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicosociais do envelhecimento também é meta aspirada pelo poder público municipal.

O subsídio aos estudos sobre questões relativas ao envelhecimento e a representatividade do idoso no Conselho Municipal de Assistência Social, dando prioridade ao atendimento do idoso em órgãos públicos privados, prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família, articulando parcerias com a sociedade civil e outras secretarias, em especial as secretarias municipais da saúde e da educação, cultura e lazer que poderão elaborar proposta orçamentária no âmbito de suas competências, buscando o financiamento de programas específicos em favor dos idosos.

A exposição de orientações básicas relativas à saúde por meio de palestras com temas diversos, ministradas por profissionais de distintas áreas, bem como o apoio e acompanhamento das condições de saúde através da verificação de pressão arterial e teste de glicemia, especialmente para hipertensos e diabéticos, o atendimento psicológico por profissional competente em caráter individual e coletivo, a possibilidade de acompanhamento previamente agendada por profissional da área da nutrição e a assistência farmacêutica constitui-se meta desta política pública municipal.

Diante dos problemas acima expostos, observa-se a necessidade de esclarecimento acerca da real efetividade das iniciativas existentes voltadas a esta

parcela da população. Neste sentido, esta dissertação tem como principal questão: há no conjunto das políticas e ações vinculadas à saúde pública regional no município de Soledade tratamentos que diferenciem e valorizem a população acima de 60 anos?

Buscou-se, como principal objetivo analisar o contexto das políticas de saúde no município de Soledade, visando verificar a existência de tratamentos diferenciados para a população de terceira idade. Neste sentido, interessa verificar as estratégias de Soledade quanto ao atendimento ao idoso, elencando os principais serviços de saúde e de lazer disponíveis. A caracterização e classificação do perfil da população rural e urbana de Soledade com idade acima de 60 anos, tendo em vista entender as diferenças socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, bem como identificar os espaços de encontro e de lazer, as principais atividades desenvolvidas constituem-se objetivo desse trabalho.

A região eleita para a realização deste estudo é o Alto da Serra do Botucaraí, devido a inexistência de trabalhos deste gênero abordando políticas públicas e serviços de saúde referentes à parcela idosa da população. A contribuição social do trabalho reside em retratar o acesso do idoso aos serviços de saúde pública na região mencionada. Do ponto de vista científico visa apresentar dados e análise criteriosa do atual contexto. Não há trabalhos semelhantes neste COREDE. É uma região que revela carências em serviços de saúde pública e aumento do número de idosos.

A escolha do município de Soledade se deu em razão da sua representatividade no contexto regional em que se insere, concentrando diferentes recursos (humanos, financeiros e tecnológicos), bem como equipamentos de saúde pública que podem ser utilizadas para o atendimento à parcela da população com idade acima de 60 anos, constituindo-se em município de maior relevância do COREDE, local em que se desenvolvem várias atividades para a terceira idade.

A opção pela saúde pública do idoso se deve ao reconhecimento de que a população brasileira está envelhecendo e este é um fato inconteste como fica evidente nesta assertiva de Camarano *et al* (1997):

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Isto significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. No caso brasileiro, pode ser exemplificado por um aumento da participação da população maior de 60 anos no total da

população nacional de 4% em 1940 para 8% em 1996. Além disso, a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo.

Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. Segundo projeção do IBGE, o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, basicamente o mesmo nível atual da Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20) e Japão (82,60). Em escala mundial, a esperança de vida ao nascer foi estimada, em 2008 (período 2005-2010), em 67,2 anos e, para 2045-2050, a ONU projeta uma vida média de 75,40 anos (IBGE, 2008).

A estes dados se junta ao fato de que o processo de envelhecimento é um dos responsáveis pelos declínios ou alterações fisiológicas, que contribuem para redução da capacidade funcional e da independência, o que impede ou dificulta a realização das atividades da vida diária (PACHECO e GOLDMAN, 2005).

Esta situação pode criar, na maioria dos casos, uma relação de dependência física ou psicológica do idoso com a família ou as pessoas mais jovens (parentes, amigos ou cuidadores) que por sua vez desencadeiam situações ambivalentes negativas em função das condições bio-psico-sociais em que se encontram os idosos. Este quadro tende a declinar a qualidade de vida desta população que se encontra numa fase da vida na qual a satisfação de viver é essencial.

Estudos na área de saúde pública apontam que a aptidão física relacionada à saúde tem uma grande influência na capacidade de realizar as tarefas do dia-a-dia e a prevenir determinadas doenças, cujo fator de risco seja a inatividade física. Em geral são incontestáveis os benefícios que a atividade física pode trazer para um envelhecimento com qualidade, ajudando na minimização e na prevenção dos efeitos do avanço da idade.

Diante do rápido desenvolvimento científico dos anos recentes, o idoso tem vivenciado a diminuição do seu status social, especialmente de suas habilidades e experiências, tornando suas contribuições sociais imediatas menos relevantes. A

ideologia de qualidade de vida atual é gerada por um modelo prioritariamente jovem e saudável da mente e do corpo.

A capacidade de mobilidade reduzida pelo envelhecimento natural dos longevos faz com que se tornem cada vez mais dependentes dos grupos sociais ativos, reduzindo, em muitos casos, sua autoestima e conseqüentemente sua qualidade de vida.

Em vista ao exposto, busca-se refletir, a partir da literatura pertinente ao assunto e de um levantamento de dados, sobre a maneira que os idosos, bem como a sociedade civil, profissionais da saúde e o governo têm se mobilizado no sentido de construir políticas públicas e institucionalizar ações para minimizar os efeitos da falta de atividade física direcionada ao público da terceira idade a fim de proporcionar melhor qualidade de vida a esse segmento populacional, justificando-se, assim, a execução desse projeto.

De acordo com o art. 9º do Estatuto do Idoso, “é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

A promoção da saúde de qualquer grupo humano, como nível de atenção e prevenção se refere às ações destinadas a melhorar e aprimorar a saúde das pessoas não doentes e, neste sentido, tem como enfoque uma visão integral do processo saúde-doença-atenção. Inicia-se, com essa discussão, a entender-se saúde como um campo complexo, que envolve diversos olhares e diversas intervenções (TEIXEIRA, 2002).

O método de abordagem é o dialético, originário na concepção marxista que explica mudanças importantes ocorridas na história da humanidade. Por meio de uma concepção materialista da história, Marx assevera que a maneira pela qual a produção material de uma sociedade é realizada, determinará a organização política e as representações intelectuais de uma época.

Assim, a base material ou econômica constitui a "infraestrutura" da sociedade, que exerce influência direta na "superestrutura", ou seja, nas instituições jurídicas, políticas (as leis, o Estado) e ideológicas (as artes, a religião, a moral) da época.

Com relação ao método de procedimentos e levantamento de dados será usado o levantamento bibliográfico, pesquisa documental, e entrevistas; já com

referência ao método de análise e tratamento dos dados vários itens serão contemplados como segue:

1) **Construção do aporte teórico metodológico**, o conceito e as questões mais frequentes e relevantes relativas à saúde da terceira idade na atualidade; leitura sobre construção de parâmetros de qualidade de atendimento ao idoso;

2) **Discussão acerca das políticas de saúde pública no Brasil e no Rio Grande do Sul**, com foco na terceira idade, considerando o ponto de partida da pesquisa a promulgação do Estatuto do Idoso em 2003, identificando técnicas e metodologias de tratamento adequado aos idosos;

3) **Estudo de experiências estaduais e regionais em formas de atendimento e inclusão do idoso nos serviços de saúde pública no Brasil** no contexto das políticas públicas, através de pesquisa bibliográfica em teses e dissertações científicas sobre o tema.

4) **Levantamento de dados sobre saúde dos idosos no Rio Grande do Sul e na Região do Alto da Serra do Botucaraí**, através de pesquisa sobre dados estatísticos e históricos.

5) **Investigação sobre as iniciativas municipais dos grupos voltados à terceira idade no município de Soledade**, através de entrevista semi-estruturada com técnicos da Secretaria municipal de saúde e com a Diretoria do PROMUATI.

Relativamente à estrutura da dissertação, esta se compõe de três capítulos, o primeiro capítulo enfoca o quadro geral do idoso como os aspectos envolvendo a condição social, adversidades enfrentadas, acesso aos serviços de saúde e sua função como integrante da família.

O segundo capítulo procura expor um panorama geral do município de Soledade, correlacionando-o ao COREDE Alto da Serra do Botucaraí através de dados de origem bibliográfica e alcançados por pesquisa documental de base secundária, baseando-se principalmente no censo demográfico do IBGE (2010), informes do plano estratégico do COREDE do Alto da Serra do Botucaraí (2010) e dados obtidos junto à prefeitura de Soledade.

O terceiro capítulo trata da experiência do programa municipal de atendimento ao idoso, O PROMUATI, dos grupos de terceira idade, a dinâmica de atividades implementadas, a análise crítica dos idosos integrantes dos três principais

grupos de terceira idade sob a coordenação do programa e o parecer dos idosos relativo aos serviços de saúde pública.

2 SAÚDE PÚBLICA, IDOSO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Este capítulo aborda, em linhas gerais, a problemática que envolve o idoso, suas dificuldades relacionadas à saúde, como ele lida com enfrentamentos de toda natureza, como vive, como interage socialmente, como é sua participação no seio familiar, como está o acesso aos serviços de saúde. Busca-se entender como o cidadão acima dos 60 anos é visto pela sociedade contemporânea, se é objeto de preconceito e discriminação, conhecer seus anseios, seus direitos e verificar o exercício da cidadania nesta parcela da população.

Apresentar-se-ão dados disponibilizados por fontes bibliográficas, tais como artigos científicos e pesquisas acadêmicas, com destaque para (VERAS, 2003) e (CAMARANO, 1998), que têm enfoque na saúde pública.

Este capítulo compõe-se de sete partes: na primeira parte serão apresentados conceitos sobre saúde pública; na segunda, serão expostos dados obtidos por pesquisas constituídas à luz da ciência, procurando-se por meio de uma reflexão aferir o teor do tratamento dispensado ao idoso e a partir desta, identificar as possibilidades plausíveis a fim de disponibilizar recursos à qualidade de vida das pessoas que alcançaram esta faixa etária. A terceira parte aborda as temáticas estratégicas de interesse sobre o tratamento do idoso, na sequência o foco está direcionado para o envelhecimento enquanto tema de abordagem universal, após volta-se a atenção para as dimensões econômicas envolvidas no tratamento dos idosos, sendo sucedida pela análise do trabalho, sociabilidade e saúde do idoso e finalmente faz-se alusão ao desenvolvimento regional e a saúde do idoso.

2.1 Saúde Pública

O conceito de saúde pública é um conceito que possui diferentes interpretações. A Carta de Ottawa define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (WHO, 1986). A **Conferência de Adelaide**, realizada em 1988, elegeu como seu tema central as políticas públicas saudáveis que se caracterizam pelo interesse e preocupação

explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.

Com base nestas leituras, nesta dissertação, saúde pública é compreendida como o estado geral da população, sendo este o reflexo, do processo de articulação social, fruto da capacidade e da consciência cidadã da comunidade que, de forma participativa, integra as tomadas de decisões, deliberando sobre o que lhe diz respeito.

As relações entre saúde e qualidade de vida têm se constituído em um desafio na sociedade contemporânea. Segundo (BUSS, 2000), é necessário além do acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, definir de forma mais contundente as estratégias de políticas públicas, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

Segundo (CORDEIRO, 2001), a proposta com o Sistema Único de Saúde (SUS) é a concepção da seguridade social, que deveria articular políticas e integrar recursos orçamentários (do orçamento da seguridade social, um dos orçamentos da União).

No Brasil, a instituição do Sistema Único de Saúde não se manteve constante na intensidade e também na agilidade da reforma sanitária que segundo Levcovitz (1997, *apud* CORDEIRO, 2001), podem ser sumariamente determinados:

- 1) instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) com políticas para municipalizar a saúde abrangendo 664 municípios correspondendo em torno de 70% da população do país (período 1982-1986);

- 2) expansão das AIS e estabelecimentos dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), como estratégia-ponte para o SUS, incorporando o total das Secretarias Estaduais de Saúde e cerca de 2.500 municípios (1987- 1990);

- 3) Declaração pela Constituição Federal do direito à saúde como direito de todos e homologação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Início da implementação do Sistema Único de Saúde após a Lei Orgânica da Saúde (1990) ser sancionada;

- 4) Execução da Norma Operacional Básica SUS 01/91, com elevado efeito descentralizador para municípios, porém instituindo relações diretas entre o administrador federal – Ministério da Saúde – e as secretarias municipais de saúde.

As transferências eram negociadas caso a caso, de conformidade com a produção de serviços e por meio de convênios para prestação de serviços (1991-1992); dá-se origem à Unidade De Cobertura Ambulatorial (UCA) para pagamento dessa variação de atendimento; são incorporados 1.074 municípios; subsiste o pagamento direto do administrador federal a hospitais e ambulatórios privados;

5) instituição da Norma Operacional Básica SUS 01/93 que estabelecia critérios à habilitação dos municípios conforme as condições de administração (incipiente, parcial, semiplena) com associação de recursos segundo critérios estabelecidos nas comissões interadministrativas (tripartite e bipartite) e princípio das transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais de saúde; são capacitados, por tais critérios, 3.127 municípios;

6) instituição da Norma Operacional Básica SUS 01/96, reestabelecendo as condições de administração: para os municípios – gestão da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde; para os estados – gestão avançada e gestão plena do sistema estadual;

7) sanção e princípio de implementação da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS SUS 2001) que visa estabelecer critérios e estratégias de regionalização nos estados, concedendo maiores poderes para as secretarias estaduais de saúde (BRASIL, 2001).

Segundo (BUSS, 2000), a promoção da saúde e qualidade de vida só serão possíveis quando além de oferecer à população acesso a serviços médico-assistenciais em nível satisfatório, forem implementadas Políticas Públicas bem elaboradas capazes de contemplar as verdadeiras carências da sociedade, alcançando em seu âmago medidas efetivas, os determinantes reais da saúde. Para este fim, torna-se imprescindível uma inteligente articulação intersetorial do poder público para congregação de forças sob o olhar da população mobilizada e consciente.

Visando reduzir as interferências de acesso aos serviços de saúde, o Ministério de Saúde em uma ação integrada das três esferas, Federal, Estadual e Municipal tornou disponível a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2006, p. 03), propondo seis princípios fundamentais como segue:

1º- Assegurar ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz;

2º e 3º Princípios- esclarecem ao cidadão sobre o direito de um tratamento adequado para seu problema de saúde. Também faz referência à necessidade de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;

4º- garante que o atendimento prestado ao cidadão deve respeitar a sua pessoa, seus valores e seus direitos;

5º- fala sobre as responsabilidades do cidadão para que ele tenha um tratamento adequado; e por fim, o sexto princípio garante que todos os princípios da carta sejam cumpridos.

Os princípios acima expressam a preocupação do Estado com o cidadão no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. A fim de que o atendimento seja constituído de virtudes e destituído de vícios como o preconceito, a discriminação e o desrespeito, entre outros, disponibilizou-se a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

2.2 Definição e características da terceira idade

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010); (VERAS, 1994); (VECCHIA, 2005), é considerado idoso toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

Na sociedade contemporânea, tem se destacado algumas particularidades e fenômenos sociais referentes à inclusão do idoso no meio em que se insere. Dentre estes aspectos, ressaltam-se os seguintes:

a) incidência ou aumento de doenças específicas: relativamente à incidência de doenças na terceira idade, há uma presença significativa do acometimento das doenças crônico-degenerativas que apresentam caráter variado e em geral terapias prolongadas. O registro de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS, também ocorre nesta faixa etária.

A assexualidade falsamente registrada entre os idosos e no senso comum, induz os profissionais da área da saúde a rejeitarem a importante investigação referente a contaminação pelo HIV na terceira idade.

b) acessos às tecnologias informacionais e ao conhecimento: segundo (KACHIAR, 2002), atualmente os idosos têm encontrado obstáculos para familiarizar-se com a tecnologia eletrônica, mesmo com dispositivos relativamente simples como celulares, caixas eletrônicos e o emprego de eletrodomésticos, tornando-o inapto para determinadas funções, concorrendo dessa forma para sua exclusão social. (PASQUALOTTI, 2004), assevera que a INTERNET é ferramenta

imprescindível em nossos dias e configura-se meio de combater a exclusão social que atinge também aos idosos.

Por conseguinte, é interessante não só do ponto de vista da comunicação, entretenimento e interação social, como também da aquisição e aperfeiçoamento cognitivo, contribuindo assim para o incremento da qualidade de vida dos idosos. (LIMA, 2000), abordando o tema em questão, preconiza a educação permanente do idoso, visando transformar e socializar, introduzindo-o no presente contexto e tornando-o sujeito ativamente crítico, capaz de edificar e processar conhecimentos de acordo com as necessidades.

c) inserção no mercado de trabalho: Segundo (CAMARANO, 2001), o envelhecimento da população economicamente ativa (PEA) suscita o interesse na análise de inserção do idoso no mercado de trabalho. Em se tratando do Brasil, o mercado de trabalho é peculiar, pois o indivíduo após ser beneficiado pela aposentadoria continua desempenhando o seu ofício profissional ou volta ao mercado de trabalho. Esta perspectiva permite verificar a inserção social e econômica do idoso, principalmente nas classes em que há esta possibilidade.

Não obstante a seguridade social ter alcançado uma dimensão universal, o rendimento, fruto do trabalho do idoso, é relevante. Portanto, o trabalho para o idoso pode efetivamente ser traduzido em maior renda, manutenção física e mental, redundando em maior autonomia e engajamento social.

É possível que tenhamos, em breve, famílias com cinco gerações, algumas delas às voltas com o desemprego, devido ao processo de globalização, cabendo aos mais idosos o papel de sustentáculo, por contarem com aposentadoria e terem conseguido reinserção no mercado de trabalho (CAMARANO, 1999a, 1999b);

As condições de vida e saúde do idoso têm, em geral, melhorado de forma contínua e estruturada na maioria dos países no último século, devido aos avanços políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos progressos na saúde pública e na medicina. Estudos de diferentes autores e os relatórios sobre a saúde mundial (WHO, 1998) e da região das Américas, (OPAS, 1998) são conclusivos a esse ponto de vista. Entretanto, as mesmas organizações são taxativas ao revelar que ainda que tal melhoria configura-se fato inconteste, também o é a continuidade de profundas desigualdades nas condições de vida e saúde entre os países e, no interior deles, entre regiões e grupos sociais.

Afirma (BUSS, 2000), que particularmente em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde. Em um amplo estudo sobre as tendências da situação de saúde das Américas, recentemente publicado, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1998) mostra, de forma inequívoca, que os diferenciais econômicos entre os países são determinantes para as variações nas tendências dos indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humanos.

A redução na mortalidade infantil, o incremento na esperança de vida, o acesso à água e ao saneamento básico, o gasto em saúde, a fecundidade global e o incremento na alfabetização de adultos são resultados do Produto Nacional Bruto dos países. Entretanto, demonstrar que a qualidade/condições de vida afeta a saúde e que esta influencia fortemente a qualidade de vida não é o único desafio. Embora sobejamente demonstradas, restam muitas questões a serem resolvidas e respondidas neste campo de investigação, inclusive no que se refere às intervenções que, a partir do setor saúde, possam, mais eficazmente, influenciar de forma favorável a qualidade de vida. Nessa articulação entre saúde e condições/qualidade de vida, pode-se identificar mais recentemente – com flagrante inspiração nos pensadores e nos movimentos pioneiros da saúde pública e da medicina social já mencionados - o desenvolvimento da promoção da saúde como campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas pretensamente integradoras para esta questão.

Para (GUTIERREZ, 1994) apud (GUTIERREZ, 1997), promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a proporcionar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que apoiem o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que oportunizem à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo.

Ferreira & Buss (2002), Adriano *et al.* (2000) e Paim & Almeida Filho (2000) consentem que a Carta de Ottawa *apud* Brasil - Ministério da Saúde (2002) constitui um marco deste movimento, uma vez que é nesta conferência que a promoção da saúde é definida como *o processo de capacitação da comunidade para atuar na*

melhoria da sua qualidade de vida e saúde, compreendendo uma maior participação no controle deste processo. A Carta de Ottawa define cinco campos vitais à promoção da saúde: 1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) reforço da ação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5) reorientação do sistema e dos serviços de saúde.

Este documento defende com primazia, em uma palavra, a cidadania do indivíduo comum e em especial do indivíduo com algum grau de vulnerabilidade, suscetível de exclusão como o idoso.

2.3 Temáticas estratégicas de interesse sobre o tratamento do idoso

Estudos recentes têm contribuído para identificar estratégias visando o atendimento às demandas singulares dos idosos, incluindo o desenvolvimento de intervenções adequadas, uma vez que estes requerem abordagens específicas advindas do conhecimento dos múltiplos efeitos do envelhecimento (CAMPEDELLI, 1983).

Os idosos, tais como os demais grupos da sociedade, apresentam especificidades, demandando recursos correspondentes a sua expressividade físico/patológica, o que traduz-se também por criação de uma estrutura compatível com as necessidades como ambulatórios e hospitais especializados.

Segundo (FERNANDES, 2000), a segregação tem atingido também o idoso, isolando-o em sua própria residência em função das adversidades urbanas como: calçadas esburacadas, com degraus e bloqueios físicos, a inexistência de calçamentos, acesso aos prédios públicos e transporte coletivo urbano dificultado por degraus, carência de semáforos e travessias apropriadas para pedestres.

