

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES  
PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO *STRICTO SENSU* EM  
AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO – DOUTORADO

**A LONGEVIDADE DA POPULAÇÃO DO VALE DO TAQUARI-RS:  
NOVAS TENDÊNCIAS E NECESSIDADES SOCIOECONÔMICAS NAS  
ÁREAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO, CULTURA E LAZER**

Arlete Eli Kunz da Costa

Lajeado, março de 2016

Arlete Eli Kunz da Costa

**A LONGEVIDADE DA POPULAÇÃO DO VALE DO TAQUARI-RS:  
NOVAS TENDÊNCIAS E NECESSIDADES SOCIOECONÔMICAS NAS  
ÁREAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO, CULTURA E LAZER**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado *Stricto Sensu* em Ambiente e Desenvolvimento – Doutorado, do Centro Universitário Univates, como parte da exigência para obtenção do grau de Doutora em Ambiente e Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Noeli Juarez Ferla

Lajeado, março de 2016

“ (...) Não me pergunte quem eu sou e não me diga para permanecer o mesmo...” (Foucault, Arqueologia do Saber).

## **AGRADECIMENTOS**

Ao finalizar este trabalho, após anos de dedicação e persistência, gostaria de agradecer a todos que contribuíram de diferentes maneiras e em diferentes momentos para que fosse possível a sua realização:

- a Deus, por me guiar e dar forças ao longo de toda esta caminhada;
- a minha família, em especial a meu esposo Marino e a meu filho Guilherme, pela paciência, incentivo, carinho e amor incondicional em todos os momentos;
- a minha mãe, Meili, e ao meu irmão, Vernei, e demais familiares pelo apoio e compreensão;
- aos meus amigos, pelo apoio, incentivo e compreensão nos momentos de ausência;
- ao professor Noeli Juarez Ferla, pelas orientações, competência, dedicação e confiança;
- aos professores e colegas do PPGAD, pelos ensinamentos, auxílios e amizade;
- aos colegas da UNIVATES, pelo apoio e auxílio;

Enfim, a todos que partilharam da minha caminhada, concederam apoio e estímulo, contribuíram de forma direta e indireta para a realização do trabalho, meus sinceros  
agradecimentos!

## RESUMO

Devido ao crescimento constante do número de idosos na população mundial, torna-se relevante o estudo sobre a longevidade da população do Vale do Taquari: novas tendências e necessidades socioeconômicas nas áreas de saúde, educação, cultura e lazer. O principal objetivo deste estudo foi conhecer quais as tendências e necessidades socioeconômicas nas áreas de saúde, educação, lazer, cultura dos idosos, em função da longevidade da população do Vale do Taquari, no Rio Grande do Sul. Caracterizou-se como um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com cinco idosos participantes de grupos de convivência, escolhidos aleatoriamente em cada um dos 15 municípios da região de estudo, totalizando 75 entrevistas. No total foram selecionados cinco municípios de cada cultura predominante germânica, italiana e açoriana, com base nos municípios que fazem parte dos 37 municípios pertencentes à 16ª Coordenadoria Regional da Saúde (16ª CRS). Nas definições dos programas sociais e das políticas públicas, o idoso é visto como um novo ator. O perfil do idoso brasileiro constitui-se de um segmento populacional formado por viúvos, possuidores de casa própria, e morando com a família. Quanto à questão da moradia, os resultados mostraram que a família é quem vai morar na casa do idoso e não o contrário. Verifica-se, portanto, que o aumento da população idosa gera necessidades de mudanças na estrutura social para que as pessoas, ao terem suas vidas prolongadas, não fiquem distantes de um espaço social, em relativa alienação, inatividade, incapacidade física, dependência e, conseqüentemente, sem qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Terceira Idade. Vale do Taquari. Estudo Qualitativa

## **ABSTRACT**

The continuous growth in the number of elderly citizens in the global population makes a study about the longevity of the Vale do Taquari population relevant: new trends and needs. The main objective of this study was to learn about which trends and needs socioeconomic in the areas of health, education, leisure, culture, for the elderly as a result of the longevity of the population in Vale do Taquari, Rio Grande do Sul. It is characterized as an exploratory-descriptive study from a qualitative approach. The data were gathered through interviewing five elders who participate in community groups and were randomly chosen in each of the 15 municipalities from the region of study, totaling 75 interviews. A total of 5 municipalities with each predominant culture were selected as Germanic, Italian and Portuguese (Azorean), and based on the municipalities that comprise the 37 municipalities that belong to the 16th Coordenadoria Regional da Saúde (16CRS) (Regional Health Coordination Office). The social and public policy program definitions views the elderly as new players. The Brazilian elderly profile is constituted by a population segment formed by widowers, home-owners, who live with their families. Regarding the housing issue, the results have shown that it is the family that goes to live with the elderly and not the other way round. It is therefore observed that the increase in the elderly population generates needs for changes to the social framework so that those persons, with their extended lives, do not remain distant from a social space, in relative alienation, inactivity, physical incapacity, dependence and, consequently, without any quality of life.

**Key words:** Third Age. Vale do Taquari. Study qualitative

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1 Envelhecimento.....	14
2.1.1 O processo de envelhecimento.....	17
2.1.2 Terceira idade.....	20
2.2 Os idosos no contexto social e cultural.....	21
2.3 Proteção e direitos dos idosos.....	25
2.3.1 A individualização do sujeito.....	26
2.3.2 Estatuto do idoso.....	31
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>42</b>
3.1 Classificação da pesquisa.....	42
3.2 Local da pesquisa.....	44
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	45
3.4 Instrumento da pesquisa.....	45
3.5 Coleta de dados.....	45
3.6 Análise dos dados.....	47
3.7 Critérios éticos.....	47
3.8 Descrição das atividades dos grupos de convivência.....	48
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>49</b>
4.1 Idosos de Origem Açoriana.....	49
4.1.1 Qualidade de vida na velhice.....	52
4.1.2 Necessidades dos idosos de hoje.....	54
4.1.3 Tendências dos idosos.....	55
4.1.4 Necessidades e tendências na saúde.....	57
4.1.5 Necessidades e tendências na educação.....	58
4.1.6 Necessidades e tendências sociais.....	59
4.1.7 Necessidades e tendências econômicas.....	60
4.1.8 Necessidades e tendências no lazer.....	61
4.1.9 Conhecimento do idoso quanto à legislação, aos direitos e ao Estatuto do Idoso.....	61



4.1.10 Doenças crônicas dos idosos e o uso de medicamentos.....	62
4.1.11 Pontos negativos de ser idoso.....	63
4.2 Idosos de Origem Italiana.....	64
4.2.1 Qualidade de vida na velhice.....	67
4.2.2 Necessidades dos idosos de hoje.....	69
4.2.3 Tendências dos idosos.....	70
4.2.4 Necessidades e tendências na saúde.....	71
4.2.5 Necessidades e tendências na educação.....	72
4.2.6 Necessidades e tendências sociais.....	73
4.2.7 Necessidades e tendências econômicas.....	73
4.2.8 Necessidades e tendências no lazer.....	74
4.2.9 Conhecimento do idoso quanto à legislação, aos direitos e ao Estatuto do Idoso.....	75
4.2.10 Doenças crônicas dos idosos e o uso de medicamentos.....	76
4.2.11 Pontos negativos de ser idoso.....	76
4.3 Idosos de Origem Alemã.....	78
4.3.1 Qualidade de vida na velhice.....	81
4.3.2 Necessidades dos idosos de hoje.....	83
4.3.3 Tendências dos idosos.....	83
4.3.4 Necessidades e tendências na saúde.....	85
4.3.5 Necessidades e tendências na educação.....	86
4.3.6 Necessidades e tendências sociais.....	87
4.3.7 Necessidades e tendências econômicas.....	88
4.3.8 Necessidades e tendências no lazer.....	89
4.3.9 Conhecimento do idoso quanto à legislação, aos direitos e ao Estatuto do Idoso.....	90
4.3.10 Doenças crônicas dos idosos e o uso de medicamentos.....	90
4.3.11 Pontos negativos de ser idoso.....	91
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa – Questionário.....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE B – Instrumento de Pesquisa – Entrevista.....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>120</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno contemporâneo que atinge diversos países e traz sérias repercussões econômicas, culturais, éticas, sociais e legais. A respeito do crescimento mundial da população idosa, Renato Veras relata que:

Em 1950, eram cerca de 204 milhões o número de idosos no mundo. Em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente de pessoas já alcançava 579 milhões, o que significou um crescimento de quase oito milhões de idosos por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas, montante equivalente à faixa da população infantil de 0 a 14 anos de idade (VERAS, 2003, p. 13-14).

Houve um aumento da longevidade humana, que passou a alcançar a faixa etária próxima aos 100 anos de idade, cerca de 30 anos a mais do que no século passado (SAYEG, 2003, p. 9). Tal circunstância contribuiu para que o fim da idade profissional não mais coincidissem com o início da perda da autonomia, como frequentemente ocorria, levando alguns autores a se referirem à quarta idade.

O incremento da população idosa se deve, entre outros fatores, à diminuição da fecundidade, à melhoria da qualidade de vida e aos surpreendentes avanços médico-científicos. Apesar da grande vitória da humanidade, a longevidade faz emergir o problema da falibilidade dos sistemas de tutela e proteção social vigente, mesmo para as nações desenvolvidas (VERAS, 2003).

O Brasil, embora seja considerado um país de jovens, depara-se igualmente com o aumento do número de idosos, compreendendo, no ano de 2002, 8,8% do

total da população (VERAS, 2003). Exemplificativamente, no Estado do Rio de Janeiro, no mesmo período, esse índice atingiu o percentual de 11%, ao passo que no Município do Rio de Janeiro chegou a 13,2%, de modo a ultrapassar a média nacional (OMS, 2005). Segundo o Relatório Nacional Brasileiro sobre o Envelhecimento da População Brasileira, a população brasileira com mais de 60 anos poderá chegar, em 2020, a quase 15% do contingente populacional, em razão da alta fecundidade observada nos anos 50 e 60 e da queda da mortalidade que beneficiou todos os grupos populacionais (ONU, 2002). O Brasil, em 2025, será o sexto país mais envelhecido do mundo, com mais de 34 milhões de idosos (OMS, 2005).

Atualmente, a expectativa de vida é de 71 anos, o que significa um aumento de 8,5 anos desde 1980, quando era calculada em 62,5 anos. Não obstante, as mulheres continuam a viver mais 7,6 anos do que os homens, por serem eles mais afetados pela violência quando jovens. Assim, as mulheres estão vivendo em média 74,9 anos, ao passo que os homens vivem 67,3. O Brasil supera, então, a média mundial de 65,4 anos e passa a ocupar o 88º lugar no ranking sobre a expectativa de vida organizada pela ONU (ONU, 2002).

Diante desse crescimento surpreendente da terceira idade, faz-se necessário repensar o papel do Estado, da sociedade e da família, repartindo-se solidariamente a responsabilidade entre os poderes público e privado. O fim da Segunda Guerra Mundial levou à ruptura da perspectiva individualista, presente nas grandes codificações, e fez consignar nas Constituições do século XX o princípio da solidariedade.

Na Europa, a partir da segunda metade do século XX, a Constituição foi alçada ao patamar de norma jurídica suprema dentro do ordenamento. Tal idéia se alastrou pelos países de tradição romano-germânica. Além da imperatividade da norma constitucional, a Carta Magna teve os seus papéis ampliados, passando não só a estruturar o Estado, mas, também, a definir fins e programas de ação futura, o que lhe rendeu a característica de constituição dirigente. Nesse contexto foi elaborada a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, refletindo uma posição abrangente do poder constituinte, comprometida com a garantia das conquistas liberais e com um plano de evolução política de conteúdo social (BARCELLOS, 2002, p. 14-15).

A virada do século foi marcada, portanto, pelo abandono do pensamento liberal-individualista em prol da noção de coexistência e interdependência dos

indivíduos (MORAES, 2001, p. 170). Embora com nova roupagem, a solidariedade representa um resgate histórico do ideal de fraternidade, fruto da Revolução Francesa.

Nesse sentido, a Constituição brasileira de 1988 estatuiu como um dos objetivos da República Federativa do Brasil a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, que tem por finalidade erradicar a pobreza, a marginalização social e a redução das desigualdades sociais e regionais (CF/88, Art. 3º, I e III). Anteriormente, o termo solidariedade encontrava-se presente apenas no Código Civil, na parte relativa ao Direito Obrigacional, para regular os casos em que houvesse pluralidade de credores ou devedores e unidade de objeto (PEREIRA, 1997, p. 58).

A nova tábua axiológica de valores em que se pautaram as Constituições contemporâneas deixou de ter por suporte fático-jurídico as questões patrimoniais para erigir a dignidade da pessoa humana ao ápice do ordenamento. A partir de então, houve uma reorganização do sistema jurídico, que passou a conceber a pessoa humana dentro de um contexto social e não mais vinculada a um plano puramente individual. Nesse sentido, ganha relevo o princípio da solidariedade, o que implica que a Lei Maior exija “que nos ajudemos, mutuamente, a conservar nossa humanidade porque a construção de uma sociedade livre, justa e solidária cabe a todos e a cada um de nós” (MORAES, 2001, p. 71).

O constituinte brasileiro conferiu à dignidade da pessoa humana o status de princípio fundamental, de modo a subordinar a velha concepção do patrimonialismo, marcante em nossa legislação infraconstitucional, a valores existenciais. Dessa forma, todas as pessoas têm assegurado um espaço de integridade moral, pelo simples fato de existirem. O princípio da dignidade está intrinsecamente relacionado à liberdade, aos valores do espírito e às condições básicas de subsistência.

A Carta Constitucional brasileira defere à família<sup>1</sup> especial proteção do Estado, por constituir a base da sociedade. À luz do texto constitucional, a família

<sup>1</sup> Cumpre salientar que, em atenção aos reclamos sociais, o texto normativo de 1988 rompeu com o monopólio jurídico da família legítima, composta

deve ser vocacionada para a promoção do indivíduo. Nesse sentido, a Lei Maior concedeu especial proteção à população infantojuvenil, aclamando a doutrina da proteção integral, que tem por objetivo primordial atender ao melhor interesse do menor. O art. 227 da CF atribui à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar com absoluta prioridade os direitos fundamentais da criança e do adolescente, colocando-os a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

A mesma tutela protetiva foi deferida aos idosos, por constituírem igualmente um segmento mais vulnerável da população. Novamente reparte-se entre a família, a sociedade e o Estado o dever de ampará-los, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (CF/88, art. 230).

Políticas públicas e programas comunitários também devem ser implementados em conformidade com a diretriz constitucional, de forma a priorizar a terceira idade, devendo ser executados preferencialmente no recesso do lar. O benefício de um salário mínimo por mês foi concedido ao idoso que comprove não possuir meios de prover a sua própria subsistência ou de tê-la provida por sua família, ao passo que a gratuidade dos transportes coletivos urbanos foi concedida a todos os maiores de 65 anos (CF/88, art. 230, §2º), abstraída a condição social.

A Lei 8.842, de abril de 1994, versa sobre a política nacional do idoso, tendo criado o Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Por sua vez, a Lei 10.741, de 01.10.2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso, o qual consolida direitos fundamentais da terceira idade e trata da sua tutela, além de organizar a política de atendimento, complementando e aperfeiçoando o diploma legal anterior.

Considera-se idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. O art. 3º reparte entre a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público as obrigações em relação ao idoso, assegurando-lhe absoluta prioridade, nos termos definidos no

---

pelo matrimônio, reconhecendo a união estável entre o homem e a mulher e a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes como entidades familiares (CF/88, art. 226, §§ 3º e 4º).

seu parágrafo único. A prioridade representa um dos principais aspectos do estatuto e se dá na prestação de serviços públicos, administrativos ou judiciais, bem como na prestação de socorro a quem dele necessite. A elaboração de um estatuto direcionado diretamente para as pessoas que vivem a terceira idade reflete a preocupação do legislador brasileiro com a dignidade da pessoa humana na fase idosa da sua vida, por serem maiores os riscos de violação dos seus direitos (BRASIL, 2003).