O quadro descrito revela uma demanda considerável no que se refere às adequações e melhorias a serem implementadas no meio urbano. A fim de torná-lo acessível aos segmentos fragilizados e ou dependentes, em especial os idosos, faz-se necessário que a implementação desses procedimentos seja efetivada para que o indivíduo inserido em tal contexto possa conquistar autonomia e qualidade de vida.

Segundo Macieli; Guerra (2005, v.9, p. 17-23) observa-se que a perda de força muscular nos membros inferiores e a redução da sensibilidade vibratória, da

visão e dos reflexos relacionados à postura agem como relevantes fatores, originando os distúrbios da mobilidade.

Os prejuízos cognitivos emergem como fatores determinantes na modificação operada na mobilidade. Geralmente as afecções cerebrais como o mal de Parkinson, a demência e o acidente vascular cerebral (AVC) desencadeiam relevantes transformações na área motora do organismo humano.

A mobilidade espacial e a acessibilidade, [...] interferem no uso e na apropriação do espaço urbano [...]. Essa configuração cotidiana mantém correspondência com o acesso distinto à cidade capitalista, que é diferenciada e segregada sócioespacialmente. (PEREIRA, 2006, p. 311).

O direito de acesso aos espaços, às áreas da cidade, para ser socializado, faz-se necessário um sistema de transporte capaz de discriminar consideravelmente a diferença entre espaços e grupos sociais.

A possibilidade de alcançar a prevalência sobre os espaços mais requisitados é desigual e elevadamente desequilibrada em benefício daqueles que utilizam o transporte particular. Sendo assim, segundo (CEMESP, 2009), o empoderamento da população, bem como sua participação nas tomadas de decisões são fundamentais para, democraticamente, por meio de políticas públicas condizentes com as necessidades do social, ocorra a efetivação da cidadania, refletindo-se também no transporte público, oportunizando acesso geral à cidade, inclusive aos idosos.

2.3.2 Adequação dos espaços domiciliares aos idosos

Segundo (CÁSSIA, 2004), a adaptação dos espaços domiciliares ao idoso necessita, sob pena de dissimular e tolher sua capacidade motora, causar desconforto e piorar o seu estado de saúde, contemplar os aspectos de ergonomia, conforto térmico, acústico e lumínico.

O ambiente domiciliar requer preparação especial, observando-se escrupulosamente o exame do mobiliário, passando-o pelo crivo da eficácia, tendo-se cuidado de igual magnitude para a circulação racional, a disposição e manipulação de equipamentos, especialmente os detalhes do banheiro e cozinhas tais como torneiras, registros, interruptores, armários, barras de apoio, etc., não prescindindo a observação do cotidiano do idoso.

O uso de equipamentos que reduzam o esforço e facilitem as atividades junto às áreas de serviço e sanitários como barras de apoio aos movimentos, corrimãos no curso dos corredores, rodas sob as partes inferiores dos armários, permitindo um melhor acesso aos objetos armazenados e pisos antiderrapantes constituem o rol de sugestões visando agregar segurança, conforto e acessibilidade para o idoso e familiares.

2.3.3 Qualificação profissional dos médicos e cuidadores

Segundo (RIBEIRO, 2008), a apreciação da capacidade funcional dos indivíduos dispostos a realizar atividades relativas aos cuidados dispensados aos idosos domiciliares dependentes, tendo como princípio solicitações de prestação destes serviços em três grandes jornais do país, revelou que 62,24% dos interessados sequer apresentavam o mínimo de capacitação para a função. O despreparo evidente os conduz frequentemente a erros devido a modelos e concepções infundadas relativas ao processo do envelhecimento.

Conforme (PASCOAL, 2006), a atividade física pode duplamente beneficiar o idoso por seu caráter preventivo, agregando qualidade de vida e pela satisfação que daí advém, podendo por esse meio desfrutar do prazer de viver. De acordo com (MOREIRA, 2001), o bem-estar, a autoestima e a longevidade são decorrência das atividades físicas que repercutem com evidência na fisionomia feliz e na destreza de um corpo saudável.

A utilização de drogas pela humanidade com distintos propósitos nos remete a um passado longínquo que nos dias presentes encontra-se ativo, engajado e unido à simbologia nas diferentes culturas. Devido à expansão da produção de drogas cada vez mais potentes na sociedade ocidental contemporânea, surgiu a necessidade de submeter seu uso à apreciação (HAIKIGER-RUSKAMP e HEMMINK, 1993).

De acordo com (FABRÍCIO, 2004), as quedas representam fonte de inúmeras dificuldades ao idoso, levando-o à dependência no realizar as tarefas do cotidiano, à fraturas de complexa recuperação e mesmo à morte precoce. Podem ter causas diversas e estar interligadas, apresentar fatores intrínsecos (desencadeados por

disfunções fisiológicas) e extrínsecos (aqueles originados de particularidades sociais e ambientais que configuram-se adversidades ao idoso).

2.3.4 Assistência social e responsabilidade da família do idoso

No Brasil, o idoso privado de autonomia fica à margem da opinião pública pelo fato de não ser notado, pois se encontra via de regra no meio familiar ou em casas assistenciais, asilos e similares, divergindo do foco político e ou social (KARSCH, 2003). Assim, despercebido, o idoso “não reivindica muito”, sequer conhece seus direitos e torna-se maleável, previsível...tratável. O poder público desta forma limita-se a mera assistência formal, delegando à sociedade, mais especificamente às famílias, o ônus de prestar assistência aos idosos.

O cuidador familiar emerge como protagonista no cotidiano do idoso incapacitado em suas necessidades básicas e, no entanto, a grande maioria destituída de qualquer ajuda (KARSCH, 2003). Dessa forma, diariamente o cuidador, superando suas próprias limitações, provido essencialmente de boa vontade, busca fazer “o que pode”, privado de recursos, muito aquém, porém, das reais carências que de modo insuficiente procura suprir.

2.4 O envelhecimento enquanto tema de abordagem universal

O incremento do poder técnico e político das comunidades ou “empoderamento” na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde, é essencial nas iniciativas de promoção da saúde;

A fim de chegar-se a um patamar digno de desenvolvimento, também na área da saúde pública, beneficiando especialmente os segmentos mais fragilizados, como os idosos e os menos favorecidos da sociedade, verifica-se a necessidade de adotar uma política coerente com o acesso democrático aos serviços de saúde. Em um regime democrático, o direito do povo e a igualdade referente às oportunidades integram característica peculiar, condenando o que observa-se na sociedade atual, ou seja, o embargo de quem mais precisa ao acesso dos serviços de saúde, paradoxalmente pela razão de ser da previdência social, “a necessidade”.

Segundo (VERAS, 2001), a longevidade populacional é fenômeno de caráter universal que se estende e faz-se sentir nas áreas social e econômica da sociedade contemporânea, embora o processo do envelhecimento assuma diferentes características em distintos lugares do mundo. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento teve seu curso desenrolado por mais de um século. Tendo a Inglaterra como referência, o envelhecimento populacional, ainda hoje em evolução, iniciou-se em período subsequente à revolução industrial, ou seja, no auge do império britânico, contando com farta provisão de recursos para o enfrentamento da nova conjuntura social resultante da transformação demográfica. Nos dias atuais, verifica-se a inversão da curva de crescimento da população no Brasil, considerando que as taxas de nascimento são inferiores às de mortalidade.

Nos países em desenvolvimento, utilizando o Brasil como paradigma, o processo de envelhecimento da população apresenta velocidade vertiginosa, caracterizando-se pela rapidez através da qual o aumento absoluto e relativo das populações idosa e adulta está transformando a pirâmide populacional.

Segundo (OLIVEIRA, 2011) o Brasil conta com 15% de sua população nesta faixa etária. Gradativamente, os idosos alcançam o patamar capaz de proporcionar a organização e articulação necessárias, por meio da cidadania, para o enfrentamento dessa realidade inóspita.

Segundo afirma (OLIVEIRA, 1999), o célere acréscimo da expectativa de vida no século XX pode ser imputado à substituição das causas de morte, antes provocadas pelas doenças infecciosas ou parasitárias, pelas doenças cardíacas e pelo câncer que, na década de 30, compuseram quase 50% das causas de morte nas capitais brasileiras e, a contar de 1940, com a chegada dos antibióticos, melhorias no saneamento básico e uma conscientização maior quanto aos procedimentos de higiene, concorreram para evitar as doenças. Com a redução dessas causas de morte, a sobrevivência entre os mais jovens foi acrescida, reduzindo a mortalidade infantil, contribuindo para a ocorrência de uma mortalidade proporcional às faixas etárias mais avançadas.

A longevidade é imputada à evolução científico-tecnológica, induzindo a uma atenção especial à qualidade de vida, assentada em uma perspectiva integral de saúde.

Em razão dos aspectos mencionados, os idosos constituem-se em tema de interesse e preocupação na sociedade, na mídia, na busca de políticas públicas, tornaram-se objeto de estudos e pesquisas científicas, em uma tentativa de superar o enaltecimento da juventude em detrimento da velhice. Os idosos cada vez mais, diante desta transformação demográfica, se conscientizam da própria posição e papel que ocupam na sociedade, recusando-se a ficarem restritos em ambientes sem grande participação social, ou sem estímulos para se desenvolverem, ou serem lembrados com limitações ou perdas, ao contrário, reclamam e reivindicam maior reconhecimento social, atuam em diferentes espaços públicos e virtuais, com o intuito de conseguirem maior visibilidade e decorrente dela, mais atenção e reflexões sobre a velhice, mais políticas públicas com ações práticas, superação de preconceitos, maior valorização e respeito.

O envelhecimento da população alcançou notoriedade e hoje configura-se objeto de estudo de variadas instituições que disponibilizam recursos na área da educação a fim de condicionar o idoso cognitivamente para o resgate da valorização familiar, para a reinserção social e para a vivência da cidadania.

O termo *Empowerment* já há muito faz parte da literatura brasileira, sendo traduzido como empoderamento no sentido de aumento de poder e como decorrência também maior autonomia no aspecto pessoal e no coletivo. Em especial este termo é utilizado quando se constata um grupo que sofre discriminações, é estereotipado negativamente, sofre diferentes situações de opressão e violência, o que requer uma mudança e superação deste panorama de hostilidade.

A vulnerabilidade social dos idosos pode ser atribuída à medida que o idoso é considerado, na sociedade capitalista, como socialmente estéril, com difícil acesso ao mercado de trabalho, o que exige que fique na informalidade ou se submetendo a empregos de segunda categoria e com baixa remuneração. Essa situação é reforçada pela incapacidade de muitos idosos serem economicamente independentes ou mesmo por não alcançarem uma autonomia social e até mesmo simbólica.

2.5 As dimensões econômicas envolvidas no tratamento dos idosos

Segundo Lima-Costa, Barreto & Giatti (2003), em trabalho realizado visando descrever as condições de saúde e o uso de serviços de saúde da população idosa brasileira por meio de análise de 28.943 (99,9%) idosos (≥ 60 anos) incluídos na amostra da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 1998, constatou-se que 50% dessa população têm renda pessoal \leq a um salário mínimo, o que implica um dispêndio mensal com medicamentos que compromete praticamente um quarto da renda (23%) de metade da população idosa brasileira.

Tabela 1: Média de gastos com medicamentos em porcentagens do valor do salário mínimo

Faixa etária (anos)	% Média (IC 95%)		
	Masculino	Feminino	Total
60-69	23 (21-26)	18 (17-20)	21 (19-22)
70-79	27 (24-31)	25 (21-28)	26 (23-29)
80+	29 (22-35)	28 (23-33)	29 (23-34)
Total	25 (22-28)	22 (19-24)	23 (21-26)

Fonte: LIMA-COSTA, BARRETO & GIATTI (2003, p. 741)

* em uma amostra de 28.943 idosos representativos da população brasileira com 60 ou mais anos de idade, segundo a faixa etária e o gênero.

* Total de gastos x 100/valor do salário mínimo da época (R\$ 130,00).

IC 95% = intervalo de confiança em nível de 95%

Segundo (VERAS, 2001), a expressividade das doenças crônico-degenerativas é marcante entre os idosos, resultando em um tempo de internação hospitalar mais longo, retardamento na recuperação e reinternações e casos de invalidez ocorrendo com frequência maior. Nota-se que essa combinação de fatores acaba por influenciar de forma decisiva na elevação dos custos do tratamento de saúde da parcela idosa da população em comparação as outras faixas etárias.

O gasto total por indivíduo no tocante à saúde aumenta gradativamente com a idade. Tendo em vista a organização dos serviços de saúde, as doenças crônicas cuja prevalência é significativa devem ser consideradas.

Os serviços ambulatoriais deficitários, a resolução baixa da maior parte dos serviços primários e os raros serviços domiciliares, contribuem com frequência para

o avanço da morbidez, aumentando os custos e minimizando a possibilidade de êxito para o tratamento.

Os idosos não utilizam uniformemente os serviços de saúde, e as vicissitudes que advêm em função da idade não são restritas ao processo do envelhecimento. As transformações sociais e patológicas cumprem relevante função para determinar o estado geral do idoso, que pode ser beneficiado adotando-se procedimentos visando a promoção e a prevenção da saúde.

O objetivo majoritário dessas medidas é elevar o nível da qualidade de vida e da saúde dos idosos a tal ponto que as doenças crônicas interfiram o menos possível em seus afazeres.

Assevera (VERAS, 2001) com relação às doenças crônico-degenerativas, cuja expressividade na terceira idade é relevante que é importante mencionar o período de internação mais dilatado, morosidade na convalescença, maior reincidência de internações e também de invalidez, determinando analogicamente com as outras faixas etárias, custos superiores no que tange aos tratamentos. O gasto por indivíduo com a saúde eleva-se gradativamente com o avançar dos anos.

O caráter crônico das doenças que acometem os idosos deve ser considerado por ocasião do planejamento dos serviços de saúde.

(VERAS, 2001), assinala que, no que tange ao uso dos serviços de saúde, os idosos apresentam características e necessidades distintas. As transformações advindas com o tempo não são exclusivamente efeito do processo físico de envelhecimento, mas também resulta de efeitos acumulados do meio social, econômico e cultural do indivíduo. Muitas vezes, o agravamento de problemas relativos à saúde integral do idoso pode ser aliviado com a implementação de políticas e ações efetivas, tendo em vista a promoção e prevenção da saúde. Ressalta ainda que o fim almejado não é apenas minimizar as taxas de mortalidade, mas sobretudo elevar a condição de saúde e conseqüentemente a qualidade de vida dos idosos, de forma que o seu dia a dia seja o menos atingido pelas doenças crônicas.

2.6 Trabalho, sociabilidade e saúde do idoso

Um dado interessante que suscita interesse de investigação é a relação existente entre trabalho / saúde. De acordo com o revelado por múltiplos estudos, as pessoas que trabalham apresentam melhores condições de saúde do que a população geral, e que as pessoas doentes e incapazes são, geralmente, excluídas do mercado de trabalho. O desemprego tem sido associado a piores condições de saúde, a maiores taxas de mortalidade e a maior prevalência de sintomas psiquiátricos, de hipertensão arterial e hábitos de vida nocivos, como o consumo de bebida alcoólica e cigarro (ARBER, 1987; JANLERT, 1997).

Conforme (ARBER, 1987; JANLERT, 1997), estudos diversos indicam que indivíduos envolvidos pelo trabalho expressam uma condição de saúde superior se comparados à parcela da população que não trabalha, permanecendo esta, integrada também pelos enfermos e inaptos, à margem do mercado de trabalho. Via de regra, associa-se o desemprego a uma condição de vida inferior, com comprometimento da saúde física devido à envolvimento com práticas nocivas como o alcoolismo, o tabagismo e desregramentos variados. Também se une ao desemprego uma maior taxa de mortalidade e uma superior incidência de problemas de ordem mental.

Outro aspecto relevante sobre os impactos do envelhecimento da sociedade diz respeito às ações e investimentos da indústria farmacêutica. Segundo Haak (1989), no Brasil o consumo relativo a produtos farmacêuticos revelam o uso crescente com o passar da idade, tanto nas localidades inexpressivas, como nos grandes centros urbanos (BARROS, 1983; FRANCO et al., 1986 / 1987).

Segundo (ALMEIDA, 1999), o alcoolismo é um mal que pode corromper a saúde do idoso e pode estar unido a problemas de ordem médica e ou financeira, tabagismo, e frequentemente a causas motivadoras de estresse como um grande impacto transformador tal como invalidez ou perda de entes queridos. Também pode desenvolver-se pelo ócio advindo da aposentadoria devido ao tempo livre mal utilizado. Problemas com relação ao consumo do álcool podem ter presença em 1 a 10 % dos idosos que vivem em comunidade. Portanto, o alcoolismo é um relevante problema no que tange a saúde do idoso e os fatores unidos ao quadro clínico dos referidos pacientes podem ser distintos daqueles constatados entre adultos jovens.

A associação entre saúde e trabalho está bem documentada em países desenvolvidos, especialmente entre os adultos e jovens (CHECKOWAY et al., 1989).

Com o envelhecimento da população trabalhadora e dadas as necessidades específicas de saúde da população idosa (LIMA-COSTA, BARRETO & GIATTI, 2000), alguns autores têm indicado de modo relevante a necessidade de investigar as desigualdades em saúde entre os idosos por meio da qualificação do trabalho.

Na verdade, a simples condição de estar trabalhando tem sido indicada como um potente e independente fator preditivo de maior sobrevivência (BLANC, et al., 1994).

Com relação aos indicadores de saúde e de utilização de serviços de saúde estudados, os idosos que trabalhavam relataram menos doenças crônicas que os aposentados, ratificando que, também entre idosos, uma melhor condição de saúde está positivamente associada com o trabalho. A saúde é apontada não só como um dos principais determinantes para a permanência no trabalho, como também para o retorno ao trabalho após a aposentadoria em países desenvolvidos (FLIPPEN & TIENDA, 2000).

O sentimento de incapacidade e a ociosidade constante associados a certeza da finitude próxima e inevitável, transmitem uma perspectiva desanimadora e deprimente, que tende a refletir-se no estado psicossomático pelas conhecidas e características morbidades que incidem neste quadro.

Asseveram (ARAUJO & ALVES, 2000) que a dimensão de sociabilidade, que inclui as relações de convivência familiar e o estabelecimento de vínculos sociais com a comunidade comporta indicadores relevantes para qualificar a condição de saúde da população idosa. Muitos estudos têm enfatizado uma relação entre os vínculos sociais e o status de saúde do idoso, pois a existência destes laços possibilitaria uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma maior capacidade de sobrevivência do idoso.

Parte desses vínculos se refere à participação do idoso em atividades relacionadas à vida na comunidade, tais como associações de moradores, religiosas e recreativas. Em contrapartida, o isolamento agregando frequentemente vícios, priva o idoso da sociabilidade e de uma convivência salutar, precipitando-o em uma conjuntura desfavorável, repercutindo muitas vezes em automedicação. A média de medicamentos habitualmente tomados por idosos é elevada, como revelam uma série de estudos realizados em diferentes países, variando de 3 a até 7,3 diferentes substâncias por pessoa (BERSTEIN, et al., 1989).

Segundo (BENET, et al. 1996), os idosos apresentam características próprias no que tange ao consumo de medicamentos. Alteração da massa corporal com diminuição da proporção de água, redução das taxas de excreção renal e do metabolismo hepático tendem a acrescer as concentrações plasmáticas dos medicamentos, aumentando a frequência dos efeitos tóxicos. Em consequência, enfatiza (NIKOLAUS, 1996), cerca de 10 a 20% das internações hospitalares de idosos, nos EUA, ocorrem em decorrência de reações adversas a medicamentos.

O idoso, especialmente quando fragilizado mental ou fisicamente, requer por parte de seus cuidadores o melhor, integrado por atenção, carinho, sensibilidade, solicitude, interesse, empatia, compreensão, tolerância e amor.

Segundo (IMBASSAHY, 2001) o cuidar é um exercício constante de doação e compartilhamento, sem o qual nos tornamos meros executores de normas pré-estabelecidas, que nos orientam, sem dúvida, mas são insuficientes diante dos mistérios do ser humano. Cada pessoa apresenta singularidades, um olhar, um gesto, uma expressão, que integram uma “pesquisa”, que pode ser o instrumento para chegarmos ao ser que sofre.

2.7 Desenvolvimento regional e a saúde do idoso

A cada ano mais de 650 mil idosos são incorporados à população brasileira. Para enfrentar esse problema esperado da população de idosos será necessário investir em várias áreas. A questão social do idoso, diante de sua dimensão, exige uma política ampla e articulada entre diversos órgãos de governo e organizações não governamentais. Temos muito a fazer com vistas a reduzir a lacuna deixada pelo longo período de inércia (VERAS, 2003).

O envelhecimento populacional se ampliará em decorrência dos avanços nos conhecimentos da engenharia genética e da biotecnologia, alterando em um futuro próximo não apenas indicadores demográficos como a expectativa de vida, mas principalmente o próprio limite do tempo de vida, ou relógio biológico (FRIES, 1980; FRIES & CRAPO, 1981).

Nos dias atuais, o relógio biológico da espécie humana atinge 90-95 anos (Veras, 2001; Veras et al., 2002). Estima-se, no entanto, que nas próximas décadas esse indicador se ampliará, alcançando 120-130 anos.

Provavelmente tenhamos nas próximas duas ou três décadas famílias com cinco gerações, algumas delas às voltas com o desemprego, devido ao processo de globalização, cabendo aos mais idosos a função de sustentáculo, por contarem com aposentadoria e terem conseguido reinserção no mercado de trabalho (CAMARANO, 1999a, 1999b).

O aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que frequentemente exigem intervenções dispendiosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado (VERAS, 1994, 2001).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (GORDILHO et al., 2000). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):705-715, mai-jun, 2003

Esse fato acarreta crescimento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que apresenta um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados (VERAS, 2000).

A baixa resolutividade do modelo em curso, a precariedade dos serviços ambulatoriais, a escassez dos serviços domiciliares, a falta de instâncias intermediárias (como os hospitais-dia e centros de convivência), fazem com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, dentro do hospital, o que não só aumenta os custos como diminui as chances de um prognóstico favorável (MENDES, 2001).

Ao considerar que “qualidade de vida” envolve variados sentidos, (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000) asseveram aproximar-se esta noção à satisfação almejada na vida familiar, amorosa, social e ambiental e na própria estética existencial. Pressupõe a qualidade de vida a capacidade de realizar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade toma como referência de conforto e bem-estar.

(BROWN et al. 2004), defenderam que qualidade de vida deve ser definida em termos objetivos (poder econômico, emprego, habitação e educação) e subjetivos (experiências e valores individuais, onde estão incluídas a felicidade e a satisfação com a vida).

Segundo (HELMER, et al. 1999), um dos indicadores para aferir-se qualidade de vida é a capacidade funcional e esse método juntamente com a percepção da própria pessoa consubstanciam-se em método seguro de avaliação da saúde.

A capacidade funcional, em estudos da população idosa, é geralmente dimensionada em termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades. A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população (CORDONI-HUNTLEY et al., 1986).

Segundo (CORDONI-HUNTLEY, et al., 1986), tratando-se da avaliação da parcela idosa da população, a capacidade funcional aferida nos quesitos autonomia e habilidade na realização de determinadas tarefas, constitui instrumento seguro e importante.

A manifestação do envelhecimento é um fenômeno que altera de indivíduo para indivíduo, uma vez que depende do seu estilo de vida (GARCIA, et al., 2006).

Todas as alterações associadas ao processo de envelhecimento, nomeadamente a perda de autonomia, repercutem na vida diária dos indivíduos, conduzindo a alterações sociais, ou seja, à perda de funções nas redes familiares e sociais (FILHO, 1999).

A população idosa é grande usuária de serviços de saúde. Em países desenvolvidos o uso desses serviços entre pessoas com ≥ 60 anos é três a quatro vezes maior do que o seu tamanho proporcional na população. Isso é o reflexo do aumento da prevalência de várias doenças e incapacidades físicas entre os idosos (RUBENSTEIN & NASR, 1996).

Segundo (LIMA, 2001), as iniciativas direcionadas ao tratamento da terceira idade receberam incremento considerável. A questão do idoso não mais ficou cerceada aos limites da família ou do espectro privado, mas foi promovida à ordem pública, com significativa participação do Estado.

De acordo com (LENOIR, 1990), com o advento da Gerontologia (campo de estudos multidisciplinar que reúne profissionais de várias áreas dedicados ao estudo e tratamento da velhice, em seus variados aspectos) o envelhecimento torna-se objeto de prescrições e diligências. Concomitantemente a velhice surge na fala dos gerontólogos como questão social, fruto de trabalho social de persuasão e não pelo crescimento da parcela idosa da população.

A percepção da própria saúde é um vigoroso indicador das condições de saúde dos idosos porque prediz de forma estável a sobrevivência dessa população (HELMER et al., 1999; KORTEN et al., 1999; ONAWOLA & LA VEIST, 1998). Como a percepção da saúde refere-se a um julgamento subjetivo, ela não pode ser determinada por outra pessoa;

Exercícios físicos de moderada intensidade (por exemplo, uma caminhada) são benéficos para a saúde de indivíduos de todas as idades. Esses benefícios abrangem redução da morbidade e mortalidade por doença coronariana, controle da pressão arterial, da glicemia e do colesterol e melhora do peso. A ausência de atividades físicas está também associada com diversos problemas músculo-esqueléticos, podendo afetar negativamente as atividades funcionais do idoso. Dessa forma, recomenda-se que adultos de diferentes idades pratiquem pelo menos trinta minutos de atividades físicas moderadas na maioria dos dias da semana e, se possível, todos os dias (PATE et al., 1995).

(GROISMAN, 2002) constata que a gerontologia transporta um discurso no qual usa a noção de prevenção em sentido distinto do preconizado e praticado no campo da saúde coletiva: A prevenção parece ser a saída encontrada pela Gerontologia para escapar do binômio saúde–doença. Com o discurso da “prevenção”, todos os sujeitos são suscetíveis de intervenção, independentemente de seu estado de saúde ou de sua inserção na “normalidade”. Pela urgência da prevenção, deixa de ser relevante quando começa a velhice, pois a prevenção deve iniciar muito antes. Laborando por um envelhecimento bem-sucedido, a Geriatria/Gerontologia parece traçar o seu mais ambicioso projeto, que é disciplinar a vida humana em toda a sua extensão (GROISMAN, 2002).

Observa-se, face à demanda por intervenções e um mercado emergente de pessoas idosas, iniciativas para demonstrar a possibilidade de envelhecimento apropriado e uma transição bem sucedida a essa fase da vida.

Segundo (DEBERT, 1992 & 1997), constata-se uma socialização da gerência da experiência de envelhecer por meio de uma imagem mais positiva, responsabilizando cada indivíduo por seu processo de envelhecimento, sugerindo que cada um faça de sua experiência um projeto, lançando mão aos recursos disponíveis desde as Universidades Abertas da Terceira Idade (UNATIs) e

programas de pré-aposentadoria até as tecnologias mais sofisticadas de “profilaxia” da senilidade baseadas em drogas e hormônios.

(TEIXEIRA, 2001) enfatiza que a socialização de conhecimentos sobre estratégias e práticas de promoção da saúde e qualidade de vida deverá subsidiar a formação de novos sujeitos das práticas de saúde, para além do Estado. Ao mesmo tempo, a revolução das comunicações favorece a conexão de grupos que compartilhem ideais, pratiquem modos de vida comuns e busquem soluções para problemas singulares.

Um dos caminhos viáveis a fim de agregar-se saúde, bem estar e qualidade de vida ao segmento idoso de nossa população é pela pesquisa científica, onde poder-se-á auferir profícuos resultados. Nessa direção a academia caminha tendo como norte, a produção de conhecimentos, concorrendo para promover a saúde e disponibilizar acesso a qualidade de vida à sociedade.

Conforme (CAMARGO & VERAS, 1995), a ação das universidades voltadas ao reconhecimento e melhor atendimento ao idoso aponta para além de resultados de pesquisas. Pretende-se simultaneamente concorrer para minimizar o isolamento dos idosos, estimulando a reflexão sobre valores antes impensados e dessa forma reconfigurar o estereótipo do envelhecer e o caráter das relações intergeracionais. (CAMARGO & VERAS, 1995), destacam ainda que o Estado, *ao inserir a intervenção junto aos idosos no universo acadêmico, pretende ampliar o escopo de tais práticas, pois seus objetivos extrapolam os limites imediatos do atendimento direto*. Ao mesmo tempo, tem como objetivo contribuir para reduzir a solidão e o isolamento dos idosos e reintegrá-los à sociedade, resgatando sua cidadania e sua participação na produção de novos valores, bem como atuar na redefinição das imagens da velhice e do envelhecimento, e das relações entre as gerações, aproximando-se, com esses objetivos, das propostas mais gerais dos centros de convivência;

A mais recente e complexa investida do Estado em relação à velhice - a aprovação da lei que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI)- tem como uma de suas principais características um maior reconhecimento da autonomia do idoso e de seu papel como sujeito social e político. Além disso, com essa política, os programas para a terceira idade se tornaram um modelo aceito e implementado pela ação estatal, consolidando-se como uma alternativa de política social. Tais medidas,

embora visem minimizar a problemática do idoso, não equacionaram as desigualdades vivenciadas pela terceira idade. Por meio de ligeiro retrospecto, suscita-se o passado, explicando substancialmente a existência do preconceito e da discriminação injustificável conferidas ao idoso.

Com a decadência da forma oral de transmissão de conhecimentos, e sua superação pela moderna comunicação de massa, os idosos teriam perdido sua condição de guardiões do saber, deixando de exercer a tarefa de transmitir conselhos aos mais jovens. Teria, com isso, se perdido o elo de ligação entre o passado e o presente. Nesse novo universo sem lembranças, as histórias dos idosos, assim como eles mesmos, não interessariam a mais ninguém (SECCO, 1992);

Segundo (BOFF, 2000), a evolução do capitalismo estereotipou e influenciou com império o mundo ocidental, configurando a sua maneira a nova ordem global e influenciando a condição do idoso no contexto da sociedade. A partir de 1970 deflagram-se uma série de crises regionais, com subsequente desestruturação da economia e uma profunda disparidade na distribuição da renda. Nas décadas de 1980 e 1990 o pensamento neoliberal segue vivaz, ignorando o enfrentamento das crises e ampliando a ênfase no consumo, na aceleração do espaço-tempo e na juventude. A sociedade industrial e de classes imprime transformações radicais em um curto espaço de tempo, pondo à margem e “descartando” tudo e todos que não se adaptem a tais modificações, sendo por essa razão os idosos deixados de lado.

O envelhecimento emerge então como sinônimo de incapacidade para o trabalho, significaria nas modernas sociedades, incapacidade e marginalização.

Alude-se a um paradigma pós-moderno que reconheceria as distinções de ordem sociocultural sem a necessidade de um rompimento com o conhecimento moderno, e sim sua superação, através do reconhecimento das diferenças, excluindo a ideia de hierarquia entre os desiguais, uma vez que é o respeito às diferenças o que nos faz iguais. Está em pauta um novo modelo, que possui como imperativos éticos a participação e a solidariedade, articulados à ciência e ao mundo da vida. Conforme (SERRANO, 2002), este novo paradigma encerraria um modelo de desenvolvimento que leva em conta: a) a saúde como eixo das políticas públicas; b) uma atitude de cuidado na relação com a natureza; c) o compromisso com a participação social de todos, compreendendo o *empowerment* e a construção dos

sujeitos-cidadãos; d) o resgate do lazer; e) o resgate do espiritual; f) a inserção da perspectiva da promoção da saúde como prioritária; e g) a integração das diferentes práticas culturais.

Valorização social e estratégias de (res)socialização surgiram como alternativas a essa condição marginal. Esta seria a origem e a razão de ser dos programas para a terceira idade (LIMA, 2001).

Assevera (OLIVEIRA, 2011) que o processo desordenado de desenvolvimento desencadeia grandes problemas de ordem social, atingindo substancialmente a estrutura política, econômica e social de um país repercutindo nas diferentes classes e grupos sociais. Em tal condição, insere-se a problemática do idoso em nosso país.

Segundo Butzke; Vieira (2006), no Brasil as experiências pioneiras de planejamento e desenvolvimento apareceram na fase do Estado Novo. Centralizadas para promover o crescimento econômico a curto e médio prazo, estas experiências, não levaram a uma distribuição mais justa de renda, nem mesmo à redução das desigualdades regionais e urbanas e a uma utilização ecologicamente sustentável dos recursos naturais. A economia alcançou o crescimento, mas os problemas sociais e ambientais acentuaram-se em intensidade e no grau de complexidade.

Segundo (ETGES, 2001), para promover o desenvolvimento regional no contexto contemporâneo é necessário voltar a atenção para a dimensão horizontal do processo, conhecer profundamente a região em questão, identificar suas potencialidades e edificar instrumentos de coesão social em torno de objetivos comuns relativos à população envolvida. Ademais, é necessário criar formas de representação da vontade da maioria, identificada pela participação de todos visando suscitar uma nova concepção de administração do território. Porém, sobretudo, é necessário estabelecer governos comprometidos, não com a dimensão vertical do processo, manifesta no célebre “leilão do território”, cuja expressão mais conhecida do país é a denominada “guerra fiscal”, e sim com a dimensão horizontal do processo, com olhar direcionado para o interior do território, identificando e fomentando as suas verdadeiras potencialidades e a partir daí projetá-lo para o exterior, para o contexto do mundo global.

Por desenvolvimento regional, concebe-se todo um processo de construção, baseado na potencialização de capacidades endógenas, ou segundo assevera (BOISIER, 1998), a partir da edificação de capital sinérgico, resultante da articulação de nove formas de capital, quase todos apresentando o caráter da intangibilidade, almejando promover o desenvolvimento regional. Segundo o referido autor essas formas de capital são: o capital econômico, o capital cognitivo, o capital simbólico, o capital cultural, o capital institucional, o capital psicossocial, o capital social, o capital cívico e o capital humano, sendo que a partir do capital sinérgico que tem a função de catalisador, dispõem-se dos elementos fundamentais para a elaboração de um projeto político de desenvolvimento a um território.

Conforme (BOISIER, 1998), o projeto político que, por natureza, origina-se da coletividade, preparado tendo por princípio um consenso (dentro das possibilidades) observa fundamentalmente uma proposta de desenvolvimento: num polo o projeto exclui a questão do desenvolvimento do território do terreno do azar (o que é a mesma coisa dizer que o desenvolvimento se produza no terreno da boa sorte), para remetê-lo ao terreno probabilístico (a cargo da sociedade) e, no outro polo, o projeto político possui a capacidade de transformar um conjunto passivo e desordenado, entrópico, de decisões individuais, em uma matriz decisional harmônica e compatível com o propósito desenvolvimentista.

A fim de ir ao encontro das necessidades e anseios da população o projeto político precisa contemplar sob todos os aspectos a sustentabilidade dos empreendimentos, sob pena de gerar tão somente crescimento econômico sem agregar o substrato e a razão da gestação política, ou seja, agregar qualidade de vida à população em todos os seus segmentos e classes sociais. O idoso inserido nesse contexto, particularmente aquele pertencente a Soledade, município da região Norte do Estado do Rio Grande do Sul, integrante do COREDE do Alto da Serra Do Botucaraí, configura-se objeto de estudo e motivou essa dissertação.

3 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SOLEDADE NO CONTEXTO DA REGIÃO ALTO DA SERRA DO BOTUCARAÍ

Este capítulo tem como objetivo abordar o panorama geral do município de Soledade, sendo organizado em três partes, contemplando aspectos referentes a região do COREDE Alto da Serra do Botucaraí, a saúde pública regional e abordagens relativas a problemática do idoso inserido nesse contexto.

3.1 A região do COREDE Alto da Serra do Botucaraí

O COREDE Alto da Serra do Botucaraí é composto por dezesseis municípios, sendo que Soledade, local elegido para a pesquisa, é o de maior expressividade populacional.

O Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE) Alto da Serra do Botucaraí possui uma população total de 103.979 habitantes em uma extensão territorial de 5.746,4 quilômetros quadrados, apresentando densidade demográfica aferida em 2010 de 18,1 habitantes por quilômetro quadrado e faz divisa com outros cinco COREDES que são o Vale do Rio Pardo, Alto do Jacuí, Produção, Vale do Taquari e Serra. No ano de 2010 a taxa de analfabetismo foi de 10,79% e o coeficiente de mortalidade infantil ficou em 21,04 por mil nascidos vivos.

A Tabela 2 apresenta dados populacionais dos municípios circunvizinhos à Soledade, destacando a sua evolução entre 2000 e 2010 (IBGE, 2000 e 2010).

Tabela 2: População urbana, rural e total dos municípios do Alto da Serra do Botucaraí

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO					
	2000			2010		
	urbana	rural	Total	Urbana	rural	Total
Soledade	23.356	6.371	29.727	24.032	6.012	30.044
Barros Cassal	3.247	8.100	11.347	3.531	7.602	11.133
Ibirapuitã	1.931	3.239	5.170	2.391	1.670	4.061
Fontoura Xavier	3.382	8.091	11.473	4.100	6.619	10.719
Mormaço	375	2.060	2.435	600	2.149	2.749
Espumoso	10.014	6.171	16.185	11.131	4.109	15.240

Victor Graeff	1.366	2.558	3.924	1.284	1.752	3.036
Alto Alegre	719	1.418	2.137	743	1.105	1.848
Campos Borges	2.031	1.754	3.785	2.006	1.488	3.494
Lagoão	1.188	4.910	6.098	1.655	4.530	6.185
São José do Herval	730	1.800	2.530	867	1.337	2.204
Gramado Xavier	382	3.284	3.666	529	3.441	3.970
Itapuca	445	2.246	2.691	558	1.786	2.344
Nicolau Vergueiro	491	1.321	1.812	636	1.085	1.721
Jacuizinho	-	-	-	562	1.945	2.507
Tio Hugo	-	-	-	1.164	1.560	2.724

Fonte: IBGE (2010).

Conforme os dados apresentados na Tabela 2, constata-se que a população total de Soledade aumentou nas décadas de 2000-2010 na ordem de 1% havendo decréscimo da população rural em 5,63% sendo que houve um crescimento da população urbana em 2,89%, incidindo o percentual da população acima de 60 anos (considerada idosa) em relação à população total no índice de 9,54 %. Como a população urbana é maior que a rural, considera-se que deve haver um maior contingente de idosos ali concentrado.

Nota-se que os municípios de Jacuizinho e Tio Hugo não tiveram registros referentes às suas populações no senso do ano de 2000, porque ainda não existiam legalmente como municípios.

No Quadro 1 apresenta-se dados sobre a população urbana, rural e total dos municípios do COREDE Alto da Serra do Botucaráí.

Quadro 1: Aspectos Demográficos e Populacionais do COREDE Alto da Serra do Botucaraí

	2001			2006			2010		
	urbana	Rural	total	urbana	rural	total	Urbana	rural	Total
Soledade	23433	6365	29798	23654	6288	29942	24032	6012	30044
Espumoso	10116	5101	15217	10576	4473	15049	11131	4109	15240
Barros Cassal	3296	8083	11379	3521	7934	11455	3531	7602	11133
Fontoura Xavier	3461	7992	11453	3789	7388	11177	4100	6619	10719
Victor Graeff	1153	2109	3262	1242	1870	3112	1284	1752	3036
Alto Alegre	718	1379	2097	726	1226	1952	743	1105	1848
Ibirapuitã	1987	2256	4243	2203	2012	4215	2391	1670	4061
Campos Borges	2028	1747	3775	1954	1658	3612	2006	1488	3494
Lagoão	1185	4960	6145	1164	5186	6350	1655	4530	6185
São José do Herval	762	1732	2494	907	1597	2504	867	1337	2204
Gramado Xavier	387	3313	3700	413	3467	3880	529	3441	3970
Itapuca	455	2205	2660	501	2000	2501	558	1786	2344
Mormaço	387	2062	2449	457	2102	2559	600	2149	2749
Nicolau Vergueiro	509	1299	1808	592	1177	1769	636	1085	1721
Jacuizinho	484	1919	2403	571	2017	2588	562	1945	2507
Tio Hugo	335	2117	2452	887	1672	2559	1164	1560	2724
Total	105335			105224			103979		

Fonte: FEE, 2012.

Observa-se no Quadro 2 que a população rural de Soledade em 2001 era de 6365 pessoas, ou seja 21,36% da população total; já em 2010 a população rural era de 6012 ou seja 20,01% da população total.

Em Fontoura Xavier a população rural em 2001 era de 7992 pessoas, ou seja 69,78% da população total; já em 2010 a população rural decaiu para o patamar de 6619 pessoas ou seja 61,75% da população total.

Em Espumoso a população rural em 2001 era de 5101 pessoas, ou seja 33,52% da população total; já em 2010 a população rural reduziu para 4109 pessoas ou seja 26,96% da população total.

Divergindo desta tendência geral de evasão demográfica da zona rural, encontra-se o município de Gramado Xavier, cuja população rural em 2001 era de 3313 pessoas, ou seja 89,54% da população total; já em 2010 a população rural elevou-se para a casa de 3441 pessoas ou seja 86,67% da população total, embora a população total da zona urbana tenha aumentado em 2,87%.

Quadro 2: Participação Relativa do PIB Municipal na Região (%)

MUNICÍPIO	2002	2003	2004	2005	2006
Soledade	24,85	23,86	26,90	29,86	26,25
Espumoso	18,03	19,83	18,81	17,17	18,14
Barros Cassal	8,38	8,22	8,99	9,29	9,07
Fontoura Xavier	7,01	5,97	6,43	8,61	7,81
Victor Graeff	6,63	7,39	6,50	5,00	6,06
Alto Alegre	6,63	2,57	1,94	1,78	2,12
Ibirapuitã	3,61	4,12	3,52	3,02	3,68
Campos Borges	3,39	3,67	3,17	2,87	2,95
Lagoão	3,06	3,14	3,54	4,26	4,37
São José do Herval	1,61	1,52	1,61	2,03	1,87
Gramado Xavier	2,79	2,97	3,43	3,64	3,71
Itapuca	2,05	2,04	2,20	2,39	2,36
Mormaço	2,82	3,56	3,17	2,61	2,62
Nicolau Vergueiro	3,39	3,56	3,25	2,30	2,94
Jacuizinho	2,39	3,56	2,82	1,87	2,99
Tio Hugo	3,36	4,02	3,72	3,29	3,62

Fonte: FEE, 2012.

Analisando os municípios da região sobressaíram-se Soledade em 26%, Espumoso 18%, Barros Cassal 9% e Fontoura Xavier 8% com maior participação, o restante dos municípios da região do Alto da Serra do Botucaraí ficaram com uma representatividade abaixo de 6%, no ano de 2006.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), importante indicador para aferir o tríptico aspecto (educação, renda e saúde) da população está presente no quadro abaixo expressando a situação do COREDE Alto da Serra do Botucaraí.