A vida concede-nos uma sucessão de ensaios que não se anulam entre si, mas se juntam e formam nossa personalidade. O idoso não apaga por inteiro a criança e o adolescente dentro de si, mas, os mantém vivos, verdadeiros e presentes. É como se fosse um devaneio gostoso e saudoso de um corpo que o abrigava e do qual, hoje, é inquilino, não mais se identificando com ele e pouco o aceitando.

Se for verdade que o envelhecer é uma realidade e se prova com um espelho ou com uma foto, também não é menor verdade que, às vezes, o idoso não se reconhece na foto, mas se reconhece na memória e na vivacidade das emoções que teimam em se preservar na senectude. É desse jeito que a infância inconsequente e a adolescência impetuosa podem brotar em um homem ou uma mulher idosa, projetando, assim, sonhos nunca antes imaginados.

Essa transformação e passagem de fase de vida leva o idoso de roldão, fazendo-o experimentar, ao mesmo tempo, a regalia e o medo de dela participar. Esse tempo da vida, que um dia se chamou de senilidade, é, para os que preservaram sua saúde, o que há de mais precioso nesse fenômeno e que ainda não encontrou seu verdadeiro nome, mas que podemos chamar simplesmente de vida. Todavia, na outra ponta, infelizmente, está ainda a grande maioria. Por infortúnios e percalços da vida, apresentam sua saúde abalada por doenças degenerativas, por repercussões de uma vida desregrada e mal conduzida ou por doenças geneticamente herdadas.

Observando-se o rápido processo de envelhecimento da população brasileira, em razão da transição de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, para uma situação inversa, como projetam estatísticas para os próximos anos, acredita-se

que essa mudança configura um desafio que as autoridades sanitárias herdam, especialmente na implantação de novas tendências para o enfrentamento desse problema.

Frente ao exposto, estabeleceu-se como problema de pesquisa: Identificar quais são as novas tendências e necessidades socioeconômicas nas áreas de saúde, educação, cultura, e lazer das pessoas idosas do Vale do Taquari, Rio Grande do Sul?

Assim, o objetivo geral deste trabalho consiste em conhecer as novas tendências e necessidades socioeconômicas nas áreas de saúde, educação, cultura, e lazer das pessoas idosas do Vale do Taquari, estado do Rio Grande do Sul. Objetivos específicos a) Conhecer as condições de moradia, transporte, saúde e alimentação dos idosos nos municípios da 16ª Coordenadoria Regional da Saúde; b) Identificar doenças que afetam os idosos, observando a abrangência dos programas de prevenção, promoção e reabilitação na melhoria da qualidade de vida; c) Verificar se os municípios do Vale do Taquari seguem a Política Nacional do Idoso, Lei 8.842/94, e se o estatuto do idoso influencia na saúde, na educação, no transporte, e na vida social dos idosos; d) Descrever os eventos sociais, suas características e de que forma são usufruídos pelos idosos da região, quantificando a participação dessa crescente parcela da população em grupos de convivência e em viagens turísticas; e) Verificar as oportunidades esperadas ou usufruídas pelos idosos em relação à educação, enfatizando a inclusão em programas de informática (acesso ao mundo on-line), Ensino Fundamental, Médio e Superior.

Com a longevidade da população do Vale do Taquari, foram criados programas adaptados às novas tendências em grupos de convivência dos idosos, oferecendo atividades físicas e culturais, como uso de *internet*, estudos, viagens, entre outras, para que essa parcela da população tenha uma melhor qualidade de vida.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Envelhecimento

Os indivíduos humanos são os únicos dentro do reino animal que, após o período reprodutivo, possuem uma vida longa. Nas demais espécies animais, não é vantajoso manter um ser velho e improdutivo na comunidade, pois acelera o esgotamento dos recursos do ambiente. “Isso sugere que a maior duração da velhice humana tenha sido incorporada e preservada evolutivamente devido a uma função do ponto de vista adaptativo” (PATRICIO; HOSHINO; RIBEIRO, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o envelhecimento como “a menor capacidade de adaptação dos processos metabólicos às influências do meio ambiente” e utiliza um critério cronológico, classificando o envelhecimento em quatro estágios: (45 a 59 anos); idosos (60 a 74 anos); anciões (75 a 90 anos); velhice extrema (a partir de 90 anos).

O crescente aumento da população idosa e os complexos problemas de saúde que a acometem tornaram evidente a necessidade de atenção adequada à saúde. Esse aumento ocorre pelas mudanças na estrutura etária da população, devido às melhores condições de vida das pessoas.

Marin *et al.* (2008, p. 205) nos dizem que:

No Brasil, a população idosa perfazia, em 2002, um total de 14,1 milhões de pessoas e, para 2025, projeta-se um total de 33,4 milhões. Entre 1950 e 2025, a população idosa terá crescido 16 vezes contra cinco vezes a população total. Destaca-se na população idosa o aumento do número de pessoas com 80 anos ou mais, sendo essa a faixa etária de maior



crescimento tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento.

O envelhecimento consiste em um processo de mudanças universais as quais são pautadas geneticamente para cada espécie ou indivíduo. Não é um processo igual para todas as pessoas, uma vez que diversos fatores estão envolvidos. Sendo assim, a velhice é mais uma etapa da vida, na qual o indivíduo deve ter atitudes positivas, aprender a conviver consigo mesmo e com seu corpo da maneira como é.

Litvoc; Brito (2004) entendem o envelhecimento como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, no qual interagem múltiplos fatores biológicos, psíquicos e sociais. Dessa forma, a cada dia que passa o corpo envelhece. Esse processo se manifesta na perda das forças, no raciocínio mais lento, na diminuição da velocidade ao caminhar, interferindo cada vez mais na vida do indivíduo.

Segundo Eliopoulos (2011), existem três definições que explicam o envelhecimento: Envelhecimento Biológico - envelhecer é diferente não apenas entre as espécies, mas também entre uma pessoa e outra. Não há dois seres que envelhecem da mesma maneira, havendo graus variados de mudanças fisiológicas, de capacidades e de limitações em determinada faixa etária. Além disso, há a taxa de envelhecimento entre diferentes sistemas, um mostrando declínio significativo, ao mesmo tempo em que outro não evidencia mudanças; Envelhecimento Psicológico - investiga os processos mentais, o comportamento e os sentimentos das pessoas durante seu ciclo de vida, além de alguns mecanismos usados por elas para o enfrentamento dos desafios que encontram no processo de envelhecimento; Envelhecimento Social - trata do impacto da sociedade nos adultos e idosos, não sendo a idade somente um espaço de tempo, mas uma categoria, um modo diferente de viver, com suas características pessoais e de cada faixa etária.

Porém, Costa (2003) *apud* Bettio (2010) afirma que atualmente não existe uma teoria geral sobre o envelhecimento. O critério cronológico é o mais aceito no momento, não satisfazendo toda a concepção sobre o que seria o processo de envelhecimento.

O processo de envelhecimento consiste em uma fase de declínio, doenças, tristezas, solidão, afastamento social, rejeição e retorno à infância, mas pode trazer

ganhos, tais como sabedoria, tranquilidade, senso de humor, liberdade, prudência, aceitação e senso de realização pessoal (SIMSON; NÉRI; CACHIONI, 2003).

Sendo assim, é necessário auxiliar os idosos no enfrentamento desse processo de envelhecimento, por meio de informações e atividades que procurem resgatar sua autonomia, evitando e compensando parcialmente as perdas da velhice, por meio de investimentos na própria saúde e no aperfeiçoamento pessoal. Assim, envelhecer bem é uma responsabilidade individual a ser enfrentada com arte e discernimento. É de suma importância que sejam corrigidos os preconceitos em relação aos idosos, pois estes merecem respeito e reconhecimento pelas contribuições que já deram à sociedade.

O cuidado com idosos pode se dar também por meio das leis que amparam seus direitos. Como exemplo, citam-se o Estatuto do Idoso, que regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, e a Lei nº 8.842/94, que criou o Conselho Nacional do Idoso, responsável pela viabilização do convívio, integração e ocupação da pessoa idosa na sociedade, por meio de sua participação na formulação das políticas públicas projetos e planos destinados à sua faixa etária (BRASIL, 1994).

Conforme Veras (1999), a Emenda Constitucional nº 29 da Constituição Federal de 1988 define que os recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde provenientes da arrecadação de impostos devem ser de responsabilidade dos Estados e do Distrito Federal (12%) e dos Municípios e do Distrito Federal (15%). Ainda segundo a Emenda Constitucional mencionada, os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão manter um registro contábil relacionado às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde. Já o gestor de saúde deverá promover a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo setor da Federação.

### 2.1.1 O processo de envelhecimento

A população mundial de idosos aumenta o que pode ser explicado pelo avanço da ciência, que tem melhorado a qualidade e a expectativa de vida. Durante séculos o homem não se preocupou com o envelhecimento já que o tempo médio de vida era muito pequeno, devido às condições precárias de vida, à fragilidade diante das doenças, ao desconhecimento da etiologia, dentre outros fatores (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Carvalho Filho e Netto (1994, p. 2 apud Rios-Neto, 2005) definem o envelhecimento como:

Processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Entre 1980 e 2020, a população mundial total deverá crescer 80%, enquanto a população de idosos crescerá 160% (RAMOS, 2003). Apesar do limite biológico de idade do ser humano não ter se modificado, a proporção de pessoas que vivem até próximo desse limite tem aumentado (RAMOS, 2003). O segmento da população que atinge a maior idade está crescendo e ocupando um grande espaço. No Brasil, em 1990, havia cerca de 10 milhões de pessoas acima de 65 anos de idade, e há uma previsão para o ano de 2025 de 35 milhões de idosos, quando o Brasil ocupará o 6º lugar entre os demais (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Hoje, o último censo nos mostra essa nova realidade. Em 1990, a expectativa de vida do brasileiro era em média de 60 anos, já em 2000 houve um aumento para 68 anos e 7 meses. Para quem tem, hoje, 40 anos, a expectativa atual é de 73 anos e 10 meses; para quem tem 60 anos, um aumento para 77 anos e 9 meses. Segundo o IBGE, as mulheres vivem mais, e a diferença entre homens e mulheres em 1991 era de sete anos e 2 meses; em 2000, de sete anos e 9 meses. A menor expectativa de vida do país é a do Estado de Alagoas, com uma média de 63 anos e 2 meses e a média mais alta situa-se no estado do Rio Grande do Sul, com 71 anos e 7 meses (CAMARANO, 2002).

Percebe-se que no Brasil, segundo Camarano (2002), a transição demográfica ocorre de forma rápida e intensa. A proporção de pessoas acima de 60 anos dobrou nos últimos 50 anos, passando de 4%, em 1940, para 9%, em 2000.

Observam-se também alterações nos padrões de morbimortalidade. Conforme Ribeiro e Pereira (2005), enfoca-se a complexidade de mudanças nos padrões de saúde, doença, mortalidade, fecundidade e estrutura etária, aliados aos determinantes ecológicos e socioeconômicos, ao estilo de vida e a cuidados em saúde.

A transição epidemiológica pode ocorrer em cinco eras, descritas a seguir:

- Era das pestes e da fome: caracterizada por altíssima mortalidade, alta fecundidade e crescimento intenso da população;

- Era do retrocesso nas pandemias: declínio progressivo das pandemias e epidemias locais, tanto na frequência como na magnitude, resultando em queda da mortalidade;

- Era das doenças degenerativas e causadas pelo homem;

- Era do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, envelhecimento, modificação do estilo de vida e emergência e reemergência de doenças;

- Era da longevidade paradoxal, morbidade enigmática emergente e tecnologia para sobrevivência com incapacidade: é um estágio futuro para os países que já experimentaram a quarta fase (RIBEIRO; PEREIRA, 2005).

A preocupação pelas doenças infectocontagiosas perdeu espaço para a alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis que apresentam longa duração e risco de complicações, exigindo constante controle e cuidados permanentes (RAMOS, 2003).

O desempenho funcional do idoso vai se deteriorando pouco a pouco, o que caracteriza maior fragilidade dos indivíduos com idade mais avançada (FREITAS, MIRANDA; NERY, 2001 apud FERREIRA et al., 2005). Ou seja, o declínio funcional, decorrente do próprio processo de envelhecimento, aliado aos processos mórbidos, acaba por limitar o idoso no desempenho de diversas atividades de sua vida diária.

A questão da dependência constitui-se em um fator de risco para a mortalidade, sendo mais relevante que as próprias doenças que levaram à dependência. O termo dependência liga-se intimamente com o termo fragilidade, vista como o estado caracterizado pela redução da reserva dos diversos sistemas fisiológicos, determinada pela combinação entre o envelhecimento biológico, condições crônicas e abuso ou desuso (FARINATTI, 2002).

A capacidade funcional surge como um conceito mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Tal termo é definido como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma (GORDILHO et al., 2000, p. 48).

A grande maioria das doenças crônicas, advindas do processo de envelhecimento, resulta na perda das funções físicas e mentais dos idosos, interferindo nas atividades cotidianas e, por consequência, na capacidade funcional (CARVALHO; GARCIA, 2003).

As principais modificações apresentadas pelos idosos são: diminuição da massa óssea; atrofia da musculatura esquelética; redução da água intracelular; aumento e redistribuição da gordura; diminuição da concentração de albumina sérica; redução da taxa de metabolismo basal; alteração do sistema de regulação de temperatura; diminuição da imunidade celular e aumento da predisposição a formar anticorpos e, assim, desenvolver doenças autoimunes (FARINATTI, 2002; NODIN; VAZ, 2005).

Prado e Sayd (2004) dividem em duas categorias as teorias existentes que visam a explicar o processo de envelhecimento. No entanto, até o presente, não existe nenhuma teoria que seja completa e explique tudo o que ocorre no referido processo. Há mudanças físicas e fisiológicas definidas durante o ciclo vital. Estas não ocorrem no mesmo grau para todos os indivíduos: há amplas variações individuais.

Paralelamente a essas mudanças e perdas normais dessa etapa, o organismo torna-se mais vulnerável a problemas de saúde e alguns estão mais relacionados à idade madura, isto é, são mais frequentes na terceira idade. Dentre elas, podemos citar: osteoporose; alterações hormonais; doenças cardiovasculares;

distúrbios da memória; demências (Alzheimer, escleroses múltiplas); depressões; incontinência urinária e Parkinson (MOTA, FIGUEIREDO; DUARTE, 2004 apud FERREIRA et al., 2005).

### **2.1.2 Terceira Idade**

O conceito de velhice adquiriu importância apenas depois do século XVIII. Diante da necessidade de criar condições específicas para um maior conhecimento sobre a velhice, surgiu a Gerontologia, ciência de caráter multidisciplinar que estuda todos os aspectos do envelhecimento (sanitário, sociológico, econômico, entre outros) (MONTEIRO, 2001).

A terceira idade, como faixa etária, denuncia a decorrência do tempo que apresenta como característica a irreversibilidade do processo de envelhecimento biológico determinado por um relógio genético e fatores ambientais. Inscreve-se no tempo entre o nascimento e a morte do indivíduo. Dada a dificuldade de precisar o tempo de início desse processo, o critério mais simples para se inserir um indivíduo no período da terceira idade parece ser o critério cronológico (BALLONE et al., 1981, p. 37).