Quadro 3: Índice de desenvolvimento humano da Região Alto da Serra do Botucaraí – IDH

ANO	1991	2000	CRESCIMENTO (%)
Soledade	0,649	0,706	8,78
Espumoso	0,669	0,704	5,23
Barros Cassal	0,559	0,617	10,38
Fontoura Xavier	0,529	0,616	16,45
Victor Graeff	0,626	0,734	17,25
Alto Alegre	0,608	0,696	14,47
Ibirapuitã	0,569	0,615	8,08
Campos Borges	0,569	0,669	17,57
Lagoão	0,497	0,561	12,88
São José do Herval	0,566	0,627	10,78
Gramado Xavier	0,584	0,708	21,23
Itapuca	0,581	0,639	9,98
Mormaço	0,549	0,653	18,94
Nicolau Vergueiro	0,605	0,683	12,89
Jacuizinho	NC	NC	NC
Tio Hugo	NC	NC	NC

Fonte: FAMURS, 2012.

O Quadro 3 explicita o crescimento do Índice de Desenvolvimento Humano entre 1991 a 2000, municípios do Conselho de Desenvolvimento do Alto da Serra do Botucaraí (CONDASB), CONDASB/BOTUCARAÍ que fica em média 13,09%. Os quatro municípios com melhores índices são Gramado Xavier (21,23%), Mormaço (18,94%), Campos Borges (17,57%) e Victor Graeff (17,25%). Não há dados referentes ao município de Jacuizinho e Tio Hugo porque estes ainda não haviam se emancipado quando da realização do Censo.

3.1.1 Educação

Borges (2010, p. 90) destaca alguns desafios importantes para educação na região Alto da Serra do Botucaraí: o apoio às famílias para a melhoria da educação, voltada para as especificidades regionais como educar, evitando a evasão dos jovens da área rural, primando por sua qualificação técnica, formação social e cidadãs; ampliação do número de escolas operando em período integral; aumento de espaços pedagógicos nas escolas municipais; fomento à criação de cursos, tendo como objetivo capacitar professores; inserção de cursos profissionalizantes e necessidades de escolas técnicas.

A região apresenta duas universidades em caráter presencial, uma em Soledade, outra em Tio Hugo, contando também com os cursos no sistema EAD (Educação à Distância), havendo a possibilidade, graças a mobilização do Corede Alto da Serra do Botucaraí, através da instalação de cursos de ensino superior e técnico na região.

Quadro 4: Total de matrículas escolares do Corede Botucaraí-2008

MUNICÍPIOS	EDUCAÇÃO INFANTIL				ENSINO FUNDAMENTAL				ENSINO MÉDIO			
	EST.	MUN.	PART.	TOTAL	EST.	MUN.	PART.	TOTAL	EST.	MUN.	PART.	TOTAL
Soledade	125	323	111	559	3069	1573	145	4787	1144	-	54	1198
Espumoso	44	212	46	302	1214	926	78	2218	633	-	12	645
Barros Cassal	32	111	-	143	612	1391	-	2003	376	-	-	376
Fontoura Xavier	26	109	-	135	611	1333	-	1944	425	-	-	425
Victor Graeff	-	38	-	38	139	243	-	382	125	-	-	125
Alto Alegre	-	38	-	38	127	88	-	215	81	-	-	81
Ibirapuitã	-	70	-	70	274	416	-	690	170	-	-	170
Campos Borges	-	55	-	55	225	301	-	526	161	-	-	161
Lagoão	-	71	-	71	321	894	-	1215	210	-	-	210
São José do Herval	-	59	-	59	211	226	-	437	76	-	-	76
Gramado Xavier	-	19	-	19	283	479	-	762	112	-	-	112
Itapuca	-	27	-	27	184	213	-	397	101	-	-	101
Mormaço	-	68	-	68	109	294	-	403	110	-	-	110
Nicolau Vergueiro	-	52	-	52	198	33	-	231	60	-	-	60
Jacuzinho	-	32	-	32	202	225	-	427	112	-	-	112
Tio Hugo	-	38	-	38	370	-	-	370	116	-	-	116
CONDASB	227	1322	157	1706	8149	8635	223	17007	4012	-	66	4078

Fonte: IBGE, 2012.

Observando-se os dados apresentados no Quadro 5, verifica-se que na educação infantil 77,49% das matrículas são pertencentes à rede estadual, 13,31% à rede municipal e 9,20% à rede particular. Com relação ao ensino médio, 93,38% das matrículas pertencem à rede estadual e 1,62% à rede municipal. Ao verificar estes dados constata-se que há um grande predomínio da rede estadual de ensino, evidenciando a carência de recursos no âmbito municipal.

No que diz respeito ao número de professores da educação infantil, fundamental e médio, os índices são os seguintes: Na educação infantil, o percentual de docentes estaduais é de apenas 8,21%, enquanto que os docentes municipais constituem 79,85% e os particulares (11,94%). No ensino fundamental, há 39,38% de docentes estaduais, professores municipais (58,26%) e particulares (2,36%). No ensino médio 94,15% são de docentes estaduais e 5,85% municipais.

Quadro 5: Total de docentes das escolas do Corede Botucaraí-2008

MUNICÍPIOS	ENSINO INFANTIL				ENSINO FUNDAMENTAL				ENSINO MÉDIO			
	EST.	MUN.	PART.	TOTAL	EST.	MUN.	PART.	TOTAL	EST.	MUN.	PART.	TOTAL
Soledade	6	23	13	42	214	150	18	382	105	-	15	120
Espumoso	2	22	3	27	95	106	17	218	67	-	9	76
Barros Cassal	2	7	-	9	44	111	-	155	31	-	-	31
Fontoura Xavier	1	11	-	12	34	129	-	163	32	-	-	32
Victor Graeff	-	5	-	5	15	30	-	45	12	-	-	12
Alto Alegre	-	2	-	2	19	12	-	31	16	-	-	16
Ibirapuitã	-	2	-	2	21	42	-	63	16	-	-	16
Campos Borges	-	6	-	6	26	23	-	49	14	-	-	14
Lagoão	-	5	-	5	21	83	-	104	14	-	-	14
São José do Herval	-	5	-	5	14	13	-	27	11	-	-	11
Gramado Xavier	-	2	-	2	18	44	-	62	13	-	-	13
Itapuca	-	2	-	2	19	22	-	41	10	-	-	10
Mormaço	-	5	-	5	15	29	-	44	15	-	-	15
Nicolau Vergueiro	-	3	-	3	12	6	-	18	7	-	-	7
Jacuizinho	-	4	-	4	17	26	-	43	14	-	-	14
Tio Hugo	-	3	-	3	-	38	-	38	9	-	-	9
TOTAL CONDASB	11	107	16	134	584	864	35	1483	386	-	24	410

Fonte: FEE, 2012.

Com relação aos estabelecimentos escolares do COREDE Botucaraí, as instituições em 2010 estão distribuídas da seguinte maneira nos âmbitos estadual (EST), municipal (MUN), particular (PART):

Quadro 6: Total de estabelecimentos escolares do Corede Botucaraí - 2010

MUNICIPIOS	ENSINO INFANTIL				ENSINO FUNDAMENTAL				ENSINO MEDIO			
	EST	MUN	PART	TOTAL	EST	MUN	PART	TOTAL	EST	MUN	PART	TOTAL
ALTO ALEGRE	-	2	-	2	1	2	-	3	1	-	-	1
BARROS CASSAL	1	7	-	8	3	23	-	26	1	-	-	1
CAMPOS BORGES	-	2	-	2	1	1	-	2	1	-	-	1
ESPUMOSO	1	12	3	16	5	7	1	13	4	-	1	5
FONTOURA XAVIER	1	11	-	12	2	19	-	21	3	-	-	3
GRAMADO XAVIER	-	7	-	7	1	17	-	18	1	-	-	1
IBIRAPUITÃ	-	4	-	4	1	4	-	5	1	-	-	1
ITAPUCA	-	1	-	1	2	6	-	8	1	-	-	1
JACUIZINHO	-	2	-	2	1	6	-	7	1	-	-	1
LAGOÃO	-	5	-	5	1	17	-	18	1	-	-	1
MORMAÇO	-	6	-	6	1	2	-	3	1	-	-	1
NICOLAU VERGUEIRO	-	1	-	1	1	3	-	4	1	-	-	1
SÃO JOSÉ DO HERVAL	-	1	-	1	1	2	-	3	1	-	-	1
SOLEDADE	5	17	2	24	12	14	1	27	6	-	2	8
TIO HUGO	-	3	-	3	-	5	-	5	1	-	-	1
VICTOR GRAEFF	-	2	-	2	1	2	-	3	1	-	-	1
TOTAL CONDASB	8	83	5	96	34	130	2	166	26	-	3	29

Fonte: FEE, 2012.

Observa-se no quadro acima que 86,45% dos estabelecimentos escolares da educação infantil concentram-se na rede municipal, o mesmo ocorrendo com 78,31% das instituições escolares do ensino fundamental. Entretanto, no ensino médio 89,65% de seus estabelecimentos escolares encontram-se em âmbito estadual.

Quadro 7: Total de docentes das escolas do Corede Botucaraí- 2010

MUNICÍPIOS	ENSINO INFANTIL				ENSINO FUNDAMENTAL				ENSINO MÉDIO			
	EST	MUN	PART	TOTAL	EST	MUN	PART	TOTAL	EST	MUN	PART	TOTAL
ALTO ALEGRE	-	3	-	3	14	10	-	24	14	-	-	14
BARROS CASSAL	2	20	-	22	36	61	-	97	28	-	-	28
CAMPOS BORGES	-	7	-	7	26	20	-	46	17	-	-	17
ESPUMOSO	1	48	6	55	88	79	13	180	57	-	9	66
FONTOURA XAVIER	1	14	-	15	34	84	-	118	45	-	-	45
GRAMADO XAVIER	-	3	-	3	21	19	-	40	15	-	-	15
IBIRAPUITÁ	-	7	-	7	19	28	-	47	13	-	-	13
ITAPUCA	-	2	-	2	13	15	-	28	10	-	-	10
JACUIZINHO	-	3	-	3	12	24	-	36	14	-	-	14
LAGOÃO	-	5	-	5	20	42	-	62	15	-	-	15
MORMAÇO	-	7	-	7	16	20	-	36	14	-	-	14
NICOLAU VERGUEIRO	-	3	-	3	10	4	-	14	8	-	-	8
SÃO JOSÉ DO HERVAL	-	3	-	3	15	15	-	30	12	-	-	12
SOLEDADE	5	54	8	67	174	80	21	275	122	-	22	144
TIO HUGO	-	5	-	5	-	25	-	25	11	-	-	11
VICTOR GRAEFF	-	16	-	16	12	20	-	32	10	-	-	10
TOTAL CONDASB	9	200	14	223	510	546	34	1090	405	0	31	436

Fonte: FEE, 2012.

Analisando os dados apresentados no quadro 7, verifica-se que 62,32% dos docentes situam-se no ensino fundamental, sendo que 24,92% no ensino médio e 12,75% na educação infantil.

Quadro 8: Total de matrículas escolares do Corede Botucaraí - 2010

MUNICÍPIOS	ENSINO INFANTIL				ENSINO FUNDAMENTAL				ENSINO MÉDIO			
	EST	MUN	PART	TOTAL	EST	MUN	PART	TOTAL	EST	MUN	PART	TOTAL
ALTO ALEGRE	-	50	-	50	130	91	-	221	67	-	-	67
BARROS CASSAL	41	227	-	268	639	1307	-	1946	440	-	-	440
CAMPOS BORGES	-	129	-	129	233	257	-	490	159	-	-	159
ESPUMOSO	25	582	46	653	1172	772	72	2016	659	-	11	670
FONTOURA XAVIER	23	148	-	171	602	1148	-	1750	567	-	-	567
GRAMADO XAVIER	-	64	-	64	233	466	-	699	169	-	-	169
IBIRAPUITÁ	-	86	-	86	204	470	-	674	184	-	-	184
ITAPUCA	-	31	-	31	131	231	-	362	105	-	-	105
JACUIZINHO	-	39	-	39	83	297	-	380	132	-	-	132
LAGOÃO	-	75	-	75	262	835	-	1117	245	-	-	245
MORMAÇO	-	119	-	119	135	283	-	418	102	-	-	102
NICOLAU VERGUEIRO	-	55	-	55	180	32	-	212	57	-	-	57
SÃO JOSÉ DO HERVAL	-	66	-	66	158	281	-	439	101	-	-	101
SOLEDADE	91	695	51	837	2869	1463	135	4467	1325	-	76	1401
TIO HUGO	-	46	-	46	-	351	-	351	107	-	-	107
VICTOR GRAEFF	-	125	-	125	119	231	-	350	127	-	-	127
TOTAL CONDASB	180	2537	97	2814	7170	8515	207	15892	4546	0	87	4633

Fonte: FEE, 2012.

Observando-se os dados apresentados no quadro 9, percebe-se que o nível municipal abrange um maior registro de matrículas na educação infantil e fundamental com 90,15% e 53,58% respectivamente, sendo que o nível estadual somente transcende estes patamares, chegando a casa dos 98,12% nas matrículas registradas no ensino médio

Quadro 9: Registro de Matrículas do EJA

MUNICÍPIOS	Taxa (%) de ANALFABETISMO DE PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS		REGISTRO DE MATRÍCULAS DE IDOSOS NO EJA		REGISTRO DOS DEMAIS ALUNOS NO EJA / SOLEDADE	
	2000	2010	2011	2012	2011	2012
Soledade	11,73	8,90	-	2	481	447
Espumoso	11,27	7,41	1	-	46	23
Barros Cassal	19,03	15,14	-	1	-	-
Fontoura Xavier	20,79	16,97	1	-	82	88
Victor Graeff	3,53	2,90	-	1	-	-
Alto Alegre	8,13	7,26	-	-	33	70
Ibirapuitã	16,44	9,99	-	2	-	-
Campos Borges	12,69	9,59	-	-	-	-
Lagoão	23,27	20,11	-	-	-	-
São José do Herval	24,32	16,31	-	-	-	-
Gramado Xavier	14,31	9,91	-	-	-	-
Itapuca	15,69	9,13	-	-	-	-
Mormaço	13,85	10,22	-	-	-	-
Nicolau Vergueiro	7,75	5,66	-	-	-	-
Jacuizinho	-	11,73	-	-	-	-
Tio Hugo	-	6,33	-	-	-	-
Região Condasb	14,48	10,79	-	-	-	-

Fonte: FEE, 2012 e 25ª CRE.

Analisando o Quadro 9 observa-se que Victor Graeff (3,53%), Nicolau Vergueiro com 7,75% e Alto Alegre 8,13%, apresentaram aumento do IDH e redução do PIB e também do analfabetismo. Os demais municípios transcendem o patamar de 10% de analfabetos, dificultando o acesso a informações e a serviços importantes, como (acesso a internet, contas bancárias, reconhecimento de valores monetários, distinção de itinerários de transportes coletivos, administração correta de medicamentos entre outros). Em Soledade constata-se a inexistência de serviço de educação/alfabetização para a terceira idade e o índice de matrículas de indivíduos acima de 60 anos no EJA (educação para jovens e adultos) é baixíssimo como evidencia o quadro acima.

3.2 Saúde pública na região e em Soledade

Em Soledade, no Alto da Serra do Botucaraí, como em muitos lugares onde a pujança e o desenvolvimento ainda não desabrocharam plenamente, onde a prioridade administrativa está voltada a ações que visam melhorar a infraestrutura como saneamento básico e recuperação das vias públicas, não vislumbra-se, senão timidamente e de forma embrionária, uma política pública capaz de contemplar as verdadeiras carências da parcela idosa da população.

Segundo Sérgio Antônio Pilatti, Secretário Municipal da Saúde no município de Soledade, as ações convergem para o bem estar da população por meio de implementação de medidas, sobretudo de caráter preventivo, de manutenção e promoção da saúde pública. Nesse sentido foram desenvolvidos alguns projetos que atendem, mesmo indiretamente, à comunidade de idosos da região.

Um destes projetos é o PRÓ-COMUNIDADE, criado para levar aos Bairros uma efetiva melhoria na área da saúde, no que diz respeito a prevenção, com exames de visão, HGT (nível de glicemia), verificação de pressão arterial, exames preventivos, palestras preventivas, entre outros.

Foi oportunizado ao médico, por meio do projeto VIVA O BEBE, por ocasião do pré-natal, solicitar exames às gestantes sem que a mesma necessite aguardar na lista de espera do Sistema Único de Saúde, sendo possível, no mínimo, uma ultrassonografia para acompanhamento da gestação. Outro projeto existente é o PRÓ-COMUNIDADE URBANO E RURAL, que visa atender a mulher priorizando as ações preventivas com relação ao câncer do colo uterino e de mamas, estendido tanto aos bairros como ao interior.

O projeto VENHA CAMINHAR COM A SAÚDE tem como objetivo incentivar a população à prática da caminhada segura no calçadão do Município, sendo monitorado, por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ainda, relativamente aos projetos desenvolvidos pela Secretaria Municipal da Saúde, criou-se o OLHAR SOLEDADE realizado em parceria com o Lions Club Soledade, visando a distribuição de óculos à população desprovida de recursos financeiros. A PNH - POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO objetiva a humanização através da valorização dos diferentes sujeitos - usuários, trabalhadores e gestores, implicados no processo de produção de saúde.

O projeto AMIGO DOADOR SOLIDÁRIO foi desenvolvido para incentivar os doadores de sangue, com dias marcados para a doação, na Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com o Rotary Clube e a Igreja Adventista do Sétimo Dia. A Secretaria Municipal da Saúde implementou, também, o projeto SOLEDADE SEM DENGUE, cuja finalidade é oferecer instruções e material educativo à população das formas de combate à dengue. Com esse intento procura-se conscientizar a população quanto aos perigos causados pelo depósito de água em pneus e a necessidade do recolhimento dos mesmos e demais vasilhames que venham a apresentar o risco de possibilidade para a proliferação do mosquito causador da referida doença.

O projeto AGENTE MIRIM tem em vista a necessidade de criação de uma ação preventiva em saúde pública envolvendo o cidadão, capacitando-o a interagir com o meio em que está inserido. Visa habilitar jovens estudantes para atuação junto aos Agentes Municipais de Vigilância em Saúde Pública. A saúde mental é objeto de preocupação, sendo criado para atender esse objetivo o projeto GRUPOS TERAPÊUTICOS DE SAÚDE MENTAL que busca alcançar, na medida do possível, as demandas terapêuticas de saúde mental dos usuários do Sistema, com ênfase aos egressos de internações psiquiátricas, dependentes químicos, sofrimento psíquico intenso e deficientes visuais.

O projeto GRUPOS DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS tem por fim cadastrar, prevenir e orientar os usuários do Sistema, portadores das referidas moléstias, bem como o projeto GRUPO DE GESTANTES, e visa igualmente cadastrar, orientar e acompanhar as gestações em todas as suas particularidades, contribuindo para elevar a qualidade de vida da população.

A saúde pública na região e em Soledade especificamente, ainda apresenta-se insuficiente face à demanda atual. Está em vias de estruturar-se, buscando por meio de mobilização do poder público municipal e da comunidade em geral, auferir recursos imprescindíveis à nova realidade almejada. Com essa finalidade, foram estabelecidas algumas diretrizes, traçadas pelo Plano Estratégico de Desenvolvimento do Alto da Serra do Botucaraí (COREDE-ASB, 2010) como a construção de leitos e Postos de Saúde, primando pelo fortalecimento dos hospitais já existentes, agregando a instalação de equipamentos de maior complexidade de

diagnóstico, bem como beneficiar com leitos e infraestrutura os hospitais nas cidades polos com o fito de suprir as carências da região.

Busca-se também a qualificação dos recursos materiais e humanos, a fim de elevar o nível dos serviços prestados na área da saúde em geral e prima-se pela expansão do Programa Estratégia da Saúde na Família-ESF, visando alcançar 80% da população com atendimento básico da família, aumentando o número de grupos de saúde familiar.

O setor habitacional também é objeto de atenção, tendo-se por meta a edificação e a recuperação dos domicílios, dotando-os com unidades sanitárias, água potável via rede pública, no meio urbano e rural, buscando alcançar a totalidade das moradias, com o objetivo de eliminar as sub-habitações.

Apresenta-se por metas a captação, armazenamento e distribuição das águas pluviais a fim de que nos períodos de estiagem seja amenizada a carência da população, por meio do abastecimento e irrigação. Para tanto, servir-se-á de cacimbas e açudes, que muito auxiliarão em época de seca.

Segundo (BORGES, 2010), o tratamento e destino de resíduos domiciliares será considerado, buscando totalizar o atendimento urbano, através de rede de coleta de esgotos e de resíduos sólidos, almejando alcançar em 2015 tratar 80% do esgoto de origem cloacal e dotar a região de uma central única de resíduos sólidos.

No que tange aos serviços públicos de saúde, o COREDE Alto da Serra do Botucaraí, mais especificamente o município de Soledade como sendo seu principal representante, expressa condições para o atendimento de casos de baixa a média complexidade, não ocorrendo o mesmo com relação aos casos de média a alta complexidade devido à insuficiência da infraestrutura, sendo necessário o deslocamento para centros mais bem estruturados.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) define o conceito de média e alta complexidade em saúde, em seu *site* na internet (<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>), da seguinte maneira: os procedimentos que integram o grupo de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) constituem-se aqueles realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédico, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico,

Campos Borges	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Lagoão	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
São José do Herval	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-
Gramado Xavier	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-
Itapuca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mormaço	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nicolau Vergueiro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jacuizinho	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-
Tio Hugo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Corede Botucaraí	10	10	10	10	10	10	10	10	10	7	6

Fonte: FEE, 2012.

Analisando-se os dados expostos no quadro 10 tendo-se por base o período de 2000 a 2010, verifica-se uma constante no registro dos estabelecimentos hospitalares, uma unidade por município, exceto os municípios de Alto Alegre, Ibirapuitã, Itapuca, Mormaço e Nicolau Vergueiro, que não apresentaram nenhum registro desta espécie de estabelecimento e os casos diferenciados de Barros Cassal, Gramado Xavier e São José do Herval que tiveram seus hospitais desativados no último biênio. Ademais, nota-se que os municípios de Alto Alegre, Mormaço e Nicolau Vergueiro tiveram aumento do IDH, mesmo não possuindo hospital.