Na perspectiva do significado da velhice, segundo Ferreira (1988, p. 667), a palavra velho traz em uma de suas conotações: “desusado, antiquado; obsoleto ‘é estado ou condição de velho’ e/ou ‘rabugice’”. Da mesma forma, Simões (1994, p. 14 apud Siqueira e Vieira, 2005) afirma que a expressão velho pode significar perda, deterioração, inutilidade, fragilidade, decadência, antigo, gasto pelo uso. Tais significados acabaram por criar uma concepção pejorativa a respeito da velhice, resumindo-a a estereótipos, preconceitos, mitos e rótulos sempre desabonadores.

Numa tentativa de superar esse entendimento, novos estudos buscaram uma designação para os jovens aposentados que correspondesse à ideia de um envelhecimento independente e ativo. Cunhou-se, então, a expressão “terceira idade” (Peixoto, 1998, p. 46 apud Moreira, 2001), relacionando a imagem da velhice com experiência, independência, liberdade e prazer.

A terceira idade, mais que um corte cronológico, destaca-se como resultado e prolongamento de um processo progressivo de mudanças, comumente ligado à passagem do tempo. Por exemplo, alterações na audição, na visão, diminuição da densidade óssea, atrofia celular (rugas), diminuição progressiva da velocidade de condução nervosa e da intensidade de reflexos, entres outros. Embora todas as fases da vida sejam caracterizadas por um conjunto de mudanças orgânicas, as alterações biológicas e psicológicas, aliadas a preconceitos, tornam-se mais evidentes e comprometem a capacidade de adaptação das pessoas de terceira idade ao meio ambiente.

Importante se faz o conhecimento acurado desse período da vida humana, num estudo que se preocupe com o processo de envelhecimento; que busque dissociar a fase do envelhecer do termo doenças. Se cada indivíduo apresenta uma forma de envelhecer, então não é possível definir a velhice simplesmente pelo referencial da cronologia, mas devem-se privilegiar, sobretudo, as alterações fisiológicas, celulares, teciduais, orgânicas e funcionais (PAPALÉO, 1997, p. 313).

A concepção de Deepack Chopra (1999, p. 87) considera que há três modos distintos e separados de medir a idade de alguém: a idade cronológica, a biológica e a psicológica, devido à complexidade de forças que operam dentro de um corpo que envelhece.

## **2.2 Os idosos no contexto social e cultural**

O homem está interligado ao meio em que se insere tanto como produto quanto como produtor da sua história e também da história da sua sociedade. Os homens são os personagens de uma história que eles mesmos criam, o que os faz autores e personagens ao mesmo tempo (CIAMPA, 1984, p.60 apud JUNIOR e GUZZO, 2005). O ser humano não sobrevive por si mesmo, nem se constrói como tal. "O indivíduo histórico-social é também um ser biológico, constitui-se através da rede de inter-relações sociais" (BONIN, 1998, p.61 apud JUNIOR; GUZZO, 2005).

Constitui-se mediante uma "rede de inter-relações em movimento", tendo presente que o sujeito é ativo, orienta-se no mundo e é capaz de tomar decisões (BONIN, 1998, p. 59 apud JUNIOR; GUZZO, 2005). Nesse sentido, é necessário

entender o idoso integrado a um setor social e capaz de participar ativamente de sua comunidade. Em decorrência disso, as questões da velhice assumem dimensões que são reveladas nos aspectos demográficos, sociais e econômicos.

Para Martins (1974, p. 335), que considera a velhice como fenômeno social, “pertencem ao campo socioeconômico os fatores determinantes desse novo fenômeno: 1) aumento da expectativa de vida e crescimento da proporção de idosos na população; 2) crescente apelo à capacidade da economia coletiva para ocorrer a manutenção do setor inativo; 3) decrescente demanda de elementos idosos para participarem da força de trabalho; 4) ampliação de planos públicos e particulares de previdência e assistência”.

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 230, afirma que “o Estado e a família têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, e garantir-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988).

A população que atravessa o período da velhice, na maior parte, precisa de um espaço social, com educação para o envelhecimento saudável e natural, de forma a torná-la participativa na trama da sociedade (PLONER, 2000, p. 23). Atualmente, num repensar das bases culturais, vêm surgindo grupos de terceira idade como a Universidade da Terceira idade, as denominadas “Les Universités du Troisième Âge” e Centros de Atividades, SESC (Serviço Social do Comércio) (PLONER, 2000).

A construção da identidade de um povo depende única e exclusivamente das experiências adquiridas por atributos culturais estabelecidos pela sociedade. Castells (1999) admite haver três formas de origem de construção de identidades: a) Identidade legitimadora, a qual é encabeçada pelos dominantes com objetivos de ampliar e racionalizar sua dominação em relação aos atores sociais; b) Identidade de resistência, a qual é originada por atores opostos à sociedade; c) Identidade de projeto, quando os atores criam uma nova identidade para restabelecer sua situação na sociedade, utilizando a comunicação.

Castells (1999) aponta que, desse modo, cada uma delas apresenta consequências distintas. Por exemplo: a identidade legitimadora origina uma



sociedade civil, com constituições e fundações; a de resistência compõe comunidades e resistência coletiva a alguma força; e a identidade de projeto produz indivíduos, atingindo seu significado pela sua prática. Dessa forma, as identidades devem ser observadas como procedentes de um contexto social.

Barth (1969, p. 117) critica o conceito de grupo étnico como “unidade portadora de cultura” e propõe outras definições que determinam uma população: perpetuação por meios biológicos; participação de valores culturais fundamentais; composição de um campo de comunicação e interação; ter um grupo de membros que se identifica e é identificado por outros como constituintes de uma categoria diferenciada. Dessa forma, partilhar uma cultura é considerado de suma importância. O aspecto cultural dos portadores tem sido colocado para destacar a classificação dos indivíduos ou grupos através de traços particulares da cultura. Desse modo, as dissimilaridades passam a ser entre as culturas, não havendo, assim, organizações étnicas.

Segundo Schein (2009, p. 7), o conceito de cultura tem uma história longa e diversificada. A palavra cultura tem sido utilizada por advogados para indicar sofisticação, por antropólogos para referir-se aos costumes e rituais que as sociedades desenvolvem no curso de sua história e, nas últimas décadas, para se referir às práticas que as organizações desenvolvem ao lidar com pessoas, ou aos valores expostos e ao credo de uma organização.

Para o antropólogo americano Harris (1969), a ideia de cultura surge com John Locke, ao escrever um ensaio acerca do entendimento humano, em que ele procura demonstrar que a mente humana não ultrapassa uma caixa vazia no momento do nascimento, com capacidade ilimitada de obter conhecimento, pelo processo de endoculturação<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> **Endoculturação** é o processo permanente de aprendizagem de uma cultura que se inicia com assimilação de valores e experiências a partir do nascimento de um indivíduo e que se completa com a morte. Este processo de aprendizagem é permanente, desde a infância até à idade adulta de um indivíduo. A

Larraia (1986) esclarece que o motivo da endoculturação é o fato do comportamento dos indivíduos depender de um aprendizado. Para Lakatos (1992, p. 118), “este processo ocorre desde a infância por meio de aprendizado e educação; fato que ocorre constantemente com o homem, fora e dentro de uma organização social”.

Fleury e Fischer (1996) comentam que, se o conceito de cultura não estiver claro, corre-se o risco de tornar a cultura organizacional uma grande vala comum, em que todos os problemas de origem mais obscura e, também, todas as propostas de mudanças abstratas serão depositados.

A partir do momento em que se estabeleceu uma definição para a palavra cultura, antropólogos, sociólogos, psicólogos sociais e outros pesquisadores, começaram a estudar e a discutir sobre cultura, sua influência sobre as pessoas e organizações e como é criada, passada e absorvida pelas pessoas e pela sociedade. O estudo acerca do tema tem se intensificado à medida que os contatos entre povos e nações se aceleraram.

Malinowsky (1997) afirma que a cultura consiste no conjunto integral de instrumentos e bens de consumo, nos códigos constitucionais dos vários grupos sociais, nas ideias e artes, nos costumes e nas crenças humanas.

Geertz (1978, p. 33) propõe que a “cultura deve ser vista como um conjunto de mecanismos de controle, planos, receitas, regras e instituições para governar o comportamento”. O autor considera como “mecanismo de controle”, palavras, gestos, desenhos, sons musicais, objetos ou qualquer coisa que seja usada para impor um significado à experiência, o que ele determina como símbolos significantes. “Esses símbolos, são utilizados nas sociedades e transmitidos aos indivíduos, que nela estão inseridas; esses símbolos serão utilizados por alguns enquanto vivem, e permanecerão em circulação, mesmo após a morte desses indivíduos”.

---

medida que o individuo nasce, cresce, e desenvolve, ele aprende envolvendo-se cada vez mais a agir da forma que lhe foi ensinado (FREDERICO, 2009).

Para a sociologia, a cultura se expressa como o conjunto de normas desenvolvidas por um grupo de pessoas, transmitidas e modificadas no tempo, capazes de determinar os comportamentos individuais aceitáveis nos relacionamentos e que contribuem, de forma significativa, para a formação da identidade individual e do grupo. A cultura caracteriza e estabelece distinção entre os grupos (LAKATOS, 1992).

Segundo Blattmann (2006), a cultura representa para a sociedade e ou para as organizações o que a memória representa para os indivíduos. Dessa forma, abrange todas as soluções que funcionaram no passado e são adaptadas ao presente. De acordo com o autor, a cultura consiste de elementos compartilhados que compõem a forma de perceber, pensar, agir e comunicar dos seus membros. Esses elementos compartilhados por uma sociedade ou uma organização são transmitidos e compartilhados através de vários mecanismos. As prioridades identificadas em uma sociedade ou em uma organização, na verdade, explicitam a estrutura básica da sua cultura, valores, normas e crenças.

### **2.3 Proteção e direito dos idosos**

Objetiva-se verificar como a Lei 10.741/03 assegurou proteção ao idoso. Para tanto, são analisados alguns artigos, permitindo-se uma visão geral do Estatuto.

O Estatuto Nacional do Idoso foi instituído com a finalidade de regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, para que possam envelhecer dignamente. Todos têm o dever de zelar pela dignidade do idoso, “colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (BRASIL, 2003).

Nos termos do Estatuto e da legislação brasileira vigente, “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social”. Envelhecer com dignidade pressupõe a preservação da saúde física e psicológica, além do respeito à integridade moral da pessoa. Para preservar, é preciso proteger, mas assegurando sempre o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade (BRASIL, 2003).

A pessoa idosa, embora vulnerável, está apta ao exercício das atividades da vida civil, sendo sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, uma vez que a idade avançada, por si só, não traduz incapacidade. Nesse sentido, é preciso respeitar a sua autonomia, os seus valores, as suas ideias e crenças, ou seja, o seu poder de decidir por si só e de manifestar livremente o seu pensamento.

### **2.3.1 A Individualização do sujeito**

Na filosofia geral, dentro do modernismo, prevaleceu a visão do homem como um ser isolado, fechado em seu próprio eu, o que se convencionou chamar de individualismo (VILLEY, 1977). São três conjuntos de ideias que levaram ao desenvolvimento dessa visão do ser humano, mesmo subvertidas em sua essência: a) o cristianismo; b) o humanismo; e c) o nominalismo.

O cristianismo encabeça, de certa forma, a aparição do subjetivismo no mundo, mesmo que não apresente todas as características deste como o entendemos hoje. Enquanto para os gregos o indivíduo é encarado como membro da cidade grega, como parte desta e inexistente sem a mesma, para os judeus, origem do cristianismo primitivo, o indivíduo faz parte de uma nação, de uma reunião de indivíduos. .

Como afirma Villey (1977), com o cristianismo, o homem é um fim superior em si mesmo, somente inferior a Deus; o homem assume a posição de “irmão do outro homem”, de seu igual, o individual passará a assumir posição mais aparente dentro do coletivo. O Estado não é o fim do homem, mas este passa a ser o fim daquele.

A vida cristã é um conjunto de relações interpessoais, seja com o próximo, seja com Cristo, que “assume a condição de homem”. Há a exaltação da caridade que lança sua visão sobre o indivíduo, o próximo; a pessoa humana individualizada é um universo de pessoas. O indivíduo, no Cristianismo, é um ser “naturalmente político”.

O Cristianismo, entretanto, assume uma característica toda especial no que concerne ao individualismo, uma vez que ele não é absoluto para o cristão. A lei

prescreve condutas individuais para atingir a um fim supraindividual que consiste numa fusão entre o indivíduo e Deus, entre o indivíduo e o seu semelhante.

Com o humanismo, movimento do Renascimento, há a ruptura, provocada pela ascendente burguesia europeia, do clericalismo, típico de um momento medieval, para um laicismo que, afastando os motivos teológicos, passa a ver o indivíduo sob uma ótica tipicamente helenística, uma ótica da moral individual. No humanismo, há um interesse muito maior pelo homem do que por Deus, é o início da exaltação do homem que passa a substituir Deus. Este homem também é encarado pelo humanismo como um indivíduo, sendo que não há, como no cristianismo, a visão solidária de ver no outro homem seu semelhante, seu próximo.

O indivíduo trazido pelo humanismo é egoísta, sem relação natural com seus semelhantes. A moral humanista é centrada no prazer individual, de forma que cada pessoa procura seu prazer de forma egocêntrica. Por ter afastado Deus de sua relação intersubjetiva, e por estar firmando-a apenas num código moral individual, o homem incorre no afastamento da solidariedade (VILLEY, 1977).

Tal posição filosófica nada mais é do que um aspecto ideológico da própria condição de vida burguesa em que o indivíduo, o ser humano, quebrou os laços com a vida campestre medieval, passando a viver mais nas cidades, deixando sua situação de servo ou senhor para compor a condição de burguês ou proletário, dependendo muito menos dos outros, aspirando a viver por si só (VILLEY, 1977). O indivíduo aspira à completa liberdade para buscar seus objetivos, mesmo que para isso se utilize do outro indivíduo como fonte de prazer e lucro.

O nominalismo, por sua vez, tem a compreensão de seu universo composta por seres individuais. Para os nominalistas, o real é o individual, sendo o coletivo apenas abstração que se tem para designar mais facilmente uma pluralidade de indivíduos que têm entre si algum fator semelhante. Os indivíduos são, no dizer de Villey (1977), "... instrumentos linguísticos que nos servem para 'conotar' uma pluralidade de objetos, havendo entre eles qualquer semelhança". Para o nominalismo, os chamados universais somente têm efeito mental para ajudar-nos a raciocinar, a operar com fenômenos singulares.

Dentro dessa visão, resultado da própria escolástica, há também o Scotismo que, criado e desenvolvido por Duns Scot, teólogo do século XIV, vê o mundo também como composto por indivíduos. Somente acredita e admite a existência de certos universais naturalmente participantes do mundo real, tal como a natureza humana, uma vez que todo indivíduo já nasceria fazendo parte desse universal, tomando parte dessa natureza coletiva (VILLEY, 1977).

Podemos dizer que o individualismo, o subjetivismo, nascido com o cristianismo, encontrou solo fértil para sua realização mais plena dentro dos ideais burgueses, ainda que amplamente afastado do objetivo maior do individualismo e subjetivismo cristãos, que é a solidariedade.

O ser humano individualista vê no outro um sujeito que pode ser amado ou odiado, mas, sobretudo, vê no desconhecido alguém que lhe é indiferente. A sociedade liberal da modernidade é plenamente oposta à tribal, do feudalismo. Nessa sociedade, os indivíduos pertencem a um número incontável de grupos, afetando, cada grupo, uma parcela de sua vida e de sua esfera jurídica. Há, portanto, a fragmentação da personalidade (UNGER, 1988, p. 156).

A natureza do liame, do vínculo que une as pessoas na sociedade moderna, não é nem a honra da sociedade feudal, nem a solidariedade das sociedades cristãs, nem, muito menos, a Polis dos gregos - é nada mais nada menos que a associação de interesses (UNGER, 1988, p. 160). Através dessa associação de interesses, os homens se submetem às normas relativamente estáveis e uniformes por acreditarem que, dessa forma, lhes será dada uma gama de vantagens e não por participarem de uma mesma noção de virtude e verdade.

O plano da modernidade vê o indivíduo, portanto, como ser individual, separado do coletivo e, ao mesmo tempo, como uma cifra, um número, um percentual, participante da massa. Aí está o grande paradoxo de todo o trabalho e de toda a ideia e plano da modernidade. Se por um lado o homem, o sujeito, é um ser único e individual quanto a seus direitos para a modernidade, o é porque se constitui num cidadão, numa cifra, num número participante do Estado.

No centro do pensamento jurídico moderno, representado, sobretudo, pelo contrato social Hobbesiano, está o direito subjetivo, concebido como atributo de um

sujeito individual. Diferentemente do conceito romano de direito em que este assume a posição do justo (*jus id quod justum est*), o seu conceito moderno, quando aplicado ao indivíduo, designa a parte justa que lhe pertence. Com o direito subjetivo, o direito passou a ser uma relação com os outros.

Também há o direito objetivo que se constitui num conjunto de leis absolutamente iguais para toda a coletividade, mesmo que composta de indivíduos completamente diferentes. O direito objetivo é um direito auxiliar, e o subjetivo, o centro das relações jurídicas dentro do conceito moderno de direito dos sujeitos. Assim, o direito subjetivo traz em si o fechamento do conceito jurídico do individualismo como parte do mundo do direito, ou, mais ainda, como fator indispensável à própria existência do direito.

O direito objetivo se apresenta, pois, como um conjunto de imperativos ao qual o direito subjetivo está submetido, uma vez que a atividade do sujeito é tutelada na medida em que é juridicamente limitada (DEL VECCHIO, 1979). Dizemos também que dois elementos são típicos do direito subjetivo: a possibilidade de querer, a vontade, desde que limitada pelos imperativos do direito objetivo (elemento interno); e a possibilidade de exigir-se respeito do alter em relação ao nosso desejo de agir (elemento externo).

Resta dizer ainda que há uma intrínseca conexão entre o direito subjetivo e o direito objetivo, uma vez que não se pode falar em faculdade legal de querer ou de agir sem que esteja ligada a uma norma genérica, que, por sua vez, nada mais é do que uma delimitadora das faculdades.

O direito subjetivo é um interesse protegido ou tutelado pela lei e, muito mais do que isso, é a própria autoproteção do interesse. Assim, o direito na modernidade é expressão da subjetividade, do eu que se sobrepõe ao coletivo, no âmbito da individualidade. Quando tais relações se dão em massa, mesmo assim se dão de forma individualizada.

A norma jurídica sempre coloca em relação duas pessoas, ainda que uma delas seja o alter, a totalidade, a coletividade, sendo sempre uma das pessoas o titular de uma faculdade ou pretensão, e o outro suporte da relação correspondente. Nesse caso, não é o direito que cria a relação entre as pessoas, pois ela já existe e

é preexistente ao direito, que surge por sua vez como um ordenador que lhe dá forma, fixando, como diz Del Vecchio (1979), os limites das recíprocas exigibilidades.

Em todas as investigações científicas sobre a matéria, resta uma inquirição básica: quem pode ser considerado sujeito de direito?

Para Del Vecchio (1979), por se referir o direito essencialmente ao querer e ao operar, somente os capacitados e dotados dessas características, ou seja, somente aqueles que podem querer e operar poderão ser considerados sujeitos de direito. O homem, o ser humano, é, nessa ótica, um sujeito de direito nato. Tal afirmação, entretanto, se realizada, levando-se em conta momentos históricos do passado, não será de todo verdadeira, uma vez que, historicamente, duas categorias de seres humanos não tiveram reconhecida sua condição de pessoa de direito: os escravos e os estrangeiros.

Mesmo assim, a lei não poderia deixar de dobrar-se aos fatos, visto que, nesses momentos históricos, mesmo não recebendo a condição de pessoa, mas de coisa (res), os escravos pertenciam a uma categoria de coisas especiais que se viam inclusive na possibilidade de comprarem sua própria liberdade e, conseqüentemente, seu status personae (DEL VECCHIO, 1979).

Outra característica do momento moderno, além do formalismo, dá-se pela aparição da personalidade jurídica, concebendo-se um fenômeno que, ao mesmo tempo em que admite a individualização do direito para as pessoas, cria sujeitos de direito coletivos cuja relação se dará de forma individualizada. São as pessoas jurídicas no sentido estrito do termo.

Além do homem, são consideradas pessoas de direito as pessoas jurídicas *stricto sensu*, que são entes coletivos ou supraindividuais dotados dos requisitos de capacidade de querer e de operar. Assim, por ser o indivíduo incapaz de desenvolver sozinho determinadas atividades e alcançar certos fins, forma organizações dotadas de estrutura e personalidade próprias. Mesmo assim, por não existirem de *per se*, operam por meio dos indivíduos, sem que com eles se confundam, restando seus patrimônios separados (DEL VECCHIO, 1979).



Para alguns, as pessoas jurídicas não existiriam, havendo somente certas massas de bens, certos patrimônios que seriam equiparados às pessoas físicas. É a chamada teoria da equiparação.

Há ainda os defensores da teoria dos direitos sem sujeitos, que admitem a existência do direito sem o sujeito, afirmando que o direito é uma faculdade do querer e, portanto, impessoal, não sendo o sujeito elemento necessário à sua existência. Tal teoria não procede, em razão de que pode ser a relação jurídica impessoal, sem ser determinado seu sujeito, mas isto não exclui a existência do sujeito, em absoluto, da relação jurídica (DEL VECCHIO, 1979).

Para Ihering (), os sujeitos das relações jurídicas são aquelas pessoas que são destinatários dos bens das pessoas jurídicas, sendo estas últimas apenas veículo de inter-relação entre seus destinatários com terceiros.

Del Vecchio (1979), defendendo a existência real das pessoas jurídicas, afirma que:

Todas as teorias criticadas têm, pois, de comum o seu caráter mais ou menos negativo. No entanto, as pessoas jurídicas são reais - muito embora o seu tipo de realidade seja *sui generis*, inteligível e não sensível. Mas este tipo de realidade pertence à realidade jurídica. Sem dúvida o ente jurídico tem sempre como substrato um complexo de necessidades efetivas e concretas; é uma força viva que desempenha funções atuais e reais. Quanto a este aspecto, o direito não o cria, mas limita-se a discipliná-lo. O ordenamento jurídico reconhece os entes, não lhes dá a vida. Diversos são os fins supra-individuais e por isso vários são os entes que o perseguem. (...) Mas em qualquer destes casos, antes de surgir na sua forma jurídica, constitui-se o ente como possibilidade de querer e de operar: em suma, como vontade superior à individual (DEL VECCHIO, 1979).

Os direitos do homem nascem, portanto, dentro de uma perspectiva histórica, de uma radical inversão de caminhos, característica da formação do Estado Moderno na representação da relação Estado-Cidadão. A relação é encarada cada vez mais do ponto de vista do direito do cidadão e não do direito do soberano ou do direito do Estado, em razão da visão individualista da sociedade.

Nesses escritos, são discutidos problemas tanto históricos como teóricos. No plano histórico, sustento que a afirmação dos direitos do homem deriva de uma radical inversão de perspectiva, característica da formação do estado moderno. Na representação da relação Estado/cidadão ou soberano/súdito: relação que é encarada cada vez mais, do ponto de vista dos direitos dos cidadãos e não mais súditos, e não do ponto de vista dos direitos do soberano em correspondência com a visão individualista de sociedade, segundo a qual, para compreender a sociedade é preciso partir

de baixo, ou seja, dos indivíduos que a compõem, em oposição à concepção orgânica tradicional, segundo a qual a sociedade como um todo vem antes dos indivíduos. A inversão de perspectiva, que a partir de então se torna irreversível, é provocada, no início da era moderna, principalmente pelas guerras de religião, através das quais se vai afirmando o direito de resistência à opressão, o qual pressupõe um direito ainda mais substancial e originário, o direito do indivíduo a não ser oprimido, ou seja, a gozar de algumas liberdades fundamentais: fundamentais porque naturais, e naturais porque cabem ao homem enquanto tal e não dependem do beneplácito do soberano (BOBBIO, 1992, p. 4).

### **2.3.2 Estatuto do idoso**

Hoje, a ordem jurídica reconhece a todo ser humano a personalidade, que é a aptidão genérica para adquirir direitos e contrair obrigações. A personalidade jurídica tem início no nascimento com vida e perdura por toda a existência da pessoa (PEREIRA, 1994, p. 145). Portanto, dois são os requisitos para atribuição da personalidade civil – o nascimento e a vida –, inexistindo qualquer requisito de ordem psíquica. Diversamente do Direito brasileiro, que reconhece a vida do novo ser no momento em que ele respira.

Para completar a personalidade, a ordem jurídica reconhece ao indivíduo a capacidade para adquirir os direitos na vida civil e para exercê-los por si ou por intermédio de outrem. A primeira denomina-se capacidade de direito, ao passo que a segunda consiste na capacidade de fato. A doutrina francesa prefere referir-se, respectivamente, à capacidade de gozo e de exercício.

Toda pessoa é dotada de capacidade de direito, pois todo ser humano tem personalidade (PEREIRA, 1994, p. 162). No entanto, só têm capacidade de fato aqueles que preenchem as condições materiais determinadas pelo ordenamento jurídico para o exercício pessoal dos direitos. São denominados incapazes os indivíduos que, por falta de discernimento, não têm aptidão para agir e, por essa razão, precisam da intervenção de terceiro.

A ordem jurídica interdiz o livre exercício dos direitos civis aos incapazes visando protegê-los, pois são portadores de uma deficiência juridicamente apreciável. A proteção legalmente deferida pode ser sentida em duas ordens:

a) Na sanção, que atinge os atos irregularmente realizados pelo incapaz, que poderão ser acoimados de ineficácia<sup>3</sup>;

b) Nos institutos previstos no ordenamento jurídico, para remediar a incapacidade de fato.

É mister salientar que a incapacidade é uma exceção que decorre da lei, não sendo possível que a pessoa se declare incapaz. Esse caráter excepcional pode ser sentido, na prática, no terreno da prova, uma vez que reina a presunção de capacidade. Sendo a capacidade a regra, deve o juiz restringir o exercício dos direitos da parte ao estritamente necessário. Por fim, verifica-se que o estado da pessoa – que é a sua qualificação na sociedade, hábil a produzir efeitos de direito – pode influir sobre a capacidade, quando em razão de uma mudança nele operada cessam ou surgem restrições à faculdade de ação<sup>4</sup>.

A pessoa idosa, em razão do seu estado intelectual e/ou físico, pode apresentar uma deficiência que a torne inapta para o exercício dos seus direitos. Não é a idade que dá ensejo à incapacidade dos maiores, como se dá no caso dos menores, mas a falta de autodeterminação que precisa ser comprovada. A propósito, reproduz-se a síntese de Caio Mário da Silva Pereira (1994, p. 199):

<sup>3</sup> Também é ineficaz o ato realizado pelo representante legal do incapaz, se não forem observadas as regras que delimitam o seu poder. Como a proteção legal se destina à pessoa do incapaz, o contratante capaz sabedor da incapacidade não poderá requerer que o negócio jurídico seja anulado. Na construção da teoria da nulidade, o Direito brasileiro inspirou-se no princípio do respeito à ordem pública, não tendo relevância o critério do prejuízo, como o tem para o Direito francês. De acordo com o ordenamento jurídico brasileiro, nos seus efeitos, a incapacidade absoluta gera a nulidade de pleno direito (pleno iure) do ato praticado, enquanto que a incapacidade relativa gera a anulabilidade (novo Código Civil brasileiro, arts. 166, I, e 171, I).

<sup>4</sup> Um exemplo é o casamento do menor, que faz cessar a incapacidade. A incapacidade da mulher casada tem sido expungida da sistemática jurídica (PEREIRA, Op. cit., v. I, p. 166).

A senilidade, por si só, não é causa de restrição da capacidade de fato, porque não se deve considerar equivalente a um estado psicopático, por maior que seja a longevidade. Dar-se-á a interdição se a senectude vier a gerar um estado patológico, como a arteriosclerose, de que resulte o prejuízo das faculdades mentais. Em tal caso, a incapacidade será o resultado do estado psíquico, e não da velhice.

É interessante notar que o civilista fez menção apenas à enfermidade mental. Tal restrição se justifica pelo fato de que o Código Civil brasileiro de 1916 só fazia referência à incapacidade por alienação mental, compreendida na expressão “loucos de todo o gênero”.

O novo Código Civil de 2002 substituiu a expressão vocabular anterior por “enfermidade ou deficiência mental” e, no art. 1.780, abriu a possibilidade de se nomear curador para o enfermo ou portador de deficiência física. O Código Civil francês contempla igualmente a alteração das faculdades mentais e corporais. A alteração das faculdades corporais só comportará os mesmos regimes de proteção se impedir a pessoa de exprimir a sua vontade.

A legislação especial protetiva do idoso foi elaborada com o propósito de melhorar a sua qualidade de vida. Para tanto, o Estatuto prevê normas que asseguram um atendimento prioritário à população idosa no tocante à “efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (LEI n. 10.741/03, art. 3º). Segundo o art. 3º, parágrafo único, da Lei 10.741/03, a garantia de prioridade compreende:

- I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;
- II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;
- III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;
- IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;
- V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuem ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;
- VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;
- VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;
- VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

O inc. V, ao priorizar o atendimento do idoso por sua família em detrimento do atendimento asilar, elucida o papel da família na assunção das obrigações legalmente impostas. Seguindo essa orientação, o art. 37 do Estatuto prevê o direito da pessoa idosa de morar com sua família natural ou substituta, se assim o desejar. Caso não o deseje, poderá residir desacompanhado de seus familiares, o que abre a possibilidade para o acolhimento em instituição pública ou privada.

O que é importante frisar é o poder de escolha do idoso, o que denota o respeito ao seu direito à liberdade e o reconhecimento da sua autonomia. Nesse sentido, o direito à liberdade compreende também a participação na vida familiar e comunitária, o que reforça a ideia do Estatuto de valorizar e proteger os vínculos familiares e comunitários (LEI n. 10.741/03, art. 10º§1º, V e 44). No entanto, sendo a família ou o próprio idoso carente de recursos financeiros, ele deverá residir em entidade de longa permanência (LEI n. 10.741/03, art. 37). Essa situação também poderá ser deflagrada, quando verificada inexistência de grupo-familiar, casa-lar ou em caso de abandono.

De toda sorte, uma das linhas de ação da política de atendimento ao idoso compreende serviços de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência (LEI n. 10.741/03, art. 47, IV).

Em caso de abandono moral ou material por parte dos familiares, o Ministério Público deverá ser acionado pelas entidades de atendimento, para que possa tomar as providências cabíveis (LEI n. 10.741/03, art. 50, XVI). Constitui crime, apenado com detenção de seis meses a três anos e multa, “abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado” (LEI n. 10.741/03, art. 98).

O Ministério Público desempenha papel fundamental na defesa dos direitos dos idosos, sendo-lhe atribuídas diversas funções, dentre as quais se destaca a sua competência para: “promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que

justifiquem a medida, e oficiar em todos os feitos em que se discutam os direitos dos idosos em condições de risco” (LEI n. 10.741/03, art. 74, II).

As instituições voltadas para o atendimento ao idoso têm que manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender a toda a legislação pertinente. Ao abrigarem os idosos, as instituições devem manter padrões de habitação compatíveis com as suas necessidades e provê-los com alimentação regular e higiene indispensável às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

As instituições de longa permanência têm obrigação de preservar os vínculos entre o idoso e seus familiares e, por isso, devem oferecer acomodações apropriadas para o recebimento de visitas (LEI n. 10.741/03, art. 50, VI e VII). Os Conselhos do Idoso, o Ministério Público, a Vigilância Sanitária e outros previstos em lei são responsáveis pela fiscalização dessas entidades (LEI n. 10.741/03, art. 52).

Mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade, o Estado irá cumprir com o seu dever de garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde (LEI n. 10.741/03, art. 9). O idoso deve ter acesso universal e igualitário à assistência preventiva, protetiva e de recuperação por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS (LEI n. 10.741/03, art. 15).

O atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios é uma das medidas previstas para prevenção e manutenção da saúde do idoso, sendo essas áreas de especialização responsáveis por orientar a reabilitação a fim de reduzir as sequelas decorrentes do agravo da saúde. Também há previsão para o atendimento domiciliar, o que inclui a internação para aqueles que necessitem e se encontrarem impossibilitados de se locomover.

O atendimento domiciliar contempla igualmente os idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público. Os idosos têm direito ao fornecimento gratuito de medicamentos pelo Poder Público, em especial os de uso continuado, assim como aos recursos relativos ao tratamento, à habilitação ou

reabilitação (LEI n. 10.741/03, art. 15, §2º). Quanto aos planos de saúde, há vedação expressa para cobrança de valores diferenciados em razão da idade. Nos termos da lei, os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante podem dispor de atendimento especializado.

O art. 20 do Estatuto estabelece o direito do idoso à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, em conformidade com a sua idade. Os programas educacionais destinados à pessoa idosa têm que adequar currículos, metodologias e material didático para esse público específico, além de integrá-lo às novas tecnologias.

O Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para a terceira idade e incentivará a publicação de livros e periódicos de conteúdo e padrão editorial adequados, que facilitem a leitura, levando em consideração a redução da capacidade visual (LEI n. 10.741/03, art. 25). Para que possam ter assegurado o direito à cultura e ao lazer, os idosos contam com desconto de pelo menos 50% nos ingressos para eventos dessa natureza, bem como dispõem de acesso preferencial aos respectivos locais (LEI n. 10.741/03, art. 23).

O Estatuto resguardou o direito do idoso ao exercício de atividade profissional, em conformidade com as suas condições físicas, intelectuais e psicológicas, coibindo qualquer tipo de discriminação por motivo de idade, inclusive para concursos (LEI n. 10.741/03, art.26 e 27). Nesse sentido, constitui crime, punido com reclusão de seis meses a um ano e multa, “negar a alguém, por motivo de idade, emprego ou trabalho”. A fixação de limite máximo de idade só é permitida nos casos em que a natureza do cargo o exigir.

A discriminação positiva é utilizada como primeiro critério de desempate em concurso, em favor do candidato com idade mais elevada. O art. 28 da Lei 10.741/03 prevê a criação pelo Poder Público de programas de: profissionalização especializada para os idosos; preparação dos trabalhadores para a aposentadoria com antecedência mínima de um ano; e estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho.

No tocante à habitação, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, nos programas habitacionais públicos ou subsidiados com recursos públicos, através da reserva de 3% das unidades residenciais. Os referidos

programas habitacionais têm que observar ainda: implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso; eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso; e critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão.

Na área de transporte, o Estatuto assegurou gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos aos maiores de 65 anos, ficando a critério de a legislação local dispor sobre as condições para exercício da gratuidade no caso das pessoas que tenham entre 60 e 65 anos (LEI n. 10.741/03, art. 39). De qualquer forma, não estão compreendidos na gratuidade os serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares. Ficam reservados 10% dos assentos para as pessoas idosas, que deverão ser devidamente identificados com placa.

No sistema de transporte coletivo interestadual, a gratuidade está vinculada à renda do idoso. Nesse sentido, duas vagas gratuitas são reservadas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários-mínimos. Sendo a demanda superior às duas vagas, haverá desconto de 50%, no mínimo, no valor das passagens. Os idosos têm prioridade no embarque no sistema de transporte coletivo (LEI n. 10.741/03, art. 42). A lei previu, ainda, reserva de 5% das vagas nos estacionamentos públicos e privados, que deverão ser posicionadas de modo a garantir a melhor comodidade ao idoso (LEI n. 10.741/03, art. 41).

Seguindo a diretriz do Estatuto de assegurar atendimento prioritário ao idoso, foi-lhe dada preferência, em qualquer instância, na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente. A morte do beneficiado não faz cessar o benefício, pois se estende em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 anos.

A prioridade abrange os processos e os procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, assim como ao atendimento junto à Defensoria Pública. A fim de facilitar o acesso à justiça, o Poder Público poderá criar varas especializadas e exclusivas do idoso. O



procedimento sumário previsto no Código de Processo Civil é aplicável subsidiariamente naquilo em que não contrarie os prazos previstos em lei.

A lei, com o intuito de oferecer proteção ao incapaz, poderá privá-lo total ou parcialmente do poder de ação pessoal. Desse modo, o Direito observa a extensão da incapacidade e, em função dela, estabelece a forma de proteção. Os indivíduos absolutamente incapazes são aqueles que a lei considera totalmente inaptos para a vida civil e para os quais o remédio jurídico assume a forma de representação. Por outro lado, há aqueles que são incapazes apenas quanto a alguns direitos ou à forma de exercê-los e que, por isso, são chamados relativamente incapazes. Nesse sentido, podem agir juridicamente, desde que assistidos<sup>5</sup>.

A legislação brasileira considera absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: “os que, por enfermidade, ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos”. Sobre essa questão, Silvio Venosa (2004, p. 448) dispõe:

Em princípio, pelos dispositivos do Código, a interdição dos que não possuem o necessário discernimento é total, atingindo todos os atos da vida civil. Sabemos que a deficiência mental apresenta gradações, razão pela qual há outra posição do corrente Código. Daí por que o vigente ordenamento considera relativamente incapazes os que apresentam discernimento reduzido ou desenvolvimento mental incompleto (art. 4º, II e III).

Para tanto, há necessidade de um processo judicial em que resulte apurada a insanidade e assegurada a plenitude da defesa. O decreto judicial de interdição tem efeito declaratório e implica a nomeação de curador que representará o incapaz em atos da vida civil. Dessa forma, a curatela funciona como um encargo público cujo objetivo principal é representar e proteger o maior incapaz.

<sup>5</sup> Os relativamente incapazes estão previstos no art. 4º do novo Código Civil brasileiro, que contempla: “ I – os maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18 (dezoito) anos; II – os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; IV – os pródigos. Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial”.

O art. 1.184 do CPC e, na mesma linha, o art. 1.773 do Código Civil de 2002 dão cunho declaratório à sentença de interdição que, ontologicamente, tem conteúdo constitutivo, como ensina Silvio Venosa. Nesse sentido, assevera o autor:

Não pode a incapacidade firmada na sentença retroagir a período anterior. Os atos praticados pelo interdito são nulos ex nunc. Para os atos praticados anteriormente à sentença, deve ser proposta ação de nulidade dos negócios jurídicos praticados pelo agente incapacitado. Nessa situação, em prol dos contratantes de boa-fé, somente é de se anular o ato quando a anomalia mental ressalta evidente, saltando aos olhos do homem médio, sob pena de ser trazida insegurança às relações jurídicas (VENOSA, 2004, p. 458).

Seguindo a mesma diretriz, Rodrigues (2004, p. 521) dispõe:

Após sua prolação, nulos ou anuláveis serão os atos praticados pelo interdito conforme a gradação da interdição, sendo que os atos anteriores à sentença declaratória serão nulos ou anuláveis, se se comprovar, em juízo, que sua incapacidade absoluta ou relativa já existia no momento da realização do negócio.

Conforme mencionado anteriormente, a Lei 10.406/02 inovou ao contemplar a debilidade física em seu art. 1.780. Assim sendo, o enfermo ou portador de deficiência física poderá requerer seja-lhe nomeado curador para cuidar de todos ou alguns de seus negócios ou bens.

Apesar da omissão do texto legal, alguns autores sustentam que o companheiro na união estável também terá legitimidade para promover a interdição, pois esse entendimento se harmoniza com o atual sistema civil brasileiro que dá inclusive legitimidade ao companheiro para ser curador (novo Código Civil, art. 1.775). Na impossibilidade de fazê-lo, a interdição deverá ser promovida<sup>6</sup>: “I – pelos pais ou tutores; II – pelo cônjuge, ou por qualquer parente; III – pelo Ministério Público”.

Como revela Rêgo (2005), nessa curatela administrativa especial, o curatelado preserva sua capacidade, podendo ele próprio nomear pessoa que deseje que seja seu curador. Dessa forma, a curatela funciona de modo semelhante a um mandato, pois se trata de uma representação voluntária, em que o curatelado

<sup>6</sup> O art. 1.768 do Código Civil brasileiro estabelece uma legitimação geral para todas as modalidades de curatela.

transfere poderes para que o curador administre total ou parcialmente o seu patrimônio.

Embora o texto legal não tenha feito qualquer referência ao grau da enfermidade ou deficiência, a doutrina vem se manifestando no sentido de que deve ser grave o suficiente para dificultar a boa administração de seus negócios e, por conseguinte, justificar o seu deferimento a outrem. Sendo a responsabilidade do curador mais rigorosa do que a do mandatário, Silvio Venosa apresenta algumas situações em que seria conveniente essa curatela especial, em vez de o agente nomear procurador:

Se não pode transitoriamente se locomover para cuidar da administração de um negócio; se é submetido a um longo tratamento hospitalar ou, ainda, se é portador de uma enfermidade que não lhe tolhe as faculdades mentais, mas torna sofrida a vida negocial. De toda sorte, há quem questione a utilidade desse instituto, por acreditar que o contrato de mandato pode lhe fazer às vezes com vantagem (VENOSA, 2004, p. 454).

No Brasil, enquanto a curatela se destina ao maior incapaz, a tutela tem como destinatário o menor incapaz. Isso se deve ao fato de o tutor ocupar o espaço jurídico reservado para os pais<sup>7</sup>. Nesse sentido, a tutela é uma proteção substitutiva do poder familiar, pois só tem lugar: “I – com o falecimento dos pais, ou sendo estes julgados ausentes; II – em caso de os pais decaírem do poder familiar”<sup>8</sup>.

Outra diferença entre os institutos se deve à origem, porquanto a tutela pode prover de uma manifestação de vontade (voluntária) ou dativa (determinação judicial), ao passo que a curatela provém necessariamente de determinação judicial (FACHIN, 1999, p. 264).

Quanto aos poderes, verifica-se que a curatela compreende poderes mensuráveis caso a caso, o que não se dá na tutela porque os poderes são todos os inerentes ao poder familiar. A curatela poderá ser levantada por meio de processo judicial de levantamento da interdição, caso fique comprovado que o incapaz recobrou a sua integridade mental ou física. Dessa forma, o sistema jurídico brasileiro apresenta uma trilogia assistencial aos incapazes, representada pelo

<sup>7</sup> Ao poder familiar estão sujeitos os filhos menores não emancipados.

<sup>8</sup> Novo Código Civil brasileiro, art. 1.728, I e II.

poder familiar, tutela e curatela, sendo esta última reservada aos maiores incapazes<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Essa não é a única espécie de curatelano Direito brasileiro, pois o instituto é complexo, desbordando da regra da proteção aos maiores incapazes para alcançar situações várias, como é o exemplo da curatela do nascituro.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A metodologia é constituída pelo conjunto de recursos utilizados para alcançar os objetivos da pesquisa (LEOPARDI, 2002). É o roteiro ou caminho que foi percorrido para executar o plano de ação, acompanhando-o desde o momento da escolha do local, dos informantes, do instrumento, das formas de organizar os dados, das decisões sobre as categorias, até a formulação das respostas à questão ou ao problema de investigação.

#### **3.1 Classificação da pesquisa**

A pesquisa caracterizou-se como de campo, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória possibilita a obtenção de uma visão geral do assunto e maior familiaridade em torno de determinado problema, enquanto a pesquisa descritiva contribui para a formação de novas opiniões em relação ao fato (GIL, 2006).

A entrevista qualitativa é o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional (MARCONI; LAKATOS, 2009). É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou tratamento de um problema social. Leopardi (2002) destaca que a entrevista é uma técnica em que o investigador está perante o informante e formula questões relativas ao seu problema.

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Considerando os objetivos deste estudo, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, a qual está amplamente voltada a conhecer a percepção das pessoas sobre os objetivos propostos (LEOPARDI, 2002).

A pesquisa qualitativa é apropriada se o interesse não está focalizado em contar o número de vezes em que uma variável aparece, mas o que ela representa (LEOPARDI, 2002). Este tipo de pesquisa compreende um problema da perspectiva dos sujeitos que a vivenciam, ou seja, parte de uma vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejo, assim como a perspectiva do próprio pesquisador. As pesquisas qualitativas não requerem hipóteses definidas rigorosamente para começar o trabalho (SAMPIERI; COLLADO; PILAR, 2006). Às vezes a hipótese serve apenas para demarcar a área do problema de estudo.

### **3.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida em 15 municípios dos 37 municípios do Vale do Taquari que fazem parte da 16ª Coordenadoria Regional da Saúde do Estado, conforme predomínio da cultura: Germânica - Lajeado, Estrela, Santa Clara, Forquetinha, Teutônia; Italiana - Putinga, Ilópolis, Capitão, Muçum, Encantado; e Açoriana - Taquari, Boqueirão do Leão, Fazenda Vila Nova, São José do Herval, Bom Retiro do Sul. Segundo o CNM, 2011, esses municípios apresentam, aproximadamente, 329.258 (329.000 habitantes), sendo reconhecidos 39.117 idosos (12,47%).

Localizado na encosta superior do nordeste do estado do Rio Grande do Sul, distante cerca de 150 quilômetros da capital, Porto Alegre, a região do Vale do Taquari recebe essa denominação em função do rio que a banha, o Rio Taquari,

que, por sua vez, deriva do termo indígena “tebicuary”, que significa rio do barranco profundo (AHLERT, 2003). Com clima subtropical úmido e cercado por morros, o Vale do Taquari apresenta dois tipos de solos dominantes, o chernossolo háplico e o nitossolo vermelho, respectivamente conhecidos localmente como “terra preta” e “terra vermelha”, ambos tendo como característica elevada fertilidade (BEROLDT et al., 2007).

Segundo o IBGE (Contagem da população 2007), o Vale do Taquari possui cerca de 30.315.530 habitantes, sendo que, desse total, aproximadamente 87.990 vivem no meio rural. O número estimado de propriedades rurais no Vale é de 25.698 com tamanho médio de aproximadamente 13,53 hectares (IBGE, 2006).

O PIB per capita do Vale do Taquari girava em torno de R\$ 17.047 em 2007, enquanto que o PIB per capita do Rio Grande do Sul era de R\$ 16.689 para o mesmo ano, segundo a FEE/Núcleo de Contabilidade Social, 2009. As propriedades rurais são, em sua grande maioria, de caráter familiar e possuem como característica a diversidade de cultivos e criações. As criações são geralmente organizadas em regime confinado e integradas a indústrias do setor alimentício (QUADROS, 2010).

As atividades agropecuárias são marcantes na região. No ano de 2008, segundo dados do IBGE/SIDRA, o Vale do Taquari teve uma produção média de 79.990 toneladas de erva mate – 31,20 % do total da produção do estado do Rio Grande do Sul. Nas criações, o Vale se destaca na produção de codornas, 154.180 cabeças, bem como na produção confinada de frangos, galos e pintos, totalizando 29.958.854 cabeças – 25,03 % da produção total do estado do RS do ano de 2008. Foram, nesse mesmo ano, 622.778 cabeças de suínos, enquanto que a produção de leite alcançou 286.620 litros e a produção de ovos de galinha foi de 3.067 dúzias, representando 50,49% da produção gaúcha estimada.