Quadro 11: Número de leitos hospitalares no Corede Botucaraí

MUNICÍPIOS	2000	2006	2007	2008	2009	2010
Soledade	130	212	230	119	119	141
Espumoso	97	96	96	98	91	91
Barros Cassal	51	51	51	46	46	-
Fontoura Xavier	31	28	30	30	30	30
Vitor Graeff	21	19	19	-	19	19
Alto Alegre	-	-	-	-	-	-
Ibirapuitã	-	-	-	-	-	-
CamposBorges	22	22	22	20	20	20
Lagoão	88	29	38	38	38	14
São José do Herval	18	21	21	-	-	-
Gramado Xavier	21	19	19	-	-	-
Itapuca	-	-	-	-	-	-
Mormaço	-	-	-	-	-	-
Nicolau Vergueiro	-	-	-	-	-	-
Jacuzinho	21	19	19	-	-	-
Tio Hugo	-	-	-	-	-	-
Total Corede Botucaraí	500	516	545	351	363	315
ESTADO RS	31155	-	32602	-	-	-

Fonte: FEE, 2012.

Verifica-se ao analisar o quadro 11, que na região do CONDASB/BOTUCARAÍ (Conselho de Desenvolvimento do Alto da Serra do Botucaraí), no período de 2000 a 2007, houve um aumento de leitos nos hospitais no patamar de 9,0%, superior ao crescimento do estado que foi de 4,64%.

Dentre os municípios que despontaram em acréscimo do número de leitos foram Soledade com 76,92% e São José do Herval com 16,67%. Todos os demais municípios, que possuem hospitais, tiveram redução no número de leitos, sobretudo Lagoão em primeiro lugar com -56,82%. Na sequência, apresenta-se a relação de óbitos e a taxa de mortalidade referentes aos anos de 2009 e 2010.

Quadro 12 - Número de óbitos e taxa de mortalidade (2009/2010)

MUNICÍPIOS	ÓBITOS / ANO		TX DE MORTALIDADE / ANO	
	2009	2010	2009	2010
Espumoso	-	2	-	0,24
Fontoura Xavier	6	7	1,26	1,63
São José do Herval	5	1	3,91	0,76
Soledade	88	107	3,35	4,15
Victor Graeff	8	2	7,48	4,17
Estado do RS	76487	76585	4,47	4,59

Fonte: FEE, 2012.

Conforme os dados apresentados no quadro 12 verifica-se, tendo por base os anos de 2009 e 2010, que o município com o menor número de óbitos do Corede Alto da Serra do Botucaraí é São José do Herval, seguido de Espumoso. Em contrapartida, o município com o número mais expressivo de óbitos do referido COREDE é Victor Graeff. Segundo os dados expostos no quadro 13, fazendo-se uma média do número de óbitos do COREDE Botucaraí nos anos de 2009 e 2010 chega-se a 113, ou seja 0,14% da média referente a estes dois anos do Estado do Rio Grande do Sul que é de 76536.

Tendo-se por base os dados apresentados no quadro 13, fazendo-se uma média da taxa de mortalidade dos municípios acima relacionados, ano base 2010, chegaremos aos 2,19%, índice significativamente menor que a taxa de mortalidade do Estado do Rio Grande do Sul relativa a 2010 que é de 4,59%, não obstante o COREDE expressar substanciais carências no setor da saúde.

3.3 A condição do idoso no município de Soledade

A maioria dos indivíduos idosos do município de Soledade são oriundos da zona rural e, via de regra analfabetos ou alfabetizados funcionais, sendo que 95% possuem moradia própria, tem o benefício da aposentadoria ou recebem BPC (benefício de prestação continuada). Em Soledade cerca de 600 idosos estão inseridos em grupos de convivência, recebendo atenção especial da rede social do município. A seguir, a tabela 3, em que busca-se apresentar as diferenças referentes

ao número de idosos distribuídos nos municípios da região Alto da Serra do Botucaraí.

Tabela 3: População (homens, mulheres e total) com idade acima dos 60 anos nos municípios do Alto da Serra do Botucaraí

MUNICÍPIOS	HOMENS	%	MULHERES	%	TOTAL
Soledade	1832	44,62%	2273	55,37%	4105
Barros Cassal	718	49,93%	720	50,06%	1438
Ibirapuitã	718	49,93%	720	50,06%	1438
Fontoura Xavier	713	50,42%	701	49,57%	1414
Mormaço	229	49,14%	237	50,85%	466
Espumoso	1072	45,50%	1284	54,49%	2356
Vitor Graeff	244	44,12%	309	55,87%	553
Alto Alegre	163	47,10%	183	52,89%	346
Campos Borges	314	50,97%	302	49,02%	616
Lagoão	411	49,81%	414	50,18%	825
São José do Herval	162	59,31%	160	49,68%	322
Gramado Xavier	196	49,49%	200	50,50%	396
Itapuca	177	51,30%	168	48,69%	345
Nicolau Vergueiro	136	45,03%	166	54,96%	302
Jacuzinho	185	50,54%	181	49,45%	366
Tio Hugo	186	47,44%	206	52,55%	392
TOTAL	7456	47,55%	8224	52,44%	15680

Fonte: IBGE, 2010.

Na tabela 3, verifica-se que Soledade tem grande concentração dos idosos desta região, 26,17 % do total da população idosa do Corede Alto da Serra do Botucaraí, sendo que há uma predominância do número de mulheres 55,37 % em relação ao total de idosos do município mencionado. Este predomínio das mulheres com esta faixa etária ocorre em quase todos os municípios, com exceção de Ibirapuitã, onde a diferença praticamente é insignificante, apenas 0,13 % favorável ao sexo feminino. Deve-se considerar também que, sendo Soledade um município de destaque em relação aos demais municípios do Alto da Serra do Botucaraí, há ali a necessidade de concentração de alguns serviços de saúde pública para atender a população regional com idade acima de 60 anos.

Segundo Sérgio Antônio Pilatti, Secretário Municipal da Saúde de Soledade, a saúde pública no município em uma escala de zero a dez encontra-se no patamar “7”, considerada por ele satisfatória. Enfatiza Pilatti, que a Prefeitura Municipal de Soledade investe 20% do orçamento municipal na área da saúde contra apenas 6% do orçamento investido em nível estadual pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

De acordo com Pilatti, no município de Soledade o idoso encontra assistência compatível com suas necessidades por meio de projetos desenvolvidos pelo PROMUATI (Programa Municipal de Atendimento ao Idoso) que visa contemplar aspectos múltiplos indo ao encontro das carências fundamentais, elevando o padrão de vida desta faixa etária da população soledadense. Este fato deu-se devido ao acesso a informações básicas relativas à nutrição e saúde e ao engajamento às atividades sociais como o lazer orientado, observando-se também uma redução significativa no número de internações hospitalares dos idosos.

Em Soledade, as atividades relativas à terceira idade são fundamentalmente promovidas e administradas pelo PROMUATI, provido em suas necessidades pela Prefeitura do Município.

No próximo capítulo serão apresentados os resultados referentes ao estudo de caso.

4 AS INICIATIVAS DE INCLUSÃO DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE SOLEDADE

A inclusão do idoso em uma sociedade extremamente competitiva e desigual, onde frequentemente o trabalhador atuante é destituído de sua função sumária e injustificadamente, não é tarefa simples. Observa-se com facilidade a carência educativa e cultural, a incivilidade, a indiferença e o egoísmo norteando as pessoas e insensibilizando mesmo as autoridades. Nesse contexto, inserir as diferenças, inserir uma classe considerada por muitos improdutiva, representa entrar em choque contra interesses particulares, despreocupados com o bem comum e com o benefício que pode ser agregado aos idosos. A fim de minimizar esse quadro, buscando oferecer melhores condições e elevar a qualidade de vida dos idosos de Soledade foi criado o PROMUATI. As iniciativas municipais de inclusão do idoso em Soledade estão consubstanciadas na constituição do PROMUATI.

Este capítulo apresenta alguns resultados de pesquisa realizada junto aos três principais grupos de terceira idade em Soledade, coordenados pelo PROMUATI e localizados em áreas urbanas: Vida Nova, Vida Bela e Sol Nascente. Para tanto foi desenvolvido um trabalho de campo, com realização de entrevistas tanto com profissionais como com integrantes destes grupos de terceira idade. O capítulo se estrutura da seguinte forma: na primeira parte é apresentada uma síntese sobre a criação e a experiência desta instituição; na segunda parte o detalhamento da dinâmica impressa no PROMUATI, planejamento, projetos, o funcionamento dos grupos de terceira idade, a opinião crítica dos idosos envolvidos no programa, análise dos idosos referente aos serviços de saúde pública em Soledade e as reuniões de terceira idade sob a ótica do idoso.

4.1 A criação e desenvolvimento da experiência do PROMUATI

O Programa Municipal de Atendimento ao Idoso contempla campos distintos no contexto da terceira idade, agregando qualidade de vida e cultura por meio de uma política preventiva através de prestação de serviços, atividades variadas de orientação, instrução, entretenimento e na área da saúde, combatendo o sedentarismo, o isolamento e enfermidades psicossomáticas. Tem disponibilizado por meio de excursões e encontros com outros grupos de terceira idade um intercâmbio

interessante, enriquecendo a bagagem cultural pela permuta de experiências e conhecimentos; tem contribuído para elevar o moral, tornando o idoso um elemento mais dinâmico, ativo e independente, pois em paralelo ao trabalho de integração às gerações mais jovens, existe a preocupação vigente no sentido de torná-lo um indivíduo crítico, cômico, sabedor da cidadania e de suas implicações, desenvolvendo dessa forma também sua autonomia, reinserindo-o dignamente na sociedade.

O acesso aos recursos do Instituto Nacional Ouvidoria do Idoso (SAC) e do Programa de Proteção Social Básica do Idoso (PSBI), favorecendo a prática educativa e rentável é medida útil e ao mesmo tempo medida utilitária, pois administrando seus próprios haveres o idoso sente-se valorizado e capaz, contribuindo para a reedificação da autoestima, não raro abalada. Ações profiláticas, buscando a aquisição e preservação da saúde integralmente, refletem beneficentemente em nível individual e social, influenciando pelo estereótipo positivo outros indivíduos a uma conduta salutar. Consubstanciando-se estes recursos, criou-se o PROMUATI.

4.1.1 Planejamento das atividades

As atividades do PROMUATI ocorrem em âmbito municipal nas sedes dos grupos de terceira idade sob sua coordenação e em âmbito regional e estadual acontecem por ocasião das excursões e eventos promovidos pelos respectivos grupos de idosos. Os encontros semanais apresentam a duração de 2 horas e 30 minutos e desenvolvem-se com aulas/palestras de teor educativo, dinâmicas de grupo, ginástica especial para a terceira idade, atividades laborais e produtivas com artesanato, costura e jardinagem, incluindo também oficinas optativas de canto, coral, dança e teatro em horário especial.

As atividades complementares são integradas por uma gama de eventos que compõem o cronograma da entidade, bem como acontecimentos outros marcantes para a sociedade. Alguns exemplos de atividades complementares desenvolvidas pelos grupos de terceira idade sob a supervisão do PROMUATI são realizadas em comemorações de aniversários, festa regional junina, caminhadas, encontros de famílias, acontecimentos artísticos e culturais, passeios turísticos, viagens de

integração com municípios vizinhos, participação em eventos cívicos, tradicionalistas e religiosos, preparação para a semana do idoso com programação especial.

4.1.2 Os projetos voltados à terceira idade

A partir de 1999 o PROMUATI tem por meta disponibilizar projetos que venham ao encontro das necessidades da população idosa, visando minorar carências e fortalecer a parcela populacional que adentrou nesta faixa etária.

Com relação ao meio ambiente, no ano de 2000 criou-se o projeto VER com a finalidade de conscientizar os indivíduos através de palestras e orientações sobre a necessidade de interagir de forma sustentável com o meio ambiente, evitando desequilíbrios de toda ordem.

A alimentação é objeto de preocupação e foco para o PROMUATI que busca pelo projeto GOAI (Grupo de Orientação Alimentar para Idosos), criado em 2004 prestar assistência na área da nutrição, com profissional habilitado, aos idosos sob a coordenação do programa. O acompanhamento do nutricionista junto às reuniões de terceira idade faculta, por meio de palestras e orientações periodicamente ministradas, conhecimento indispensável para uma alimentação saudável e um ganho na qualidade de vida.

O período que vai de 1975 a 2025 foi intitulado de “A Era do Envelhecimento” pela Organização das Nações Unidas – ONU, estimando-se que a população idosa brasileira atinja 32 milhões em 2025, contra 14 milhões em 2000, um crescimento de aproximadamente 128% (CANÇADO, 1994). Com essas evoluções, o Brasil vem sofrendo uma transição epidemiológica, que significa a mudança na incidência das causas de mortalidade, passando de doenças infectocontagiosas a doenças crônico degenerativas, como a Hipertensão Arterial (HA) (RODRIGUES & DIOGO, 1996). A hipertensão e o diabetes configuram-se atualmente em um mal presente na sociedade contemporânea, sobretudo nas faixas etárias acima dos 60 anos.

Portanto a Secretaria Municipal da Saúde/SMS por meio do Programa Estratégia da Saúde da Família/ESF criou o grupo de Hipertensos e Diabéticos, tendo por objetivo o tratamento e a profilaxia por meio de exame de sangue e verificação regular da pressão arterial.

No ano de 2004 foi criado o projeto CONVIVER com o fim de disponibilizar encontros semanais, eventos comemorativos em geral, palestras diversas, datas comemorativas, bailes, coral, excursões na metade e no final de ano, grupos de dança (apresentações em datas especiais), sobretudo na semana da Pátria e no dia do idoso com encontros intermunicipais, apresentações de talentos locais, abordando aspectos culturais e cívicos.

4.1.3 Atividades culturais e de aperfeiçoamento profissional

O PROMUATI busca, por meio da publicação de artigos sobre envelhecimento em jornais, programas radiofônicos, palestras diversificadas e cursos, uma atualização e revitalização de seus princípios e bases.

Segundo Margarida da Silva Chitulina que está à frente da Secretaria Municipal de Assistência Social e Habitação, o cidadão soledadense dispõe a partir do ano de 2008, início da administração do Prefeito Gelson Renato Cainelli, de academias ao ar livre, localizadas nas praças públicas dos respectivos bairros da cidade em que idosos, crianças, jovens e simpatizantes da atividade física, podem divertir-se e ou exercitar-se à vontade. Chitulina ressaltou que cada bairro possui um ESF (Estratégia da Saúde da Família), oferecendo serviços diversos na área da saúde ao idoso e à população em geral.

A razão de ser do ESF é a prevenção de doenças e a promoção da saúde da população residente dos bairros e periferia da cidade. Cada ESF, segundo a enfermeira Verônica Silveira Sachetti (responsável pelo ESF do bairro Ipiranga) possui quatro agentes comunitários, que por sua vez recebem uma micro área sobre a qual tornam-se responsáveis, visitando todas as famílias cuidadosamente. Conforme Sachetti, o ESF do bairro Ipiranga dispõe de médico clínico geral que atende diariamente, um médico especialista na área de ginecologia que trabalha no ESF uma vez por semana, um odontologista com assistente que atende duas vezes por semana, um médico pediatra duas vezes por semana e uma enfermeira que presta “consultas de enfermagem”, aferição de pressão arterial, pesagem, puericultura, cuidados no estado puerperal, pronto atendimento, curativos, retirada de sutura, vacinas em geral, nebulização, entre outros.

De acordo com Verônica Silveira Sachetti, realizam-se reuniões buscando orientar grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e adolescentes, todos do bairro em questão. São ministradas palestras com temas diversos no ESF visando esclarecer assuntos pertinentes à saúde, combatendo a ignorância e trabalhando profilaticamente com intuito de aumentar a qualidade de vida da população.

No Bairro Primavera, considerado, segundo informações obtidas junto a Secretaria de Assistência Social e Habitação de Soledade, o mais violento no início da atual administração, foi criado o PPV (Programa de Prevenção à Violência), disponibilizando para a população da periferia atividades diversas, tais como artesanato, jogos, coral, grupo de canto, teatro, dança, esportes, aulas de costura e em breve será instalada a rede para a informatização via INTERNET, sendo disponibilizadas aulas de informática. O resultado foi extremamente positivo destituindo, muito antes do esperado, o Bairro Primavera, da fama de violento.

Segundo Chitulina duas vezes ao ano são promovidas pelo PROMUATI feiras de artesanato, revertendo o lucro para as excursões dos grupos de terceira idade. Os grupos de terceira idade contam também com uma máquina de fraldas que, além de fornecer esses acessórios higiênicos aos necessitados de idade avançada, possibilita auferir rendimentos para os referidos grupos. Relatou Chitulina que a Secretaria de Assistência Social e Habitação do município de Soledade criou programas com objetivo de beneficiar crianças (Brigada Mirim; Bombeiro do Futuro; Futebol Mirim), jovens e adolescentes (Pró-Jovem): planejamento que envolve atividades variadas como canto, danças, teatros e artes marciais. Ressalta-se também a criação do Pró-Jovem Trabalhador, envolvendo cerca de 500 jovens, ensejando qualificação profissional nas áreas de vestuário, joalheria, administração, construção e reparos, metal/mecânica, turismo e hospitalidade.

No quadro a seguir são apresentados os principais grupos de idosos assistidos pelo PROMUATI em Soledade, sendo subdividido entre grupos que atuam na área rural e na área urbana.

Quadro 13: Localização dos grupos para terceira idade em Soledade vinculados pelo PROMUATI

LOCALIZAÇÃO	GRUPOS DE IDOSOS	Nº de COMPONENTES
Área Rural		
Posse Generoso	Alegria de Viver	22
São Sebastião	Nova Esperança	16
Rincão dos Coelhoos	Santa Bárbara	12
Passo dos Loureiros	Por do Sol	34
Santa Terezinha	Vitória	43
Espraiado	Além do Horizonte	23
Rio Brilhante (Rincão do Bugre)	Unidos do Rio Brilhante	28
Área Urbana		
Bairro Expedicionário	Renascer	49
Bairro Botucaraí	Santa Rita	39
Bairro Ipiranga	Sol Nascente	42
Bairro Fontes	Vida Bela	47
Bairro Centro	Vida Nova	56
Bairro Botucaraí	Unidos Venceremos	24

Fonte: Secretaria Municipal de Soledade (2011).

* Pertencente à Vila Primavera.

Ao todo, há doze grupos que têm esta finalidade, sendo que seis concentram-se na área rural e seis nas áreas urbanas. Na área urbana especificamente destaca-se que os bairros possuem características semelhantes quanto à baixa renda da população. O PROMUATI atua desde julho de 1999 e realiza atividades com idosos.

Os grupos de terceira idade foram criados em 12 de julho de 1999 e são financiados pela Prefeitura Municipal de Soledade (secretaria de assistência social), sendo que os mais expressivos são Vida Nova com 56 membros, Vida Bela apresentando 47 integrantes e Sol Nascente contando com 42 idosos matriculados.

4.2 Os grupos de idosos do PROMUATI

4.2.1 Perfil dos Instrutores

O perfil profissional dos funcionários do PROMUATI é bem heterogêneo, sendo seus componentes originários do próprio município, com exceção da Rafaela

Gualberto, Educadora Física originária de Iporá, Goiás. À frente da coordenação do programa está Maria Helena Gonsalves Pinto, Gerontóloga que reuniu pedagogos, músico e educadores físicos com a finalidade de promover o desenvolvimento e a evolução das reuniões de terceira idade em Soledade aos cuidados da Secretaria Municipal do Município de Soledade.

Com relação à qualificação do material humano, do pessoal envolvido diretamente com os idosos, houve, segundo a Gerontóloga e coordenadora Maria Hena, participação em cursos na área da terceira idade, mas não foi citado número, origem e espécie.

Observa-se a ausência de profissionais da área da saúde como médicos e fisioterapeutas no transcorrer das reuniões de terceira idade nos grupos da área urbana, ficando sua intervenção nas reuniões limitadas às palestras que ocorrem periodicamente. No interior do município de Soledade os grupos de terceira idade recebem assistência periódica com intervalo de 15 dias, com o objetivo de aferir a pressão arterial e avaliar o quadro geral da saúde dos idosos que frequentam as reuniões.