A maior parte dos habitantes do Vale do Taquari é descendente de imigrantes italianos, alemães e açorianos. Anterior à chegada dos imigrantes europeus à região, cabe registro a presença de indígenas de diversas origens – em sua maior parte, guaranis. Consta que no século XVII, quando da busca de escravos, esses índios foram alvo de bandeirantes paulistas (KÜHN, 2002).

### **3.3 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa foram 75 idosos residentes em 15 municípios do Vale do Taquari. Os critérios de inclusão para constituir a amostra foram: ser idoso acima de 60 anos e participar do grupo de convivência. Foram excluídos os idosos que não tinham condições mentais de responder aos questionários.

### **3.4 Instrumento da pesquisa**

O instrumento de pesquisa foi elaborado pela pesquisadora. A entrevista foi aplicada por meio de questionário com perguntas abertas e fechadas, proporcionando ao entrevistado liberdade para expor seu conhecimento e experiência sobre as questões propostas.

### **3.5 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada mediante a aprovação do presidente do Grupo de Convivência e dos idosos participantes do grupo. O contato foi feito via telefone com o presidente para que ele informasse o dia do encontro e autorizasse a pesquisadora a participar desse momento.

Durante os encontros foram explicados os objetivos do trabalho e os critérios de seleção dos participantes. Após a explicação inicial, na qual os idosos tomaram conhecimento da pesquisa, foram sorteados entre os que manifestaram vontade de participar, cinco idosos de cada município. Utilizaram-se os critérios de idade: dois idosos entre 60 e 69 anos, dois idosos de 70 a 79 anos e um idoso de 80 anos ou mais. Depois de escolhidos, os idosos foram convidados a realizar a entrevista individual em sala anexa, momento em que estavam presentes apenas o idoso e a pesquisadora.

Inicialmente, a pesquisadora entregou as perguntas para os participantes (APÊNDICE A). Em seguida, os entrevistados responderam aos questionários, sendo que as respostas orais foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra



(APÊNDICE B). Conforme Leopardi (2002), a entrevista é uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes a um objetivo da pesquisa.

As entrevistas tiveram duração de 30 a 60 minutos e foram realizadas após as reuniões de rotina dos grupos, em ambiente sigiloso e de privacidade para os entrevistados e entrevistadora. Os locais de realização das entrevistas foram reservados previamente pela entrevistadora, com a participação do responsável do local.

Os dados coletados serão guardados por cinco anos pela pesquisadora, sendo incinerados após esse período. As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, não sendo em nenhum momento mencionado o nome do entrevistado.

A preservação da identidade deu-se pelo uso de pseudônimos que correspondem ao nome de uma flor em substituição ao nome do sujeito pesquisado. Os codinomes que foram selecionados para a discussão dos dados foram: Açorianos: Madresilva, Sálvia, Violeta Branca, Cravo, Cravina, Copo de Leite, Chuva de Prata, Cerejeira, Érica, Canna da Índia, Cacto, Anis, Yantia, Vasoura Espanhola, Glória da Manhã, Novelos, Resedá, Oncidio, Maria Sem Vergonha, Tango sendo todos do sexo feminino; Italianos: Trepadeira Jade, Sete Léguas e Dormideira do sexo masculino; Verônicas, Veigelas, Flor de Damasco, Rainhas da Noite, Tuia, Sinos de Irlanda, Torências, Dente de Leão, Lobelia, Acácia Amarela, Açucena, Zinias, Trombetas-Chinesas, Caladium, Anthurium, Acácia e Begônia do sexo feminino; Alemães: Monsenhor Pom-Pom e Lírio Star Gazer do sexo masculino; Tulipa Vermelha, Rosa Azul, Lírio Casablanca, Margarida, Violeta Azul, Margarida Vermelha, Rosa Vermelha, Rosa Branca, Girassol, Gérbera, Amarílis, Gloriosa, Lilac, Estrelícia, Violeta, Margarida Azul, Tulipa Branca, Rosa Azul, Agélica, Antúrio, Boca de Leão e Estáticia do sexo feminino.

### **3.6 Análise dos dados**

A análise dos dados seguiu a análise de conteúdo de Bardin (2011), de acordo com as diferentes fases de análise de conteúdo:

- a) **Pré-análise:** organização dos materiais coletados, ou seja, escolhas dos materiais interligados aos objetos da pesquisa, bem como do seu referencial, que deram argumentos aos resultados encontrados;
- b) **Exploração do material:** correspondente à análise propriamente dita do conteúdo, ou seja, estudo, leitura dos dados coletados. Após é feita a codificação do material, com o objetivo de analisar esses dados. Também é nessa fase que se verifica toda a documentação necessária que dá sustentação ao problema que estudado;
- c) **Tratamento dos resultados:** validação dos resultados analisados. Porém, para que ocorra essa validação, é imprescindível que os dados coletados sejam fidedignos. Assim, o pesquisador relacionará os objetivos com os resultados encontrados e, a partir disso, poderá até sugerir novas propostas de pesquisa, dependendo das conclusões obtidas.

### 3.7 Critérios éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram observados os aspectos éticos, conforme Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que determina as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas que envolvem seres humanos. Essa resolução dá ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos de pesquisa (BRASIL, 2012).

Aos entrevistados foi explicada a pesquisa. A participação foi voluntária, podendo, a qualquer momento, os entrevistados recusarem-se a responder a qualquer pergunta ou desistirem de participar. A participação não teve nenhum prejuízo ou risco aos sujeitos pesquisados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – foi assinado pelo entrevistador e pelo entrevistado, sendo redigido em duas vias, um para cada uma das partes (APÊNDICE C).

Os resultados obtidos serão divulgados, primeiramente, em banca avaliadora do Doutorado com intenção de obter o título de doutor em Ambiente e Desenvolvimento. Além disso, a autora buscará publicá-los em forma de artigos em

revistas científicas. Os resultados também serão publicados em eventos e periódicos científicos da área.

### **3.8 Descrição das atividades dos grupos de convivência do Vale do Taquari**

Existem grupos de convivência organizados na Região do Vale do Taquari com planejamento, linha de trabalho, medidas e atividades definidas a partir de objetivos que são o instrumento básico de orientação das ações desenvolvidas. As ações são articuladas, pontuais, de modo que cada município organiza da forma como julga ser mais adequada, como, por exemplo, a participação de bailes da terceira idade, palestras, viagens dentro e fora da região, trabalhos manuais como artesanato, receitas para confecção de bolos e outras comidas típicas de cada região.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados e discutidos por meio de três categorias, acompanhadas de suas subcategorias.

### 4.1 Idosos de origem Açoriana

Em meados de 1740, a Coroa Portuguesa, na intenção de afirmar seu território, determinou a vinda dos primeiros portugueses para a região e, assim, mais tarde, chegaram os imigrantes açorianos para colonizarem o Vale. Os colonos açorianos fixaram-se no atual município de Taquari e, através da ocupação das terras em forma de pequenas propriedades, iniciaram os trabalhos agrícolas.

A região ainda contou com a concessão de sesmarias, que mais tarde foram divididas em fazendas compreendidas nos territórios dos atuais municípios de Estrela, Lajeado, Bom Retiro do Sul, entre outros. O cenário, até o início do império, era compreendido por essas fazendas, em sua maioria extrativista, com utilização de trabalho escravo, e por pequenas propriedades de colonos de origem açoriana (BARDENH; AHLERT, 2003).

Com a finalidade de entrevistar indivíduos acima de 60 anos de idade, descendentes de imigrantes açorianos, a pesquisadora visitou os municípios de Taquari, São José do Herval, Bom Retiro do Sul, Fazenda Vila Nova e Boqueirão do Leão. Foram entrevistados cinco idosos em cada município citado, totalizando 25 entrevistas. A partir dos dados coletados, verificou-se que as idades dos

entrevistados ficaram entre 60 e 89 anos, com uma média entre 72 a 75 anos de idade.

No quesito gênero sexual, foram entrevistados dezesseis idosos do sexo feminino, que corresponde a 64% e nove do sexo masculino, que corresponde a 36%. Quanto à sua formação profissional, sete indivíduos relataram serem agricultores e quatro donas de casa. As demais profissões citadas foram carpinteiro, contador, juiz, pedreiro e industrial.

Um dos motivos pelos quais se encontrou um maior número de mulheres para serem entrevistadas nessa faixa etária é a chamada feminização da velhice, termo que surgiu devido à menor mortalidade feminina na terceira idade (CAMARANO, 2003). Atualmente, verifica-se um crescimento no número de idosos que permanecem em seus cargos profissionais mesmo após a aposentadoria, caracterizando uma maior qualidade de vida à população (SILVA; GUEDES, 2015).

Analisando a renda mensal relatada pelos indivíduos percebeu-se que a maioria, 52% das pessoas recebem até dois salários mínimos mensais. Quanto aos demais: 36% dos indivíduos ganham até um salário mínimo ao mês, 0,8% dos idosos têm renda superior a três salários mínimos mensais e 0,4% dos indivíduos tem renda superior a quatro salários mínimos mensais. Considera-se que o fator econômico é um dos grandes impasses no que diz respeito às concepções sociais dos idosos, ao passo que a incapacidade física fragiliza sua situação financeira (REIS; REIS; TORRES, 2015).

Quanto à densidade demográfica da população idosa nos municípios visitados, constatou-se que cinco indivíduos residem em municípios com população entre 1.500 a 3.500 habitantes, cinco em comunidades com população estimada entre 3.501 a 5.500, outros cinco em cidades com 7.901 a 9.500 habitantes e dez em municípios com população total estimada acima de 9.501. Quanto à porcentagem de idosos, constatou-se que quinze indivíduos residem em municípios com população idosa entre 16% a 20% e outros dez entrevistados residem em áreas com 11% a 15% de pessoas consideradas na terceira idade.

A realidade demográfica do Vale do Taquari é bem diferente do restante do país, devido principalmente ao grande número de municípios de pequeno porte, com

população abaixo de 10.000 habitantes (IBGE, 2010). O aumento da porcentagem de idosos nas comunidades é uma mudança ocasionada pela transição demográfica. Tais números causam maior impacto em pequenas comunidades (MINAYO, 2015).

Analisando a participação dos idosos em grupos de convivência, constatou-se que os 25 entrevistados residem em comunidades onde 0% a 20% da população idosa total participa de algum grupo. Questionados sobre os motivos dos idosos de seus municípios não participarem de grupos, 8 (oito) indivíduos indicaram problemas de saúde como principal causa, 4 (quatro) entrevistados relataram não se sentirem motivados quanto à participação e os demais atribuíram ao fato de estarem trabalhando no horário do grupo, não serem motivados ou se acharem jovens para tal atividade.

A participação de idosos em grupos de convivência caracteriza uma maior qualidade de vida na terceira idade, por possibilitar um encontro social com amigos e conhecidos, além de promover a interação cultural (RODRIGUES et al., 2014). Apesar dos benefícios conhecidos da participação do idoso em grupos comunitários, a sua participação não é frequente, sendo os principais motivos as dificuldades físicas de locomoção e quadros de depressão crônica (XAVIER et al., 2015).

Em relação às necessidades dos idosos em seus municípios, 22 (vinte e dois) entrevistados relataram ser necessária maior assistência na área da saúde, seguida de 18 solicitações de maior auxílio para os grupos de convivência existentes em seus municípios. Ainda, 17 (dezessete) idosos apontaram necessidade de auxílio para o lazer da população idosa e 16 (dezesseis) entrevistados falaram da necessidade de auxílio para transporte de ambulância e outros meios. Os demais destacaram necessidades em diversas áreas como medicamentos, com 15 (quinze) relatos, fisioterapia, com 13 (treze), assistência social, com 10 (dez), moradia, com 8 (oito) e educação e alimentação, com 3 (três) relatos cada.

Com o crescimento no número de idosos nos municípios brasileiros, é crescente a procura por atendimento médico que demanda na Atenção Primária à Saúde (APS), ao passo que as estruturas físicas e recursos humanos nem sempre conseguem atender a essas expectativas (ALVES et al., 2014). A terceira idade

demanda maior atenção quanto às suas necessidades. Nesse período da vida é essencial um apoio financeiro, principalmente com as medicações para tratamento de doenças crônicas (RONCON; LIMA; PEREIRA, 2015).

Para os idosos que participam de grupos de convivência questionou-se nas entrevistas sobre as atividades propostas e desenvolvidas nos encontros. Entre os entrevistados, 15 (quinze) relataram que seus grupos organizam bailes, 10 (dez) participam de grupos que desenvolvem palestras, outros 10 (dez) possuem coral. Outros idosos citaram grupos ativos que desenvolvem oficinas de artesanato e preparo de alimentos, com 5 (cinco) relatos cada um.

Verifica-se que a organização de grupos de convivência em sua maioria é comunitária e as atividades são majoritariamente de cunho recreativo (RODRIGUES et al., 2014). A alimentação dos imigrantes açorianos é basicamente composta por produtos produzidos de forma orgânica em sua propriedade, destacando-se a produção de doces típicos, cozidos de legumes, pirões, pães sovados e licores (STEPHANOU, 2007).

#### **4.1.1 Qualidade de vida na velhice**

Conforme análise dos dados coletados, os entrevistados relatam que possuir qualidade de vida na terceira idade é, acima de tudo, estar saudável, ter saúde para realizar suas atividades e cumprir seus compromissos. A saúde na população da terceira idade é compreendida como essencial, pois delimita as necessidades e capacidades do indivíduo em assumir suas funções sociais (OLIVEIRA et al., 2014).

“hoje muito melhor do que antigamente, principalmente porque tem aposentadoria” (Madresilva).

“estar junto com familiares, ter alimentação e moradia” (Sálvia).

“viver com aposentadoria, conviver com a família, amigos e netos e lazer” (Violeta Branca).

Devido às novas configurações familiares, os idosos, em sua maioria, residem sozinhos. Nesse momento de sua vida, a incapacidade de trabalhar configura uma ruptura permanente na sua renda, sendo uma das principais causas de doenças psicossociais (RABELO; NERI, 2015). A partir desse pressuposto, os idosos

preocupam-se com o bem-estar, colocando a aposentadoria como necessidade básica da pessoa idosa para suprir as necessidades financeiras.

As necessidades afetivas vêm em segundo lugar, dando os idosos importância especial para a família que os acompanha por toda a vida. No quesito família, enfatizam a dificuldade de encontrar companheiro após a velhice, o abandono dos filhos e o falecimento gradual de suas principais amizades.

“ter casa, comida, família presente, saúde, poder fazer as coisas sozinhas e muita fé em Deus” (Cravo).

“trabalhar bastante, conviver com a família, eliminar vícios e viver em família” (Cravina).

“cuidar da saúde, se prevenir, dançar, viver em família” (Copo de Leite).

O vínculo familiar na terceira idade é importante no sentido do indivíduo sentir-se querido, cuidado e protegido, mas, acima de tudo, torna-se uma ferramenta de promoção à saúde (ALMEIDA et al., 2014). O distanciamento dos familiares, acrescido por problemas de impotência sexual e falta de orientação geram períodos de solidão e potencializam crises depressivas nos idosos (RODRIGUES et al., 2014).

Conforme os idosos entrevistados, ser respeitado pela comunidade, valorizado pela experiência e receber ajuda quando necessário fornece qualidade de vida. Ainda relatam que qualidade de vida é diversão entre amigos, seja em bailes ou rodas de conversa, é alimentar-se corretamente, praticar atividades físicas, estar bem psicologicamente e aceitar-se enquanto idoso.

“me mantenho ativo, cuido do neto e mantenho contato com familiares” (Chuva de Prata).

“atividade física, boa alimentação, família, igreja, mantenho ativa, cuidar da casa e dos netos” (Cerejeira).

“para mim é ótimo tenho amigos que são importantes na minha vida” (Érica).

Os idosos, principalmente do sexo masculino, necessitam de uma identidade social, uma ocupação que lhes transmita uma segurança financeira e demonstre à comunidade suas capacidades (MOTTA, 2015). A rotina diária da pessoa idosa possui uma tendência normal à estagnação, no entanto o apoio dos amigos e familiares torna-se imprescindível para reverter a situação (XAVIER et al., 2015).



#### 4.1.2 Necessidades dos idosos de hoje

Os idosos entrevistados relatam a necessidade de companhia. A família, principalmente os filhos não dispõem de tempo para oferecer a atenção necessária aos pais, deixando-os desassistidos e sozinhos. Os indivíduos expõem sua preocupação com a exclusão social, pois não conseguem participar de eventos, ou até mesmo caminhar na rua, deixando de ser lembrados e úteis à sociedade.

“mais atenção da família com o idoso” (Canna da Índia).

“mais atenção com os idosos” (Cacto).

“mais amor, carinho, remédios e alimento aos idosos” (Sálvia).

O preconceito, principalmente dos jovens em relação aos idosos, afasta os membros da família, conduzindo a um ciclo vicioso de solidão em momentos em que o apoio de pessoas queridas torna-se imprescindível (MINAYO, 2015). A dor em indivíduos idosos causa impossibilidade de realizar suas tarefas diárias e reclusão social (PEREIRA et al., 2015).

A assistência aos cuidados aparece como necessidade em vários municípios. Segundo os relatos, a dificuldade em encontrar pessoas para ajudar no seu dia a dia é real. Segundo os entrevistados, encontrar alguém é difícil, pois sua renda é muito baixa, a aposentadoria é gasta em alimentação e medicamentos, sobrando pouco para cuidadores, quando necessário.

“ter uma casas de convivência para idosos, sala acolher os idosos” (Anis).

“acho que necessitamos mais atenção aos idosos na área da saúde” (Yantia).

“Mais atenção da família, remédios e alimentação aos idosos pois a aposentadoria não é suficiente” (Vasoura Espanhola).

As modificações nos padrões sociais do último século fizeram com que os grupos familiares dividissem despesas e, conseqüentemente, os membros buscassem e tivessem empregos fixos fora de casa, tornando o cuidado de familiares idosos difícil, dependendo de profissionais terceirizados (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2014). Os profissionais que prestam assistência aos idosos estão cada vez

mais escassos no mercado de trabalho devido à desvalorização e à baixa remuneração que recebem pela jornada de trabalho (PEREIRA; SOARES, 2015).

Outra ênfase exposta pelos entrevistados é a necessidade de educação para os idosos, principalmente na área das tecnologias, como a informática. Relatam a dificuldade em comunicar-se com outras pessoas por não dominarem aparelhos como o computador e celular.

“o idoso necessita mais atenção e mais cursos de como usar o celular para poder se comunicar” (Chuva de Prata).

“casa de convivência e uso do computador, internet, celular” (Anis).

“ah mais curso de usar celular” (Yantia).

O acesso à educação no Brasil é um fenômeno recente, sendo que grande parte dos idosos não são alfabetizados e possuem carências na área de conhecimentos básicos (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015). A tendência dos idosos em buscarem conhecimento de novas tecnologias diz respeito a facilidades em sua rotina, desde eletrodomésticos até telecomunicações (FAGUNDES; SANTOS, 2015).

#### **4.1.3 Tendências dos idosos**

Os idosos demonstram a necessidade de grupos de convivência para encontrar amigos, sair da rotina solitária e aumentar sua qualidade de vida a partir da troca de notícias e interação. Os indivíduos relatam que participam dos grupos para encontrar companheiros, seja para conversar, dançar ou até ter relações sexuais e relacionamentos amorosos duradouros.

“acho muito bom sair se divertir, pois na família a gente fica meio de lado” (Vassoura Espanhola).

“eu acho ótimo sair ir aos bailes e festas me divirto muito” (Sálvia).

“passear, namorar e dançar muito” (Violeta Branca).

Os grupos de idosos possuem como essência fundamental a cooperação entre indivíduos da mesma faixa etária dentro de sua comunidade, com a finalidade de ocupar as lacunas deixadas nesse ciclo vital (RODRIGUES et al., 2014). As relações amorosas de cunho sexual são importantes no contexto da velhice, pois

demonstra a jovialidade do ser humano, conferindo autoestima a ambos envolvidos (MAIA, 2015).

Outra ênfase dada pelos entrevistados foi em relação à participação em grupos religiosos, independente da religião. Sentem-se bem em praticar sua crença religiosa. Esses grupos são compostos por pessoas com crenças religiosas em comum que, por meio da união, fortalecem os laços de amizade, cooperação e harmonia na comunidade.

“acho muito bom ir aos bailes, mas também participar das festas da comunidade” (Yantia).

“é bom vou a Igreja e as vezes a bailes, mantenho amigos e sou feliz” (Chuva de Prata).

“vou a bailes, mas não vivo sem a igreja” (Cerejeira).

Segundo Martins apud Graebin (2004, p. 234), a religiosidade açoriana é uma verdadeira forma de integração social, adotando uma prática cultural, crenças e as festas do Espírito Santo. Nos Açores, as festas estavam ligadas às motivações sócio-religiosas, a fim de prestar honra aos santos, acontecimentos ou datas com altos significados sociais. A presença de Deus está embutida nas manifestações culturais, nas procissões e nas irmandades, numa eterna busca do sagrado (MARTINS apud GRAEBIN, 2004, p. 234).

No entanto, a maioria dos entrevistados relatou a falta de oportunidades como essas para realização dos encontros. Acreditam que os municípios e igrejas deveriam unir-se e criar grupos a partir das necessidades de cada grupo populacional, para que todos fossem contemplados.

“mais apoio dos governantes aos grupos”(Glória da Manhã).

“mais integração da família, passar junto com o idoso e criar encontros na igreja, comunidades em gerais” (Cravo).

“falta algo que ofereça oportunidades de ocupação aos idosos e dê prazer” (Novelos).

A carência de políticas públicas que incentivem a prática de lazer, cultura e atividades em geral para a terceira idade torna-se uma demanda prioritária em nosso país (MENDONÇA, 2015). A necessidade de políticas de fomento aos idosos

começou no final do século XIX, devido à clara inversão da pirâmide etária, demonstrando as fragilidades constitucionais (SANTINHA; MARQUES, 2015).

#### 4.1.4 Necessidades e tendências na saúde

Conforme os dados coletados, os idosos visitados utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) como principal porta de entrada em todas as necessidades referentes à saúde. Não houve relatos de procura por atendimentos particulares ou via saúde suplementar.

“nós idosos temos muito cuidado pela Unidade Básica de saúde (Copo de Leite).

“aqui no nosso município os serviços de saúde está bom” (Gloria da Manhã).

“saúde boa, tem consulta e remédio no posto de saúde” (Sálvia.).

A saúde pública é um direito de todos os cidadãos brasileiros, sendo que seu acesso é universal e igualitário, independente de gênero ou faixa etária (MARTINS et al., 2015). Devido à situação financeira de alguns idosos, a saúde suplementar torna-se inviável, sendo necessário assim realizar consultas pelo SUS, que, algumas vezes, não contempla as expectativas (BORGHI et al., 2015).

As entrevistas demonstram que a população idosa, mesmo utilizando a saúde pública, quase em sua totalidade encontra dificuldades em ser atendida. Conforme relatos, não há médicos nas unidades básicas todos os dias, os encaminhamentos para exames demoram muito e estes são realizados a uma distância significativa de sua residência, aumentando a dificuldade das pessoas idosas no quesito prevenção de doenças.

“mais atenção atendimento aos idosos mais carentes, também oferecer programas de prevenção para idosos (Cerejeira).

“presença de agentes de saúde que não vem, programas de educação para idoso” (Chuva de Prata).

“falta exames, remédios pelos SUS para controle das doenças” (Cravina).

Os profissionais atuantes nas unidades de saúde reconhecem a falta de capacitação em atender a demanda da população idosa residente em sua comunidade (ALVES et al., 2014). As redes de apoio ao diagnóstico da atenção

básica perpassam convênios regionais que por momentos podem dificultar o acesso a indivíduos na terceira idade, no entanto suas organizações devem seguir as demandas locais (PIMENTA et al., 2015).

#### **4.1.5 Necessidades e tendências na educação**

A maioria dos entrevistados expõe a necessidade de disponibilização de cursos de curta duração, principalmente na área das tecnologias. Relatam não saber mexer nos aparelhos eletrônicos, e gostariam de comunicar-se com outras pessoas por meio de redes sociais que facilitariam o acesso.

“seria bem legal fazer curso de computador, para me comunicar com os netos” (Sálvia).

“um curso de uso do computador para que podemos aprender outras coisas” (Resedá).

“curso de informático para se comunicar com parentes mais longe” (Oncidio).

A educação para a terceira idade causa impacto nas vivências sociais de cada indivíduo, modificando suas compreensões sobre o meio e seus significados (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015). Um dos principais medos dos idosos é o distanciamento de seus entes queridos, por isso buscam adequar-se às suas exigências (PEREIRA et al., 2015).

Alguns idosos relatam serem necessárias aulas para pessoas analfabetas para que consigam assinar seu nome e cuidar de seus depósitos bancários. No entanto não houve maiores necessidades relatadas quanto à educação na terceira idade.

“continuar a estudar, para poder mais atenta, conta bancaria” (Copo de Leite).

“gostaria de estudar para assinar meu nome, e acompanhar a evolução do mundo” (Cravina).

“sou analfabeto e gostaria de aprender, aprender” (Cravo).

As maiores taxas de analfabetismo encontram-se na faixa etária acima dos 60 anos de idade, situação esta que incita os profissionais a buscarem alternativas para suprir as demandas básicas dos idosos (SOARES; ISTOE, 2015). O analfabetismo

em qualquer faixa etária gera exclusão social e dificuldades em interagir com tecnologias essenciais para a sociedade do século XXI (FAGUNDES; SANTOS, 2015).

#### 4.1.6 Necessidades e tendências sociais

Os idosos solicitam ao governo mais segurança social à população, preocupam-se em sair na rua, pois não possuem força para caminhar rápido ou defender-se da violência que os cerca. Expõem também a preocupação com as gerações mais jovens da comunidade que não respeitam os mais velhos, ressaltando que gostariam que usufríssem de sua experiência de vida.

“não viajo de medo, pois estou velha e tem muita violência” (Novelos).

“sair para outros lugares, mas tenho medo da violência” (Canna Índia).

“não viajo, pois os jovens não respeitam os mais velhos” (Resedá).

Os casos de violência contra o idoso estão aumentando diariamente. As maiores taxas de ocorrências estão relacionadas à agressão verbal, que deixa marcas profundas no indivíduo (AGUIAR et al., 2015). A fragilidade física do idoso é um fator importante quando exposto a situações de violência, deixando-o receoso e recluso pelo medo (VIEIRA; APRILE; PAULINO, 2015).

Os entrevistados relatam a dificuldade em utilizar o transporte público, devido à dificuldade em subir na escada dos ônibus e à quantidade reduzida de assentos reservados para esse público. Reivindicam também a construção de centros de convivência onde as pessoas possam visitar os idosos diariamente, para eles poderem interagir com a população e realizar atividades pertinentes.

“mais praças, centros de convivências e mais programas aos idosos” (Cravina).

“disponibilidade de viajar de graça e ter ônibus mais confortável” (Cerejeira).

“eu viajo, mas não recebo incentivo” (Vassoura Espanhola).

Um dos direitos da pessoa idosa é o acesso ao transporte público gratuito, no entanto cotas mínimas de assentos reservados não são atualizadas, sendo que a demanda é muito maior que a disponibilidade de vagas (SILVA et al., 2015). Centros

de recreação para pessoas idosas devem ser prioridade em uma comunidade onde sua população possua altos índices de indivíduos acima de 60 anos (RODRIGUES et al., 2014).

#### **4.1.7 Necessidades e tendências econômicas**

Os entrevistados demonstram sua preocupação com o baixo valor que recebem de aposentadoria e temem não conseguir pagar as contas. A maioria dos indivíduos relata a necessidade do governo aumentar o valor da aposentadoria para melhorar a vida dos idosos.

“aumentar o salário do idoso, pois assim não dá para viver” (Sálvia).

“o salário é muito pouco para passar o mês” (Oncidio).

“não chega para pagar tudo as contas” (Maria Sem Vergonha).

Estudos demonstram que a aposentadoria é um fator importante na configuração vital do lar de um idoso, principalmente quando este não possui outras formas de renda (ALMEIDA et al., 2015). A aposentadoria como direito da pessoa idosa é de suma importância para o contexto social, levando-se em consideração a contribuição vital que o cidadão oferece à nação (SILVA et al., 2015).

Os entrevistados mencionam também as dificuldades em comprar a medicação que não recebem gratuitamente. Normalmente esses produtos são mais caros e comprometem boa parte da renda mensal. Os idosos gostariam de mais auxílio na questão de trabalho para a terceira idade, pois, como perderam as forças, não são mais contratados pelo mercado de trabalho.

“compro remédios e não recebo auxílio, passo necessidade, pois o salário é muito pouco” (Copo de Leite).

“mais ajuda, como remédios, moradia, alimentação o salário é pouco” (Cravina).

“o marido ainda trabalha para complementar o dinheiro, mas dá difícil ele não pode mais trabalhar em função da idade” (Tango).

O contingente de idosos aumenta a cada estimativa anual e, no entanto, as políticas públicas continuam desvalorizando essa população e desdenhando seus direitos cívicos (MENDONÇA, 2015). A inserção da terceira idade no mercado de

trabalho favoreceria a economia nacional, levando-se em consideração a constante falta de mão de obra, e traria benefícios sociais aos indivíduos (GONÇALVES, 2015).

#### **4.1.8 Necessidades e tendências no lazer**

Conforme verificado nos questionários no quesito lazer, poucos idosos entrevistados realizaram viagens para fora do estado ou país. A maioria das viagens foi a cidades vizinhas em visitas a eventos de grupos de convivência e igrejas de suas congregações. Os idosos expõem a dificuldade em custear as viagens como barreira para sua realização.

“gostaria de ir para águas termais, mas tenho dificuldade financeira” (Anis).

“agora eu viajo para fora doe estado, pois ganho o desconto” (Tango).

“passeio muito, viajo muito para fora do estado e no estado, pois tenho o desconto (Cravo).

Estudos realizados apontam como uma das principais dificuldades do idoso para a realização de viagens, a dependência de outras pessoas para realizar suas atividades físicas ou necessidades fisiológicas (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015). A incapacidade ou falta de motivação em sair de sua casa pode estar associada à dor, que comumente debilita o indivíduo (PEREIRA et al., 2015).

#### **4.1.9 Conhecimento do idoso quanto à legislação, aos direitos e ao Estatuto do Idoso**

Os idosos entrevistados desconhecem a legislação que os defende. No entanto, citam alguns direitos como: preferência nas filas de bancos ou nas Unidades Básicas de Saúde, vagas preferenciais de estacionamento, aposentadoria e respeito, devido à experiência de vida.

“Não, mas sei que temos direitos de passagem, filas no banco e na Unidade Básica de saúde” (Vassoura Espanhola).

“Não, sei não precisamos paga a passagem de ônibus” (Oncidio).

“Não, tenho passe livre no ônibus ah e ganho aposentadoria” (Salvia).



Estatísticas indicam que a maioria dos idosos brasileiros desconhece seus direitos a fundo. Nesse sentido torna-se dever do Estado, através dos profissionais que trabalham com esse público, fomentar a sua participação em debates e capacitações sobre o tema (OLIVEIRA; MADRID, 2015). A disseminação do conhecimento sobre a legislação do idoso é função da equipe multiprofissional que atua em todas as esferas assistenciais (PITHAN, 2015).