4.2.2 Os grupos do meio rural

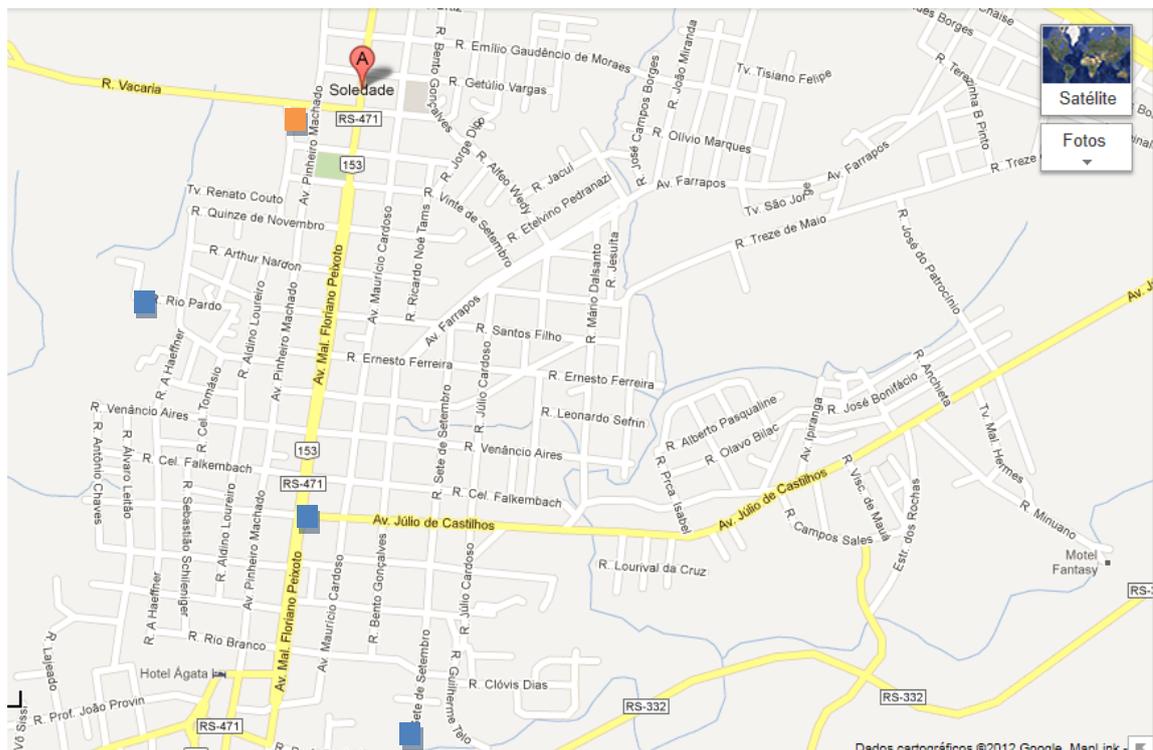
Os grupos do meio rural localizam-se em sete localidades no município de Soledade. As localidades da zona rural que dispõem de grupos de terceira idade são a Posse generoso com o grupo Alegria de Viver composto por 22 componentes, São Sebastião com o grupo Nova Esperança apresentando 16 membros, o Rincão dos Coelhos com o grupo Santa Bárbara integrado por 12 elementos, Passo dos Loureiros com o grupo Por do Sol formado por 34 idosos, Santa Terezinha com o grupo Vitória constituído por 43 pessoas, a comunidade do Espreado conta com o grupo Além do Horizonte consubstanciado por 23 idosos e a comunidade do Rincão do Bugre com o grupo Unidos do Rio Brilhante mantido por 28 membros.

A maior adversidade enfrentada por esses grupos de terceira idade reside na dificuldade de deslocar seus membros de suas moradias aos locais das atividades desenvolvidas. Assim como os grupos da área urbana, outro problema não menos relevante é a falta de um contingente de funcionários compatível com as necessidades.

4.2.3 Os grupos do meio urbano

O mapa a seguir sinaliza a localização das sedes dos três principais grupos de terceira idade filiados ao PROMUATI situados na área urbana do município.

Figura 1: localização dos grupos Vida Nova, Vida Bela e Sol Nascente (quadrados azuis)



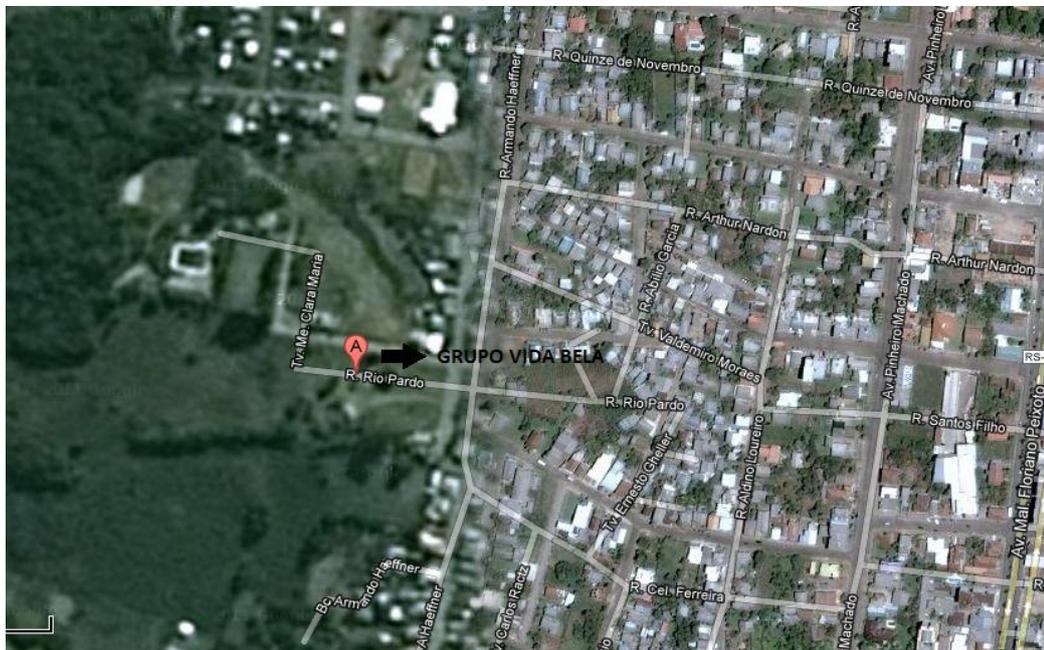
Fonte: Google Maps, 2012.

Na figura 1 apresenta-se parte do mapa urbano do município de soledade, assinalando as sedes dos três mais expressivos grupos de terceira idade coordenados pelo PROMUATI.

4.2.3.2 Bairro Fontes- o Grupo Vida Bela

A seguir a vista aérea da localização da sede do grupo de terceira idade sob a coordenação do PROMUATI Vida Bela:

Figura 3: Localização do grupo Vida Bela



Fonte: Google Maps, 2012.

O grupo Vida bela está localizado no bairro Fontes e realiza suas atividades na Igreja Nossa Senhora Aparecida em espaço reduzido e pode-se dizer inapropriado para este fim. Seu presidente atual é Jorge Rodrigues Valendorff e é composto por 47 integrantes. Possui organização eficiente que garante a todo final de ano excursões ao litoral e hospedagem em hotel 5 estrelas. Seus integrantes deslocam-se a pé de suas residências até o local das reuniões, com raras exceções.

atividade física. O grupo relatou que seus membros vão a pé às reuniões e aprova todas as atividades realizadas.

4.3 A leitura do PROMUATI segundo seus integrantes e funcionários

Foram entrevistados no total sessenta e nove idosos integrantes dos três principais grupos de terceira idade de Soledade (23 indivíduos de cada grupo) e seis funcionários do PROMUATI. Os grupos de terceira idade que integraram esta pesquisa foram os grupos Vida Nova, localizado na Rua Maurício Cardoso, 875, no denominado Salão Azul, antiga Câmara dos Vereadores, Bairro Centro, o grupo Vida Bela situado na Rua Rio Pardo, 283, utilizando como sede a capela Nossa Senhora Aparecida, Bairro Fontes e o grupo Sol Nascente, cujo endereço está registrado como sendo Rua 1º de Maio, 130, Bairro Ipiranga, ocupando para suas atividades o salão de festas da Capela São Judas Tadeu, todos sob a coordenação do PROMUATI.

As entrevistas iniciaram em meados de julho 18/07/2012 e se estenderam até o final de setembro 27/09/2012 e foram realizadas sobretudo nas respectivas sedes dos grupos de terceira idade, mas em alguns casos nas residências dos integrantes das reuniões ou mesmo em situações casuais, onde as circunstâncias eram favoráveis, uma vez por semana em cada grupo, antes, no intervalo e após o término das reuniões nas sedes dos três grupos analisados, nas residências dos entrevistados de baixa assiduidade e em eventuais encontros. O retorno aos grupos de terceira idade se justifica devido a muitas razões como a impossibilidade de aplicar-se a entrevista a vinte e três pessoas de modo individual, sem a influência da pressa, a fim de não haver precipitação nas respostas aos questionamentos propostos. Outra razão não menos importante é a assiduidade dos integrantes por vezes quebrada pelas ausências nas reuniões, bem como os benefícios conferidos pela observação regular, que faculta ao entrevistador maior circunspeção dos fatos e perspicácia ao intervir.

Os entrevistados não estavam em absoluto acompanhados por funcionários ou quaisquer pessoas com possibilidade de influir no teor das respostas. No transcorrer das entrevistas, os idosos eram interpelados em caráter particular e individualmente.

As maiores dificuldades residiram na ausência, na assiduidade por vezes quebrada por alguns dos membros dos grupos de terceira idade. No início do trabalho tentou-se oportunamente aproveitar o fato de alguns idosos, estarem momentaneamente inativos no local, para aplicar o questionário que integrava a pesquisa. Buscou-se ganhar tempo, mas esbarrou-se na falta de bom senso de um funcionário que entendeu tal iniciativa, como interferência negativa à reunião de terceira idade. Obteve-se em consequência, uma advertência da coordenação do PROMUATI que limitou o trabalho da pesquisa a períodos que não intervissem no desenvolvimento das reuniões de terceira idade. Ademais, também encontramos o receio de alguns componentes dos grupos em falar abertamente sobre alguns quesitos propostos.

Na sequência alguns comentários feitos por funcionários e alguns idosos participantes dos grupos Vida Nova, Vida Bela, e Sol Nascente, grupos distintos pela maior expressividade de matrículas no Programa Municipal de Atendimento ao Idoso.

Rafaela Gualberto, 22 anos:

Professora de Educação Física, ressalta como aspectos negativos o fato de não contar com a disponibilização de materiais como bolas, cordas, colchonetes, alteres e congêneres para enriquecer as aulas e elevar o nível de aproveitamento dos idosos.

Jandira Santana, 73 anos:

Enfatiza a necessidade de maior respeito mútuo entre os componentes do grupo e aponta a existência de egoísmo e indiferença no que tange às responsabilidades individuais.

Terezinha Oliveira:

Atual presidente do grupo Vida Nova, sexo feminino, 73 anos, frequenta há 12 anos e vai a pé ao grupo. Disse que estão em local provisório e reclamou por um lugar apropriado.

Amélia Zilá Brum:

Mulher com 62 anos de idade, frequenta há 4 anos e vai a pé ao grupo. Apontou como aspectos positivos todas as atividades realizadas e como negativos o fato da sala ser inapropriada (antiga Câmara de Vereadores) pela falta de espaço e a inexistência de fogão e de uma cozinha.

Marcelino Floriano:

Indivíduo de 78 anos frequenta há 1,5 anos aproximadamente e vai a pé ao grupo, pois mora perto. Saliou a necessidade de banheiros separados pois homens e mulheres usam o mesmo, não havendo segundo ele higiene satisfatória, nem mesmo um fogão. Queixou-se do gênero de música adotada pelo professor de canto, deixando bem claro não ter nada pessoalmente contra ele.

Itelvino Olívio Dalmora:

Homem de 76 anos de idade, sendo que 56 anos de matrimônio, frequenta o grupo há 14 anos e vai de ônibus ao grupo. Aprova tudo e enfatizou a mensalidade baixa de R\$3,00.

Adair Ortiz da Costa:

Sexo feminino, 76 anos, frequenta há 8 anos e vai a pé ao local das reuniões. Indicou como dificuldades os assentos que inclinam-se para a frente ao levantar-se. Aprovou as atividades integralmente e ressaltou a harmonia do grupo que interage como uma família.

4.4 Análise por grupos do PROMUATI

Segundo (SANCHEZ, 2002), como resultado da desigualdade de gênero na expectativa de vida, existe uma maior proporção de mulheres do que de homens com idade avançada. Esse dado se observa na predominância feminina também na composição dos grupos de terceira idade.

Tabela 6: Porcentual de homens e mulheres por grupo

GRUPOS	% de homens	% de mulheres
Vida Nova	13,04	86,96
Vida Bela	21,74	78,26
Sol Nascente	21,74	78,26

Fonte: Secretaria Municipal de Soledade (2011).

Analisando a tabela 4, observa-se que nos três grupos de terceira idade, apresenta-se um predomínio maciço do sexo feminino em relação ao masculino. No

grupo Vida Nova a diferença em favor do sexo feminino chega 73,92 %, sendo que nos grupos Vida Bela e Sol Nascente cai para o índice de 56 %.

Para a referida análise foram observados os quesitos procedência, deslocamento, doenças, saúde pública (qualidade dos serviços prestados), aspectos positivos, aspectos negativos e comentários finais dos entrevistados.

4.4.1 Informações sobre a procedência dos idosos

A procedência dos idosos é diversificada, embora a incidência maior neste quesito seja como mostra o quadro 15 a origem do município de Soledade.

Quadro 14: Principais Grupos de Terceira Idade / Quesito Procedência

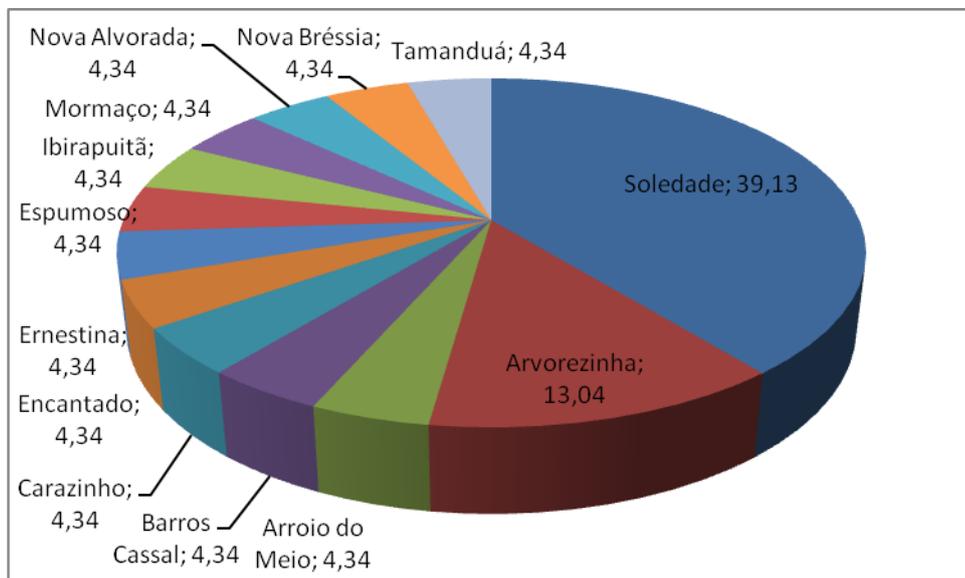
	Vida Nova	Vida Bela	Sol Nascente
Arroio do Meio	1	1	-
Arvorezinha	3	-	1
Barros Cassal	1	1	6
Carazinho	1	-	-
Encantado	1	1	-
Ernestina	1	-	-
Espumoso	1	1	1
Estrela	-	-	1
Ibirapuitã	1	-	-
Ilópolis	-	-	2
Itapuca	-	1	-
Jacuizinho	-	1	-
Júlio de Castilhos	-	-	1
Lajeado	-	1	-
Mormaço	1	5	-
Nova Brescia	1	-	1
Nova Alvorada	1	-	-
Putinga	-	-	1
Sarandi	-	1	-
Soledade	9	9	7
Tamanduá	1	-	-
Travesseiro	-	-	1

Fonte: Secretaria Municipal de Soledade (2011).

Entrevistas

Do grupo Vida Nova, foram entrevistados 23 integrantes. Destes, 39,13 % são originários do município de Soledade, 13,04 % são oriundos de Arvorezinha, sendo que os demais municípios possuem respectivamente a representação de 4,34 % dos idosos que integram o referido grupo.

Gráfico 1 - Percentual Procedência Grupo Vida Nova

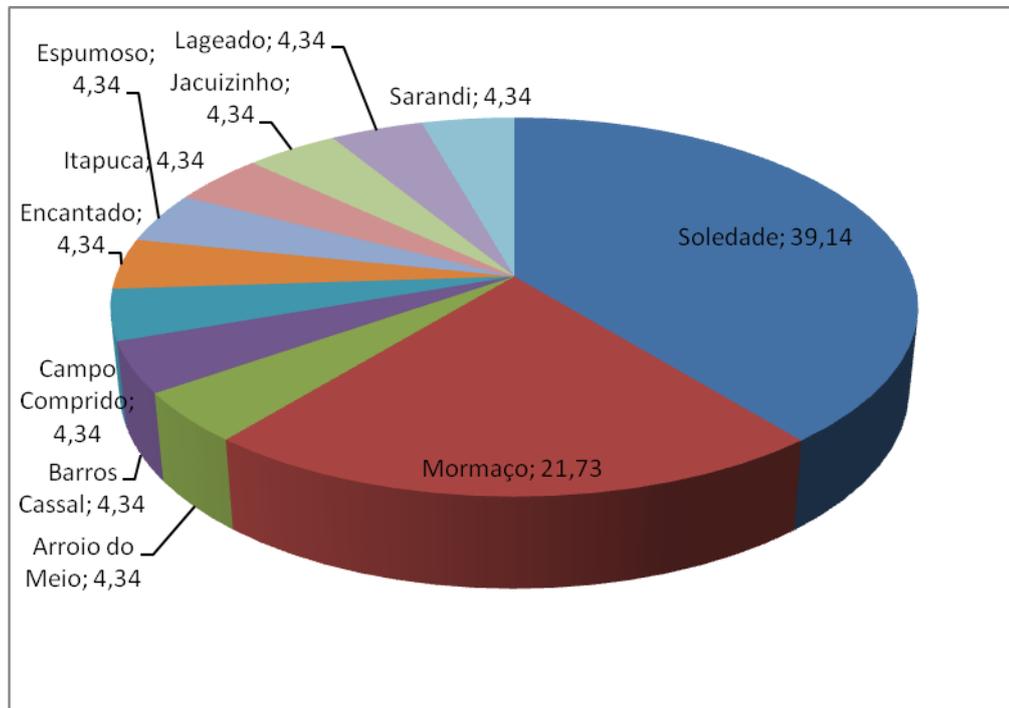


Fonte: Secretaria Municipal de Soledade (2011).

Percebe-se no grupo Vida Nova, analisando o quesito procedência, que existe uma diversidade acentuada, porém com uma representação mínima de uma pessoa por município, exceto o município sede da pesquisa com nove participantes e o município de Arvorezinha representado por três componentes.

Do grupo Vida Bela entrevistou-se 23 componentes, sendo que 39,13 % dos idosos têm procedência do município de Soledade, 21,73 % são originários do Município de Mormaço e os demais municípios são representados respectivamente por 4,34 % dos integrantes do grupo.

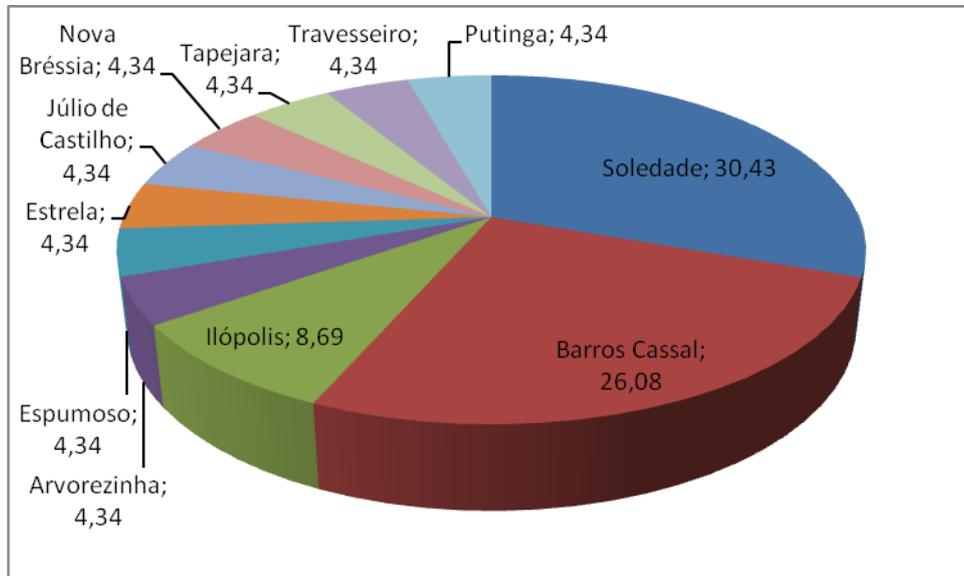
Gráfico 2 - Percentual de Procedência Grupo Vida Bela



Fonte: Secretaria Municipal de Soledade (2011).

Verifica-se no grupo Vida Bela, tendo por objeto de análise o aspecto da procedência, a mesma diversidade exposta no grupo anterior, representada apenas por uma pessoa por município, com exceção dos municípios de Soledade e Mormaço que apresentam nove e cinco integrantes respectivamente.

Do grupo Sol Nascente foram entrevistados 23 indivíduos idosos, sendo que 30,43 % têm sua origem no município de Soledade, 26,08 % são oriundos de Barros Cassal e 8,69 % procedem do município de Ilópolis.

Gráfico 3 - Percentual de Procedência Grupo Sol Nascente

Fonte: Secretaria Municipal de Soledade (2011).

Novamente está presente a diversidade quanto à procedência dos integrantes do grupo Sol Nascente, representadas por apenas um indivíduo por grupo, não ocorrendo esta representação apenas com os municípios de Soledade, Barros Cassal, e Ilópolis que possuem sete, seis, e dois integrantes respectivamente.

Tabela 5 – Procedência dos funcionários do PROMUATI

Procedência	Nº de indivíduos	Porcentual segundo a procedência
Iporá (GO)	1	16,66 %
Soledade (RS)	5	83,33 %

Fonte: Secretaria Municipal de Soledade (2011).

Em Soledade, os grupos de terceira idade ressentem-se pela escassez de funcionários, que em reduzido número, necessitam atender de forma alternada a

demanda apresentada por todos os grupos, inclusive os da área rural, comprometendo a qualidade do atendimento prestado.

Observando-se a tabela 7, percebe-se que 83,33 % dos funcionários do Programa Municipal de Atendimento ao Idoso (PROMUATI) são originários do próprio município, Soledade (RS) e apenas 16,66 % do grupo de funcionários têm origem fora do município, Iporá (GO).

4.4.2 As formas de deslocamento dos idosos

Com relação ao deslocamento dos integrantes do grupo Vida Nova, tendo como ponto de partida suas residências e como destino a sede do referido grupo verifica-se que 78,26 % dos componentes do grupo deslocam-se a pé, 13,04 % de ônibus, 4,34 % dos entrevistados utilizam o carro invariavelmente e outros 4,34 % ora deslocam-se de carro, ora usam o transporte público.

Verifica-se que os componentes do grupo de terceira idade Vida Nova predominantemente deslocam-se a pé ou por meio do transporte público.

Em se tratando do deslocamento dos componentes do grupo Vida Bela, constata-se que 78,26 % de seus membros vão a pé de suas casas até a sede do grupo a fim de participarem das reuniões de terceira idade e 21,73 % dos integrantes usam o carro próprio como meio de transporte para chegarem às reuniões. No grupo Vida Bela, embora o deslocamento seja efetuado preponderantemente a pé, percebe-se o uso do carro próprio de modo significativo, denotando um poder aquisitivo melhor, dado relevante na avaliação da qualidade de vida dos idosos.

O deslocamento dos integrantes do grupo Sol Nascente, tendo como ponto de origem suas moradias e como destino a sede do grupo, local das reuniões de terceira idade, é feito 100 % a pé, pela plenitude de seus membros. Verifica-se neste grupo especificamente, por este dado isolado, um indício de poder aquisitivo menor se comparado aos grupos Vida Nova e Vida Bela.

4.4.3 Considerações sobre doenças dos idosos em estudo

Com referência às doenças que acometem os componentes do grupo Vida Nova, observa-se que 43,47 % dos entrevistados queixaram-se de sofrer de hipertensão arterial, 26,08 % são vítimas das doenças crônico degenerativas, 4,34 % são acometidos pelas doenças psico somáticas como a depressão e a síndrome do pânico, outros 4,34 % são vitimados pelo trauma, devido sobretudo as quedas e acidentes e 21,73 % relataram não apresentar quaisquer doenças.

Nota-se que em ordem de importância, a hipertensão arterial encontra-se na vanguarda pela sua gravidade, pelas vítimas que causa e pela dificuldade em controlá-la eficazmente. Após a hipertensão arterial, aparece com significativa presença as doenças crônico degenerativas, companhias assíduas da terceira idade.

Relativamente às doenças incidentes nos idosos integrantes do grupo Vida Bela, a hipertensão arterial desponta atingindo 39,13 %, dos entrevistados, seguida por uma associação de doenças crônico degenerativas como problemas de coluna, problemas cardíacos, desgaste e inflamação nas articulações, câncer, diabetes, problemas de circulação sanguínea e varizes que abrange 30,43 % dos idosos deste grupo. Ainda observa-se a incidência da depressão alcançando 17,39 % dos entrevistados e por fim disfunções no aparelho urinário, sinusite e labirintite que chega a 13,04 % dos integrantes do grupo de terceira idade Vida Bela.

Percebe-se a hipertensão arterial como ameaça majoritária à saúde dos idosos, membros do grupo Vida Bela, seguida proximamente pelas demais doenças crônico degenerativas que contribuem para a perda da autonomia e qualidade de vida desta parcela de indivíduos.

Observa-se com relação às doenças que 56 % dos entrevistados do grupo Sol Nascente apresentam a hipertensão arterial como sendo de maior incidência, seguida das doenças crônico degenerativas como as doenças cardíacas, problemas de origem circulatória, varizes, artroses, desgastes, inflamação nas articulações, problemas de ordem visual, glaucoma e na coluna vertebral que atingem 47,82 % dos integrantes do grupo Sol Nascente. A depressão ataca 13,04 % dos entrevistados, seguida de complicações em consequência dos traumas que acometem 8,68 % dos integrantes do grupo Sol Nascente.

Verifica-se que invariavelmente a hipertensão arterial é a tônica no que se refere às doenças incidentes nos integrantes dos grupos de terceira idade sob a coordenação do PROMUATI. No grupo Sol Nascente o quadro se repete e a hipertensão arterial é efetivamente a doença de maior expressão, apesar dos esforços despendidos no sentido de administrá-la com controle. Em segunda ordem de importância estão as restantes do rol das doenças crônicas degenerativas, seguidas da depressão e dos problemas originários dos traumas.

4.4.4 A percepção dos idosos quanto à qualidade dos serviços prestados pela saúde pública

Com relação à saúde pública no município de Soledade, 26,08 % dos entrevistados do grupo Vida Nova manifestou-se considerando bom o nível dos serviços prestados, 34,78 % classificou como ruim, 34,78 % entendeu como razoável e 4,34 % julga ser de péssima qualidade os serviços prestados na área da saúde pública no município de Soledade.

Observa-se somando as parcelas que expressaram opinião favorável, classificando como bom e razoável ($26,08 \% + 34,78 \% = 60,86 \%$) o nível dos serviços prestados, comparando-se com a soma das parcelas cuja opinião é contrária ($34,78 \% + 4,34 \% = 39,12 \%$ que há sensível aprovação de mais de 60 % dos entrevistados do grupo Vida Nova, contrapondo-se a uma parcela inferior a 40 % dos idosos do grupo em questão, cuja opinião reprova a qualidade dos serviços prestados na área da saúde pública no município de Soledade.

Referente à saúde pública em Soledade, 52,17 % dos entrevistados do grupo de terceira idade Vida Bela conceituam como bom os serviços prestados, 8,69 % definiu como ruim, 34,78% como razoável e 4,34 % dos entrevistados do grupo Vida bela considera como péssima a qualidade dos serviços prestados na área da saúde pública no município de Soledade.

Somando-se as parcelas, cuja opinião é positiva, considerando como bom e razoável ($52,17 \% + 34,78 \% = 86,95 \%$) o nível dos serviços prestados e comparando-se com a soma das parcelas de opinião negativa, que consideram ruim e péssimo ($8,69 \% + 4,34 \% = 13,03\%$), observa-se substancial diferença em favor da aprovação dos serviços que atinge percentual aproximado a 87 % dos

entrevistados, enquanto que a parcela de entrevistados, cuja opinião desaprova os serviços prestados na área da saúde pública em Soledade, mal passa dos 13 % dos idosos do grupo de terceira idade Vida Bela.

Em se tratando dos serviços prestados na área da saúde pública no município de Soledade, 43,47 % dos entrevistados do grupo de terceira idade Sol Nascente entenderam como sendo bom o nível destes serviços, 26,08 % declarou ser ruim, outra parcela de 26,08 % classificou como razoável e 4,34 % dos integrantes do grupo Sol Nascente consideraram de péssima qualidade os serviços prestados na área da saúde pública no município de Soledade.

Somando-se o percentual dos entrevistados que apresentaram opiniões favoráveis, como sendo bom e razoável ($43,47\% + 26,08\% = 69,55\%$) o nível dos serviços prestados e comparando com a soma do percentual, cuja opinião é adversa, ruim e péssimo ($26,08\% + 4,34\% = 30,42\%$), percebe-se quadro não distinto daqueles descritos anteriormente nos grupos Vida Nova e Vida Bela, enquanto a opinião aprobatória gira em torno dos 70 % dos entrevistados do grupo Sol Nascente, a contrária estagna na faixa dos 30 % que desaprovam o nível dos serviços prestados na área da saúde pública no município de Soledade.

4.4.5 Considerações dos idosos sobre as contribuições positivas da entidade

Do ponto de vista dos aspectos positivos, observa-se que 43,47 % dos integrantes das reuniões da terceira idade do grupo Vida Nova indicou os bailes e as atividades envolvendo danças diversas como objeto de sua predileção, 21,73 % dos entrevistados destacou o companheirismo, a convivência e a interação com os colegas como preferência maior, tendo em vista as atividades desenvolvidas e 34,78 % designou a atividade física, o entretenimento e a diversão como maiores atrativos das reuniões de terceira idade do grupo Vida Nova.

Observa-se evidentemente no grupo Vida Nova a predileção por atividades envolvendo a dança e os bailes periodicamente promovidos, bem como a valorização da atividade física e o componente lúdico sob a influência fraterna e harmônica cultivada pelos integrantes do grupo Vida Nova.

Com relação aos aspectos positivos das atividades promovidas nas reuniões de terceira idade no grupo Vida Bela, 22,22 % dos entrevistados manifestaram-se

salientando como aspectos positivos as danças e bailes promovidos pelo grupo em questão, 33,33 % dos componentes do grupo Vida Bela relataram que residem no companheirismo, na interação e na convivência com os colegas de grupo a razão de sua permanência nesses eventos, 25,92 % dizem preferir a atividade física o entretenimento e a diversão entre outras atividades, 11,11 % dos idosos do grupo Vida Bela entendem como aspecto positivo a simples atitude de sair de casa, 3,70 % dos entrevistados reconhece como fonte de atração as atividades de canto, coral, artesanato e manufaturas e outra parcela de igual teor (3,70 %) aderiu em especial às atividades envolvendo a aquisição cognitiva como palestras e orientações sobre temas variados.

Verifica-se no grupo Vida Bela a valorização maior com o entrosamento e o entendimento recíproco dos componentes do grupo, resultando em um clima de paz e bem estar, propício para a estabilidade e o equilíbrio emocional. A valorização da atividade física e do componente lúdico capaz de promover o bem estar, a alegria e a descontração emergem em segundo lugar, revelando uma nova conscientização quanto a necessidade de cuidar-se do físico, paralelamente à área emocional.

Com referência aos aspectos positivos 22,58 % dos entrevistados do grupo Sol Nascente classificaram as danças e os bailes como móvel maior de sua presença nas reuniões, 9,67 % considerou o companheirismo, a convivência e a interação com os demais participantes do grupo de terceira idade o fator positivo das reuniões, 29,03 % dos integrantes do Sol Nascente entendem que a atividade física, o entretenimento e a diversão são motivos suficientes para tomarem parte das reuniões promovidas pelo referido grupo, 16,12 % apontam para o natural ato de sair de casa, como a razão de sua integração às atividades da terceira idade, 19,35 % manifestam sua preferência por atividades relativas ao canto, ao coral e às manufaturas, 3,22 % dos entrevistados expressaram sua inclinação pela aquisição cognitiva por meio das palestras variadas e esclarecimentos sobretudo com temas relativos a saúde e qualidade de vida.

Observa-se de modo claro a crescente valorização da atividade física e em contra ponto, originando nítido contraste, a discreta preferência pela aquisição cognitiva e busca pelo conhecimento, evidenciando o pouco valor atribuído a edificação intelectual do ser humano.

4.4.6 Considerações críticas dos idosos acerca do funcionamento da entidade

VIDA NOVA

A respeito dos aspectos negativos apresentados pelas atividades desenvolvidas no grupo de terceira idade Vida Nova, 65,21 % absteve-se de quaisquer considerações, 21,73 % expôs a ausência de local apropriado como fator indesejado e 8,69 % indicou a insuficiência de recursos materiais e financeiros como entrave real no aprimoramento do potencial do idoso.

Verifica-se entre os idosos do grupo Vida Nova uma discrição no que tange à consciência crítica, fato constatado na voluntária abstenção em posicionar-se com relação aos aspectos negativos das reuniões da terceira idade. A falta de um local adequado associado à insuficiência de recursos gera, segundo os componentes do grupo Vida Nova, um impedimento para o grupo desenvolver e implementar melhor seus projetos.

VIDA BELA

No que tange aos aspectos negativos presentes nas atividades estabelecidas nas reuniões de terceira idade do grupo vida Bela, 34,78 % optou pela renúncia em posicionar-se, 13,04 % indicou a inexistência de local adequado para a realização das reuniões, 8,69 % apontou a carência de recursos materiais e financeiros, 8,69 % relatou ser o transporte pago um fator limitante para as excursões e viagens de final de ano, 8,69 % relatou ser objeto de desagrado a maledicência imiscuída às reuniões, 8,69 % apresentou como aspectos negativos a má administração dos recursos disponíveis e a possível existência de corrupção nesse processo, 8,69 % enxergou na insuficiência de atividade física (apenas uma vez por semana), um componente negativo e 4,34 % denunciou o bullying como elemento extremamente negativo, infelizmente também presente nas reuniões de terceira idade do grupo Vida Bela.

Constatou-se neste grupo, localizado na periferia, uma maior participação no que se refere a declarar os aspectos negativos se comparado ao grupo anterior, localizado no centro da cidade, próximo ao setor administrativo do PROMUATI. Observou-se declarações contundentes relativas às necessárias melhoras e ao uso equilibrado dos recursos advindos do governo estadual.

SOL NASCENTE

No que diz respeito aos aspectos negativos presentes nas atividades promovidas pelo grupo de terceira idade Sol Nascente, 34,78 % preferiu renunciar o direito de declaração dos aspectos negativos das reuniões, 26,08 % designou a necessidade de pagar o transporte para as viagens e excursões do grupo como algo negativo, 17,39 % dos componentes do grupo Sol Nascente apontou a insuficiência de recursos materiais e financeiros como fonte de seu desagrado, 4,34 % dos entrevistados declarou estar na ausência de local apropriado o que há de desconforto e de inconveniente para o bom desenrolar das atividades propostas, 4,34 % apresentou a maledicência como fator desagregador do grupo, 4,34 % indicou a má administração dos recursos disponíveis e a possível corrupção como fator impeditivo de melhores resultados, 4,34 % entendeu que a atividade física insuficiente reverte em prejuízos na aquisição da saúde e no ganho de qualidade de vida, 4,34% revelou estar na falta de acompanhamento por profissional da área médica algo preocupante que precisa com brevidade ser resolvido.

Observa-se neste grupo localizado no bairro Ipiranga, periferia de Soledade, como no grupo anterior, uma redução na abstenção em declarar os aspectos negativos das reuniões de terceira idade, bem como uma consciência estuante de seus direitos, fruto do senso crítico emergindo do seu estágio embrionário.

4.5 Dos comentários finais dos entrevistados

VIDA NOVA

Sob a ótica dos comentários finais dos entrevistados do grupo de terceira idade Vida Nova, 30,43 % dos integrantes do referido grupo considerou de fundamental importância um maior acesso a recursos de ordem financeira e material, 13,04 % dos componentes do Vida Nova absteve-se de qualquer comentário, 13,04 % enfatizou a necessidade de disponibilizar-se mais palestras e encontros com outros grupos de terceira idade, 13,04 % salientou a relevância de fomentar-se uma maior participação dos integrantes dos grupos de terceira idade, 17,39 % limitou-se a aprovação das atividades propostas, 8,69 % solicitou enfaticamente a diversificação e inovação das atividades desenvolvidas nas

reuniões do grupo Vida Nova e 4,34 % reivindicou um melhor tratamento do presidente do grupo.

Observa-se de modo evidente o clamor geral quanto à acessibilidade facilitada a mais recursos de toda ordem, especialmente os de natureza financeiro e material a fim de qualificar-se as atividades, ascendendo o nível das reuniões de terceira idade. Percebe-se um anseio, embora incipiente, no sentido de serem promovidos meios diversos para a aquisição de conhecimentos como palestras e orientações sobre temas variados.

VIDA BELA

Com referência aos comentários finais dos entrevistados do grupo de terceira idade Vida Bela, 43,47 % dos entrevistados estabeleceu impreterivelmente um acesso maior a recursos de ordem financeira e material, 26,08 % dos entrevistados preferiu renunciar aos comentários, 8,69 % advertiu sobre a importância de uma maior participação dos integrantes do grupo Vida Bela, 8,69 % exigiu probidade e retidão na administração dos recursos disponíveis, 8,68 % apenas limitou-se na aprovação das atividades desenvolvidas e 4,34 % solicitou mais diversificação e inovação na implementação das atividades nas reuniões de terceira idade.

Verifica-se como nos grupos precedentes uma carência de recursos manifestada por a maioria, ao par de uma sequiosa intenção de viver e desfrutar as atividades desenvolvidas.

SOL NASCENTE

Com relação aos comentários finais dos entrevistados do grupo de terceira idade Sol Nascente, 47,82 % dos entrevistados referiu-se a um maior acesso a recursos de ordem financeira e material como algo indispensável, a fim de otimizar os efeitos, qualificando as atividades propostas, 17,39 % dos idosos integrantes das reuniões do grupo Sol Nascente deseja mais palestras e encontros com outros grupos de terceira idade, 17,39 % solicita serviços de alfabetização e serviços para aferir a pressão arterial com acompanhamento especializado, 8,69 % solicita uma maior frequência na atividade física que é ministrada apenas uma vez por semana, 4,34 % dos entrevistados do grupo Sol Nascente, a fim de evitar o tédio nas reuniões de terceira idade, sugere criatividade ao inovar e diversificar e 4,34 % dos

componentes do grupo Sol Nascente advertiu sobre a importância de haver uma maior participação dos integrantes dos grupos de terceira idade.

Constata-se com proximidade ao unânime, o anseio pelo acesso mais fácil aos recursos de ordem financeira e material, bem como o desejo de felicidade estampado em cada semblante e em cada olhar, interagindo nas reuniões de terceira idade com os colegas.

4.6 Análise geral dos três principais grupos de idosos sob orientação do PROMUATI

Para esta análise usou-se os mesmos quesitos da análise individual dos grupos de terceira idade e adotou-se o mesmo método de avaliação, o método dialético.

4.6.1 Da procedência

Dos entrevistados (total de 75 pessoas) apenas 33,33 % afirmou proceder originariamente de municípios situados fora do COREDE Alto da Serra do Botucaraí, sendo que 17,33 % asseguraram frequentar as reuniões de terceira idade desde 12 de julho de 1999, data de fundação do PROMUATI, ficando somente 6,66 % com permanência inferior a um ano, encontrando-se os demais integrantes, 76,01 % deste universo, na faixa intermediária.

Um entrevistado, a Gerontóloga e atual presidente do PROMUATI, Maria Helena Gonsalves Pinto, indicou como fator obstacularizante e de resistência à evolução do trabalho empreendido a flutuação existente nos grupos de terceira idade, que juntamente com a disparidade cultural dificultam um melhor aproveitamento do proposto.

4.6.2 Do deslocamento

Em se tratando do deslocamento dos integrantes dos grupos de terceira idade, tendo como ponto de partida suas residências e como destino o grupo ao qual pertencem verifica-se que 81,33 % vão a pé às reuniões, 8 % de carro, 4 % de

ônibus, 2,66 % dirigem-se às reuniões de carro ou a pé, 2,66 % com transporte disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Soledade e 1,33 % desloca-se ora de carro, ora de ônibus.

Nota-se por meio desses dados que a grande maioria dos integrantes dos grupos de terceira idade desloca-se para os locais das reuniões invariavelmente a pé, evidenciando a realidade presente dos idosos em questão, não distinta daquela que abrange a parcela esmagadora dos brasileiros.

4.6.3 Das doenças

Com relação às doenças incidentes nos idosos sob a coordenação do PROMUATI, observa-se que a hipertensão arterial persiste entre os idosos entrevistados, alcançando o expressivo índice de 41,33 % , não obstante o trabalho profilático e de esclarecimento realizado regularmente junto aos grupos de terceira idade. Em segundo lugar, ainda referindo-se às crônico-degenerativas encontram-se o diabetes, doenças cardíacas, doenças da coluna vertebral, câncer, reumatismo, artrose e doenças que acometem a área da visão como o glaucoma, assomando conjuntamente à casa dos 38,66 %. A depressão atinge 10,66 % dos entrevistados, seguida por 6,66 % vitimados por traumas e 2,66 % por distúrbios de ordem gastrointestinal.

Verifica-se, não obstante os esforços dos governos, como programas voltados à Saúde Pública, qualificação na área médica, investimento no Sistema Único de Saúde, visando transformar este quadro, o caráter contumaz das doenças crônico-degenerativas, destacando-se em ordem de incidência e gravidade, a hipertensão arterial que destaca-se como desafio à saúde pública apregoada.

4.6.4 Da saúde pública (SUS)- qualidade dos serviços prestados

Com referência à qualidade dos serviços prestados na área da saúde pública no município de Soledade, 40 % dos idosos entrevistados conceituaram como bom, 34,66 % como razoável, 21,33 % como ruim e 4 % classificaram como péssimo.

Observa-se com facilidade a elevação do conceito público relativamente aos serviços prestados pelo SUS, embora ainda haja longo caminho a ser percorrido rumo à excelência no que tange a qualidade dos serviços na área da saúde pública.

4.6.5 Dos aspectos positivos

Observou-se na pesquisa relativamente aos aspectos positivos designados pelos idosos que 25,33 % dos indivíduos questionados apontaram as danças e os bailes como integrantes dos aspectos positivos das atividades propostas. Outros 25,33 % porém indicaram a interação, a convivência e o companheirismo articulado com os colegas de grupo como elementos de destaque positivo e 21,33 % consideraram a atividade física, o entretenimento e a diversão como carro chefe deste viés de análise. O simples ato de sair de casa também foi destacado por 13,33 % dos inquiridos, seguido por 6,66 % que, sob sua ótica, entendem como aspectos positivos as atividades relativas ao canto, coral, artesanato e manufaturas. Finalmente a aquisição cognitiva, o contato com novos conhecimentos e realidade distinta foi objeto de predileção e realçado por 6 % dos entrevistados.

Analisando os elementos considerados positivos pelos idosos entrevistados, constata-se o inestimável benefício que as atividades desenvolvidas por mais simples e despretensiosas que aparentem ser, promovem nas pessoas quer seja em nível psicossocial, quer seja diretamente no físico dessas pessoas.

4.6.6 Dos aspectos negativos

Do ponto de vista dos aspectos negativos verificou-se abstenção de 46,66 % dos entrevistados em designá-los, 12 % apontou a ausência de local apropriado para as atividades promovidas nas reuniões de terceira idade como ponto negativo, 10,66 % indicou a insuficiência de recursos materiais e financeiros, outros 10,66 % enfatizou o transporte pago como algo desagradável, 4 % apresentou a maledicência, outros 4 % expressaram a corrupção e a má administração dos recursos disponíveis como lamentável, ainda 4% dos entrevistados destacou a atividade física insuficiente, 2,66 % considerou a migração recíproca dos componentes grupos “flutuação” como fator negativo, 1,33 % alertou para o

problema do bullying, 1,33 % indicou a falta de acompanhamento por profissionais da área médica como destaque a ser corrigido, 1,33 % enfatizou ainda a disparidade cultural como fator limitante para desenvolver um trabalho mais efetivo.

A abstenção voluntária de quase a metade dos integrantes das reuniões de terceira idade em indicar o caráter desagradável e ou discordante das atividades desenvolvidas, alegando aprovar tudo pode ser indício mesmo do sucesso e aprovação do evento.

4.6.7 Dos comentários finais dos entrevistados

Quanto às sugestões e comentários finais dos entrevistados observou-se que 38,66 % deles expressaram existir necessidade de maior acesso a recursos de ordem financeira e material, 12 % absteve-se de quaisquer sugestão ou comentários, 9,33 % mostrou-se favorável à promoção de mais palestras sobre temas diversos e encontros com outros grupos de terceira idade, visando maior integração e permuta de conhecimentos, 8 % declarou a relevância de haver maior participação dos integrantes dos grupos de idosos, 6,66 % concordou em plenitude com as atividades promovidas, outros 6,66 % enfatizaram a importância da diversificação e inovação das atividades implementadas, 5,33 % dos entrevistados solicita serviços de alfabetização e para aferir a pressão arterial, 4 % salientou a insatisfação no que se refere à quantidade de aulas onde a atividade física está presente, desejando mais dias disponíveis para este fim, 2,66 % notabilizou-se por exigir uma administração correta dos recursos existentes para os grupos de terceira idade, 2,66 % designou a necessidade de utilizar-se pessoal especializado e buscar concomitantemente atingir um maior número de idosos, outros 2,66 % chamou a atenção para o aspecto da qualificação profissional indispensável, facilitada também através de cursos disponibilizados pelos órgãos competentes e 1,33 % reivindicou um melhor tratamento por parte do presidente do grupo onde está inserido.

Apreende-se dos comentários finais dos entrevistados a preocupação maior com a “eterna” insuficiência de recursos tão presente nos empreendimentos que visam o benefício público. Ademais, as outras manifestações externadas tiveram por objeto exhibir anseios individuais que interagem num todo em processo de harmonizar-se.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação discutiu o tratamento do idoso na área urbana do município de Soledade, integrante da região Alto da Serra do Botucaraí, tendo como município pólo Soledade. Utilizou-se como trabalho base a análise dos três principais grupos de terceira idade de Soledade denominados Vida Nova, Vida Bela e Sol Nascente. Foi realizado trabalho de campo por meio de pesquisa e entrevistas. Detectou-se problemas relativos aos serviços de Saúde Pública, Educação e inserção social do idoso, mobilidade do idoso no meio urbano e rural, insuficiência gritante de funcionários, infraestrutura deficitária resultando na falta de equipamentos e espaço inadequado para a realização das atividades pertinentes aos grupos de terceira idade, entre outros.

Constata-se em Soledade, no que diz respeito à terceira idade que o atendimento é precário devido fundamentalmente a dois fatores principais: o primeiro fator reside na falta de investimento do poder público nos aspectos de infraestrutura e na implementação de recursos indispensáveis à realização das atividades desenvolvidas nos grupos de terceira idade. O segundo fator está na insuficiência e na qualificação do material humano, que em número diminuto necessita alternar-se para dar conta do contingente de idosos. Não obstante ao contexto adverso, percebe-se melhoria com o PROMUATI que ainda está em vias de evoluir.

Verificou-se na pesquisa realizada por meio de entrevistas que o investimento feito a propósito e com discernimento, direcionado para o calçamento de vias públicas e locais de acesso facilitado como rampas e faixas de segurança, garantindo mobilidade e deslocamento com fluidez, saneamento básico, investimento para a saúde pública em hospitais, para a área médica e para a infraestrutura precária dos grupos de terceira idade, vindo ao encontro das reais carências e necessidades da população idosa, pode suprir eficazmente as deficiências apresentadas.

Não foi realizado um trabalho em nível hospitalar porque não era o propósito desse estudo, o que indubitavelmente seria interessante no que diz respeito à riqueza de informações. Gostaríamos também de ter analisado melhor a condição do idoso no que tange a sua alfabetização e inquirir por trabalho de campo, pesquisa

e entrevistas o porquê do baixíssimo registro de matrículas dos indivíduos acima de sessenta anos no EJA (Educação de Jovens e Adultos), o porquê da inexistência de um programa capaz de estimular o estudo e o desenvolvimento do intelecto na terceira idade, mas esbarramos na exiguidade do tempo e na insuficiência de dados fornecidos pela fonte (25ª CRE).

Percebe-se que o aprofundamento na área da saúde, tendo como objeto de estudo a situação da terceira idade e a consciência crítica do idoso, em muitos casos embotada pelo analfabetismo e pelo baixo interesse em subtraí-lo dessa realidade, configuram-se em motivação segura para, a partir deste trabalho, buscar por novos estudos dados suficientes para auxiliar a criação e desenvolvimento de Políticas Públicas e Programas capazes de atender a demanda da população idosa.

O processo de descentralização, a inter-relação das políticas públicas federais, estaduais e municipais aproximou o poder governamental da condição real da sociedade atual e em especial da parcela idosa da população que, fragilizada pelo despreparo, tende, em razão de uma política verticalizada, a ser em suas majoritárias necessidades, contempladas superficialmente.

Segundo o IBGE, em 2011 O Brasil atingiu a casa dos 23,5 milhões de idosos, correspondendo a 24,5 % da população. Face a essa impressionante informação, o Mercado Comum do Sul (Mercosul) que é uma união aduaneira de quatro países da América do sul: Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai têm se mobilizado no sentido de fazer valer os direitos já legalmente assegurados pela Política Nacional do Idoso, (Lei nº 8.8842/1994) e pelo Estatuto do Idoso, (Lei nº 10.741/2003) que visam proporcionar um melhor nível de qualidade de vida aos idosos.

A política nacional do idoso pode, quando implementada, influir positivamente sobre os aspectos regionais relativamente às características populacionais distintas, repercutindo na diversidade e peculiaridades no que se refere às práticas alimentares e físicas igualmente desiguais. Nesse sentido, há a possibilidade de encontrar-se perfis de idosos diferentes, visto que essas práticas são importantes para a longevidade e qualidade de vida dessas pessoas.

Uma nação que valoriza seus idosos é uma nação que preza por sua consciência cidadã. Denomina-se consciência cidadã o atributo pelo qual reconhece-se a cidadania e suas implicações.

A sociedade atual, não está devidamente preparada para comportar dignamente o contingente de idosos que necessariamente reclama políticas sociais compatíveis com as problemáticas decorrentes.

Portanto a fim de administrar a contento esse novo desafio, a sociedade contemporânea necessita condicionar-se, integrando o idoso no convívio social, excluindo a condição marginal que o ameaça, erradicando também o estigma de improdutivo, de “descartável”, elevando o idoso ao patamar de referência às gerações mais jovens e como tal devendo por todos ser honrado.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, J. R.; WERNECK, G. A. F.; SANTOS, M. A.; SOUZA, R. C. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhora da qualidade de vida? **Ciência & Saúde Coletiva**, Abrasco, Rio de Janeiro, 5 (1): 53 – 52, 2000.

ALMEIDA, O. P.; GARRIDO R.; TAMAI S. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 21 (1), p. 16, 1999.

ARAÚJO T.C.N.; ALVES M.I.C. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos Envelhecimento**. UNATI. [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade Aberta a Terceira Idade; 2000. [citado 7 abr 2010]. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>>

ARBER, S. Social class, non-employment, and chronic illness: Continuing the inequalities in health debate. **BMJ**, 294:1069-1073, 1987.

BARROS, M. B. A. Saúde e Classe Social: **Um Estudo sobre Morbidade e Consumo de Medicamentos**. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1983.

BENET et al. Pharmacokinetics: the dynamics of drug absorption, distribution and elimination. In: GOODMAN AG et al. (org). **The Pharmacological basis of therapeutics**. 9 ed. New York: McGraw-Hill; 1996. p. 3-28.

BERNSTEIN, L. R.; FOLKMAN, S. & LAZARUS, R. S. Characterization of the use and misuse of medications by an elderly, ambulatory population. **Medical Care**, 27:654-663, 1989.

BLANC, P. D.; KATZ, P. & YELIN, E. Mortality risk among elderly workers. **American Journal of Industrial Medicine**, 26:543-547, 1994.

BOFF, L.; ARRUDA M. **Globalização**: desafios socioeconômicos, éticos e educativos. Vozes, Petrópolis, 2000.

BOISIER, Sergio. El desarrollo territorial a partir de La construcción de capital sinérgico. **ILPES**, Santiago, Chile, 1998.

BORGES, P.D.Q.; PEDERIVA, M.P.; DE MAMANN, A. J. **Plano estratégico de desenvolvimento da região do Alto da Serra do Botucaraí**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Portaria Ms nº 675, 30 de março de 2006. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/apresentação_carta_direitos_usuarios_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**, 2003 Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>

BRITO FILHO, L. F. O processo de envelhecimento e o comportamento vocal. Disponível em: <http://www.cefac.br/library/teses/2632e0cb1fd447adf8c48c3f11bae9a3.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2009

BROWN, J.; BOWLING, A.; FLYNN, T. (2004). **Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature**. Disponível em: <http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol_review_no_tables.pdf> Acesso em: 03 dez. 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, [on line], 5 (1) pp.163-177, 2000.

CAMARANO, A. A. (org.). **Como Vive o Idoso Brasileiro?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999a.

_____. **Muito Além dos 60: Os Novos Idosos Brasileiros**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999b.

CAMARANO, A. A. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Texto para discussão N°830 IPEA Rio de Janeiro 2001. Disponível em: <www.ipea.gov.br>. Acesso em: 24 ago. 2005.

_____, et al. **Como vai o idoso brasileiro?** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), 1998.

CAMARGO, K.; VERAS, R. Idosos e universidade: parceria para qualidade de vida, in: Veras, RP (Org.). **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ-UnATI, 1995.

CAMPEDELLI, M.C. Atuação de enfermagem em geriatria e gerontologia. **Rev. Paul. Hosp.** 31(9/10): 198-200, 1983.

CANÇADO, F. A. X. Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte: Coopmed-Health C. R., 1994. 419p.

CASSIA. **Recomendações para o projeto de ambientes adequados ao uso da população idosa**, 2004 Disponível em:
<www.argollo.org/artigos_texto/Entac2004_cassia.pdf>

CEMESPP. **Circuitos da exclusão e da pobreza urbana em Álvares Machado e Rancharia**. Relatório Final (Projeto de pesquisa políticas públicas FAPESP), Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, 2009.

CHECKOWAY, H.; PEARCE, N. & CRAWFORD-BROWN, D. J. Research Methods. **Occupational Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 1989.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO 6 (2):319-328, 2001.

CORNONI-HUNTLEY, J.; BROCK, D. B.; OSTFELD, A. M.; TAYLOR, J. O.; WALLACE, R. B. **Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly**. Washington, DC: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 1986.

DEBERT, G. G. Envelhecimento e representações sobre a velhice. *Ciência Hoje*, vol. 8,44: 60-68, 1988. In: *Família, classe social e etnicidade: um balanço da bibliografia sobre a experiência de envelhecimento*. **BIB (ANPOCS)** 33: 33-49, 1992.

ETGES, V. E. et al. **A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. Vale do Rio Pardo: (re) conhecendo a região**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001.

FABRÍCIO, S. C. C et al. Causas e consequências de quedas em idosos. **Rev Saúde Pública**; 38(1):93-9; 2004. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>

FAMURS, 2012. Disponível em: <www.famurs.com.br>

FERNANDES, J. C.; RAMIRES, J. C. de L.; FERREIRA, D. L. Mobilidade urbana e inclusão social do idoso: uma relação direta. **Caminhos de Geografia** 1 (2) 31-49, dez., 2000.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W. B. **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local – A experiência em Manguinhos/RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco / Fiocruz, 2002.

FLIPPEN, C. & TIENDA, M., 2000. Pathways to retirement: Patterns of labor force participation and labor market exit among the pre-retirement population by race, hispanic origin, and sex. **Journal of Gerontology**, 55B:S14-S27.

FRANCO, R. C. S.; CARVALHO NETO, J. A.; KHOURI, M. A.; NUNES, M. O.; SANTOS Jr., J. W.; MARQUES NETO, J.; SANTANA, V. S. & ALMEIDA FILHO, N. M., 1986/1987. Consumo de medicamentos em grupo populacional da área urbana de Salvador-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 13/14:113-121. Fundação de Economia e Estatística (FEE).

FRIES, J.F. & CRAPO, L.M. **Vitality and aging**: implications of the rectangular curve. San Francisco, W.H. Freeman & Co., 1981.

FRIES, J.F. Aging, natural death and the compression of mortality. **New Engl.J.Med.**, 303 : 130-5, 1980.

GARCIA, A.; PASSOS, A.; CAMPO, A., PINHEIRO, E.; BARROSO, F.; COUTINHO, G.; MESQUITA, L.; ALVES, M.; FRANCO, A. **A depressão e o processo de envelhecimento. Ciências e Cognição**. 7. pp. 111-121, 2006.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M.; Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 759-771.

GORDILHO, A.; NASCIMENTO, J. S.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. **Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

GROISMAN, B. D. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**. 9(1):61-78, 2002.

GUTIERREZ, M. et al. Perfil descriptivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia, In: **Aroyo HV e Cerqueira MT (eds.)**, 1996. La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud em America Latina: un Analisis Sectorial. Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1996.

HAAIGER-RUSKAMP, F. & HEMMINKI, E. The social aspects of drug use, in: **DUKES MNG.(ed.)** Drugutilization Studies: Methods and uses. Helsinki, Finlândia: WHO, 1993.

HAAK, H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia. **Revista de Saúde Pública**, 1989, 23:143-151.

HELMER, C.; BARBERGER-GATEON, P.; LETENNEUR, L. & DARTIGUES, J. F. Subjective health and mortality. French elderly women and men. **Journals of Gerontology**. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 1999, 54:S84-92

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Site Oficial. Disponível em: <www.ibge.org.br>.

IMBASSAY, Mabel. O cuidado em uma relação muito delicada. In: VERAS, Renato. **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro, UERJ, p.133-43, 2001.

JANLERT, U. Unemployment as a disease and disease of the unemployed. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, 1997, 23:79-83.

KACHAR, V. A terceira idade e a inclusão digital. **Revista O mundo da saúde**, 26 (3): 376-381, 2002.

KARSCH, U. M. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: 2003.

KORTEN, A. E.; JORM, A. F.; JIAO, Z.; LETENNEUR, L.; JACOMB, P. A.; HENDERSON, A. S.; CHRISTENSEN, H. & RODGERS, B. Health, cognitive, and psychosocial factors as predictors of mortality, in: An elderly community sample. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 1999, 53:83-88.

LENOIR, R. L'invention Du Troisième age: Constitution Du champ des agents de gestions de la vieillesse. **Actes de la Recherche en sciences sociales**, 26/27: 57-82, 1979.

LIMA, M. A. A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a Terceira Idade: a UnATI/UERJ. **Textos sobre Envelhecimento**, 2(2):56, 1999.

LIMA, M. P. **Gerontologia Educacional: uma pedagogia específica para o idoso; uma nova concepção de velhice**. São Paulo, LTR, 2000.

LIMA, Marcelo Alves. A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: a Unati/UERJ, in: VERAS, Renato. **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro, UERJ, 2001, p.34.

LIMA-COSTA, M. F. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):700-701, mai-jun, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (3):735-743, mai-jun, 2003.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, Santa Cruz - RN, 9 (1): 17-23, 2005.

MENDES, W. **Home Care: Uma Modalidade de Assistência à Saúde**. Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade, 2001.

MINAYO M.C., HARTZ Z.M.A., BUSS P.M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Cien Saúde Colet**, Jan-Fev; 5(1):7-18, 2000.

MOREIRA, C. A. **Atividade física na maturidade: avaliação e prescrição de exercícios**. Rio de Janeiro: Shape, 2001.

NIKOLUS, T. Elderly patient's problems with medication: a hospital and follow up study. **Eur J Clin Pharmacol**, 1996; 49: 225-9.

OLIVEIRA, R. C. S. et al. Pedagogia Social: possibilidade de empoderamento para o idoso. In: **III Congresso Internacional de Pedagogia Social**, (3). São Paulo. Associação Brasileira de Educadores Sociais (ABES), 2010.

OLIVEIRA, R. de C.; OLIVEIRA, F. da S.. UATI / UEPG: A construção de novos saberes para o empoderamento do idoso, in: **XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais, Diversidades e Desigualdades**, UFBA, PAF I e II, Campus de Ondina, Salvador, p. 01, ago, 2011.

OLIVEIRA, R. de C.; SCORTEGAGNA, P. A.; OLIVEIRA, F. da S. A UATI na UEPG: território de construção de saberes e empoderamento do idoso. **Anais do 9º CONEX**. Ponta Grossa: UFGP LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. & GIATTI, L. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (3):735-743, mai-jun, 2003.

ONAWOLA, R. S. & LA VEIST, T. A. Subjective health status as a determinant of mortality among African-American elders. **Journal of the National Medical Association**, 1998, 90:754-758.

OPAS: **La Salud en las Américas**. v. 1, OPAS, Washington, 1998.

PACHECO, Jaine Lisandra, SA, Jeanete Liasch Martins de, GOLDMAN, Sara Negri. **Tempo de Envelhecer** - Processos e Dimensões Psicossociais. Coleção – Ensino da Psicologia. Nau Editora, 2004.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia, Casa da Qualidade. **Coleção saúde Coletiva**, 2000.

PASCOAL, M.; SANTOS, D.S.A.; BROEK, V.V. Qualidade de vida, terceira idade e atividades físicas. **Motriz, Rio Claro**, v.12, n.3, p.217-228, set./dez. 2006.

PASQUALOTTI, A. et al. Experimentação de ambientes informatizados para pessoas idosas: avaliação da qualidade de vida. In: **Anais do I Workshop de Computação da Região Sul**. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Disponível em: <<http://inf.unisul.br/~ines/workcomp/cd/pdfs/2989.pdf>> Acesso em: 08 mar. 2009.

PATE, R. R.; PRATT, M.; BLAIR, S. N.; HASKELL, W. L.; MACERA, C. A.; OUCHARD, C.; BUCHNER, D.; ETTINGER, W.; HEATH, G. W.; KING, A. C.; KRISKA, A.; LEON, A. S.; MARCUS, B. H.; MORRIS, J.; PAFFENBARGER, J. R.; PATRICK, K.; POLLOCK, M. L.; RIPPE, J. M.; SALLIS, J. & WILMORE, J. H., Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, 273:402-407, 1995.

PEREIRA, S. R. **Percursos urbanos**: mobilidade espacial, acessibilidade e o direito à cidade. Tese de Doutorado em Geografia, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, p.311. 2006.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(3), jul-set, 1999, p. 487-496.

REVISTA DO SUS. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 17(4): out-dez, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rev_epi_vol17_n4.pdf>

- RIBEIRO, M. T. F. *et al.* Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4):1285-1292, 2008.
- RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. **Como cuidar dos idosos**. Campinas: Papyrus, 1996. p.7-10,12-14.
- RUBENSTEIN, L. Z. & NASR, S. Z., Health service use in physical illness. In: **Epidemiology in Old Age** (S. Ebrahim & A. Kalache, ed.), pp. 106-125, London: BMJ Publishing Group, 1996.
- SALGADO, C. D. S.; Mulher Idosa: a feminização da velhice. In: **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, V.4, p. 7-19, 2002.
- SECCO, CLTR. **As rugas do tempo nas dobras do literato**. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Letras/UFRJ (mimeo), 1992.
- SERRANO, M. M. Promoção da saúde: um novo paradigma? In: **V Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, Curitiba, Paraná, março de 2002.
- TEIXEIRA C. **O futuro da prevenção**. Instituto de Saúde Coletiva-Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.
- TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p.
- VECCHIA, R. D. *et. al.* Qualidade de vida na terceira idade. **Ver. Bras. Epidemiol**, 8 (3):246-52, 2005.
- VERAS, R. P. & ALVES, M. I. C. A população idosa no Brasil: Considerações acerca do uso de indicadores de saúde, In: **Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80** (M. C. S. Minayo, org.), pp. 320-337, São Paulo: Editora Hucitec, 1994a.
- VERAS, R. P. **País Jovem com Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994b.
- _____. O Anacronismo dos Modelos Assistenciais na Área da Saúde: Mudar e Inovar, Desafios para o Setor Público e o Privado. **Estudos em Saúde Coletiva 211**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

VERAS, R. P. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. In: **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro, 144-11, 23, 26, UERJ, UNATI, 2001a.

_____. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população Brasileira. **Revista USP**, 51:72-85, 2001b.

_____. **Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Jun. 2003.

WHO 1986. Carta de Ottawa. Promoção da Saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsval e Santa Fé de Bogotá. In: **Ministério da Saúde/FIOCRUZ**, pp.11-18. Ministério da Saúde / IEC, Brasília.