#### **4.1.10 Doenças crônicas dos idosos e o uso de medicamentos**

Conforme relatos dos entrevistados a doença mais prevalente é a Hipertensão Arterial Sistêmica. Com menor número, seguem casos de Diabetes Mellitus, Artrose, Osteoporose, Psoríase e Enfisema pulmonar.

“tenho hipertensão e recebo os medicamentos no Posto de saúde” (Canna Índia).

“sim tenho doenças de pele e busco o remédio no Posto” (Novelos).

“sou doente e tenho colesterol alto e hipertensa e não compro remédio, pois recebo do posto” (Chuva de Prata).

Dentre as doenças crônicas mais frequentes na população idosa destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, que, associadas aos fatores de risco alcoolismo, tabagismo e sedentarismo, diminuem a expectativa de vida (PIMENTA et al., 2015). Ações de educação em saúde são as mais eficazes no que diz respeito à conscientização dos idosos quanto aos cuidados com a saúde (LEITE et al., 2015).

Quanto ao uso de medicação, onze indivíduos idosos fazem uso de medicação contínua e os demais não utilizam. Aqueles que fazem uso declaram que recebem a maior parte da medicação por meio do governo, custeando somente alguns medicamentos de forma particular.

“sim tomo remédio, não recebo do posto uma parte eu compro, e minha família me ajuda” (Cravo).

“me pago os remédios, mas só o da diabetes eu recebo no posto” (Copo de Leite).

“ah uso muito remédios e busco no posto, mas alguns minha família compra” (Resedá).

A garantia do acesso à medicação necessária aos indivíduos portadores de doenças, principalmente crônicas, faz parte dos objetivos do milênio (RODRIGUES; LUIZ, 2015). A dispensação de medicação para idosos deve ser observada atentamente quanto à sua necessidade, pois se trata de uma população de risco para o excesso de automedicação (LIMA et al., 2015).

#### **4.1.11 Pontos negativos de ser idoso**

Os idosos referem que as maiores dificuldades em encontrar-se acima dos 60 anos são as limitações físicas para realizar suas tarefas diárias. Mencionam dores musculares, perda da força e dificuldade em ouvir e enxergar. Todas essas características denotam a incapacidade dos idosos em viverem sozinhos.

“não vejo nada negativo, mas algumas limitações físicas, cansaço” (Cravina).

“a doença vem tira a força, estou fraca” (Copo de Leite).

“somente falta força física, agradeço a deus por ter chegado até aqui” (Cravo).

Os ciclos vitais do ser humano são repletos de modificações físicas e mentais, no entanto, na terceira idade elas são acentuadas, podendo gerar incapacidades (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015). As incapacidades podem ser momentâneas ou permanentes; neste momento o idoso necessita do apoio familiar para superar a situação (RONCON; LIMA; PEREIRA, 2015).

Os idosos reclamam da perda da convivência com outras pessoas, que os amigos não se visitam, que a família não presta a atenção necessária e o idoso fica sozinho. Também expõem sua dificuldade em aceitar a perda da companhia e a falta de sexo. Os entrevistados relatam o medo da morte e do processo de adoecimento.

“falta de animo para fazer as tarefas, sinto dor, e falta da família” (Oncidio).

“não ter força para trabalhar e medo da morte” (Canna Índia).

“pessoas não valorizam o idoso, geralmente vive só, vida é triste” (Maria sem vergonha).

Uma das maiores necessidades do indivíduo na terceira idade é a companhia de pessoas de quem gosta, principalmente de amigos e familiares (RODRIGUES et

al., 2014). O processo de morte é um paradigma social e cultural pouco debatido em nossa sociedade e, nesse contexto, o idoso prostra-se frente aos últimos momentos de sua vida e não está preparado para finalizar sua jornada (FILHO et al., 2015).

Outros idosos, no entanto, dizem que estão bem, pois recebem a aposentadoria mensalmente, sem trabalhar. Dispõem de tempo para realizar suas atividades, de participar dos eventos da comunidade, além de descansar e ficar com seus entes queridos.

“sou feliz, gosto de mim e tenho afeto e disposição, pois recebo sem trabalhar” (Vassoura Espanhola).

“ah, ah, ah sou velha a pouco tempo, sem queixas, agradeço, agradeço” (Chuva de Prata).

“para mim velhice é tranquila, não tenho nada para me queixar, vou na academia tenho casa, comida e companhia” (Cerejeira).

As concepções de envelhecimento modificam-se conforme as representações sociais de determinada população, sendo o idoso influenciado por seu contexto cultural e étnico (MOTTA, 2015). Destaca-se que a cultura oriunda dos colonizadores açorianos conservou-se, havendo agregações de novos elementos devido ao contato com outras culturas. “Em nosso mundo, nenhuma cultura é uma ilha. Na verdade, já há muito que a maioria das culturas deixou de serem ilhas [...] todas as tradições culturais hoje estão em contato mais ou menos direto com tradições alternativas [...] as tradições são como áreas de construção, sempre sendo construídas e reconstruídas” (BURKE, 2003, p. 101-102).

## **4.2 Idosos de origem italiana**

Os imigrantes italianos começaram a chegar ao Brasil décadas depois dos imigrantes alemães. No entanto, as motivações que os trouxeram à América foram as mesmas. Os países europeus enfrentavam crises econômicas e tinham um grande contingente populacional (KÜHN, 2002).

Segundo Seyferth (1990), os imigrantes italianos primeiramente desembarcaram no Sul, nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, onde trabalharam nas fazendas de café. Um argumento interessante dessa autora é com relação às características dos imigrantes do Sul, comparadas com as dos demais

estados brasileiros. Por exemplo, embora o Rio Grande do Sul e São Paulo tenham recebido imigrantes italianos, esses grupos se constituíram de forma distinta. Enquanto que no Rio Grande do Sul eles ficaram “isolados” em colônias, mata adentro, em São Paulo os imigrantes italianos tiveram contato com brasileiros e outros imigrantes.

A partir da localização dos fluxos migratórios de italianos no século XIX, a pesquisadora realizou visitas aos municípios de Ilópolis, Putinga, Encantado, Muçum e Capitão. Nessas comunidades foram entrevistados cinco indivíduos acima de 60 anos de idade, totalizando 25 entrevistados descendentes de imigrantes italianos.

Conforme os dados coletados, a idade dos entrevistados variou entre 60 e 84 anos, com uma média de 70 anos entre os idosos visitados. Quanto ao gênero sexual, quinze idosos eram do sexo feminino, correspondendo a 60% e dez do sexo masculino, que corresponde a 40% não se verificando disparidade acentuada, considerando-se os números dentro do esperado.

Perguntados sobre a sua profissão, onze afirmaram ser agricultores, dois, funcionários públicos, e os demais, industriários, comerciantes, costureiros e operadores de máquinas. No contexto social atual, os idosos, principalmente agricultores, mesmo após sua aposentadoria permanecem realizando suas tarefas e contribuindo com a renda familiar (CONFORTIN; BARBOSA, 2015).

Sobre a renda mensal da família, os 25 entrevistados foram questionados sobre a renda, destes 48% dos idosos afirmaram ganhar o valor referente a um salário mínimo; 44% relataram receber o valor de até dois salários mínimos e 8%, o valor correspondente de até quatro salários mínimos. Frequentemente os idosos, após a aposentadoria, deixam de trabalhar e seu único sustento financeiro passa a ser a pensão por idade concedida pelo Estado (CHIES; ROCHA, 2015).

A partir da análise demográfica populacional dos municípios visitados, constatou-se que a maior parte dos indivíduos, ou seja, quinze residem em municípios pequenos com o número de habitantes entre 3.501 e 5.500; cinco idosos residem em municípios com população estimada acima de 9.501 e os outros cinco em municípios com população entre 1.500 a 3.500 habitantes. Verifica-se novamente uma característica peculiar dessa região do Rio Grande do Sul -

municípios de pequeno porte com população menor que 10.000 habitantes (IBGE, 2010).

Verificando-se a porcentagem de indivíduos idosos que residem nos municípios destacados, constatou-se que todos possuem de 16% a 20% da população acima de 60 anos de idade, ou seja, considerados idosos. A partir da população idosa total, investigou-se a porcentagem desses idosos que participam de grupos de convivência e verificou-se que vinte residem em comunidades onde 0% a 20% dos indivíduos na terceira idade participam de grupos. Os demais, cinco indivíduos, residem em municípios onde 21% a 40% da população idosa participa de grupos de convivência.

Atualmente, no século XXI, com a inversão da pirâmide etária vivenciam-se novos paradigmas no que diz respeito à terceira idade, principalmente com o aumento nos casos de doenças crônicas não transmissíveis (AMANCIO; CERCHIARI, 2015). Rodrigues et al. (2014), nos trazem a disparidade entre a população idosa ativa nos grupos comunitários, enfocando como principais causas as patologias relacionadas à limitação física e mental e o preconceito cultural.

Questionados sobre os motivos que levam os idosos de seus municípios a não participarem de grupos de convivência, 10 (dez) indivíduos fizeram referência a problemas de saúde, 6 (seis) disseram que não são motivados para participar dos grupos e os demais afirmaram trabalhar no turno em que o grupo ocorre, não saber de sua existência ou ainda se achar jovens para participar. Com o cenário atual de crise monetária, os idosos necessitam trabalhar para ajudar no sustento familiar, deixando de participar de momentos de lazer em comunidade (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015).

Os idosos entrevistados foram questionados sobre as principais necessidades da terceira idade em seus municípios. Dentre as alternativas propostas, a mais requisitada, com 18 (dezoito) relatos, foi a melhoria na assistência na área da saúde. Os demais destacaram: auxílio lazer e medicamentos, com 14 (quatorze) apontamentos cada; 11 (onze) solicitações de auxílio moradia; 8 (oito) relatos de auxílio para grupos de convivência; e 8 (oito) de auxílio para fisioterapia. Também

foram citados auxílio transporte e assistência social, com 7 (sete) relatos cada, 6 (seis) para auxílio educação e 4 (quatro) para alimentação.

Mendonça (2015) relata em seus estudos a discrepância entre os direitos dos idosos e a real necessidade desses indivíduos na sociedade brasileira. O setor da saúde é o mais requisitado pela população na terceira idade, pois cuidar da saúde é ter qualidade de vida, em suas concepções (ALMEIDA et al., 2014).

Aos idosos que participam de grupos de convivência, questionou-se sobre as atividades que seus grupos realizam. O maior número, ou seja, 15 (quinze) indivíduos relataram atividades de canto. Entre os demais, 13 (treze) mencionaram a organização de bailes; 10 (dez), a realização de outras atividades como jogos, atividades físicas e viagens; outros 11 (onze), a ocorrência de palestras; 6 (seis), a realização de artesanato; e 4 (quatro), o preparo de alimentos.

Os grupos de idosos são estratégias que podem ser implementadas pela comunidade, unidade de saúde, entidade religiosa, dentre outros setores como sindicatos, em prol do bem estar de sua população na terceira idade (FIGUEIREDO et al., 2015). Os grupos comunitários desenvolvem atividades recreativas, principalmente de educação em saúde (QUEIROZ et al., 2015).

#### **4.2.1 Qualidade de vida na velhice**

A partir da análise dos dados, percebeu-se que, para os entrevistados, qualidade de vida na velhice é estar junto às pessoas que gostam, sejam elas amigos ou familiares, pois a solidão é muito triste. Trazem-nos a percepção de que qualidade de vida também está vinculada à saúde; portanto, uma boa saúde seria um indicativo positivo, permitindo-lhes assim trabalhar moderadamente e conseguir uma renda extra.

“qualidade é continuar trabalhando, participando de grupos de convivência, também conviver com familiares e amigos” (Trepadeira Jade).

“Qualidade é fazer exames preventiva, convivência com a família, cuidados com a alimentação” (Verónicas).

“cuidados com a alimentação e uma roda de chimarrão com os familiares e amigos” (Veigelas).

As questões de saúde na terceira idade aparecem sempre atreladas à qualidade de vida tão almejada por esse grupo populacional (REIS; REIS; TORRES, 2015). Mesmo aposentados, os idosos buscam uma boa saúde para trabalhar e suplementar sua renda (CHIES; ROCHA, 2015).

Os idosos trazem ainda a questão da aposentadoria, dizendo que deveria ser melhor, para contemplar suas necessidades, além de propiciar a oportunidade de viajar, estar junto aos amigos. A aposentadoria para o idoso confere qualidade de vida por proporcionar uma independência financeira em um momento necessário (SILVA et al., 2015).

Colocam a participação em grupos de convivência como qualidade de vida, pois as atividades desenvolvidas possibilitam a interação social.

“atividade física diária cuidados com alimentação, participando de grupos de convivência” (Flor de Damasco).

“Trabalhar e ir aos bailes de terceira idade junto com os colegas do grupo de convivência” (Rainhas da Noite).

“fazer caminhadas com os amigos do grupo da terceira idade e dançar nos bailes” (Sete Léguas).

A interação entre a comunidade, o encontro com amigos e o relacionamento amoroso fazem parte da interação social de qualquer indivíduo, no entanto o idoso possui essa oportunidade somente nos grupos de convivência (QUEIROZ et al., 2015).

Os entrevistados relatam que qualidade de vida é um bem-estar físico e mental. Para o organismo funcionar corretamente, é necessário alimentar-se equilibradamente, ingerindo produtos naturais, realizar exames preventivos e fazer uso de medicação conforme orientação do médico. E ainda trazem as questões espirituais como importantes em sua rotina, pois, independente da crença cultural, a espiritualidade possibilita uma qualidade de vida maior, principalmente na população idosa.

“poucas opções de realizar várias atividades com atividade física, convivência em grupos maiores” (Tuia).

“com cuidados com a alimentação, exames preventivos” (Sinos de Irlanda).

“fazer caminhadas com os amigos, convívio com a família e cuidados com a casa” (Torências).

Os profissionais da saúde possuem importante papel na orientação sobre alimentação ao idoso, pois algumas patologias ou até mesmo simples exodontias dificultam a mastigação dos alimentos e geram problemas maiores (MENEZES et al., 2015). Outro ponto a ser observado pelos profissionais da equipe multiprofissional é a questão espiritual. Se os idosos vivenciam uma crença religiosa em suas vidas, eles possuem o direito de serem respeitados e de a praticarem (FERREIRA et al., 2015).

#### **4.2.2 Necessidades dos idosos de hoje**

Quanto às necessidades atuais da população idosa, os relatos apontam a compreensão da família sobre suas dificuldades físicas e mentais em primeiro lugar. Os entrevistados mencionam que a família e amigos começam a se distanciar quando ficam doentes.

“em primeiro lugar é cuidar de si e da sua família, depois não exagerar com bebida e comida para não adoecer” (Dente de Leão).

“feliz da vida, está tudo bem, pois convivo com a família e cuido da saúde” (Lobelina).

“na família sou bem compreendido, não posso reclamar” (Begônia).

O cuidador ou acompanhante do idoso deve estar esclarecido quanto às demandas do indivíduo, assumindo sua responsabilidade. Nessa etapa da vida, o idoso necessita de atenção e acompanhamento contínuo (OLIVEIRA et al., 2014).

Grupos que desenvolvam diversas atividades recreativas para esse público são muito importantes, contribuindo para a sociedade.

“quando se pode fazer o serviço da casa e sair viajar, passear para outros lugares no estado ou fora do estado” (Acácia Amarela).

“projetos de vida melhor, ir passear em outros grupos de convivência, viajar, mas ter apoio da prefeitura para viajar” (Dormideira).

“aposentadoria que não precisa trabalhar, hoje tem muito opção para terceira idade, sair, passear, viajar” (Açucena).



A integração entre a comunidade, as relações entre pessoas e a criação de projetos recreativos são fundamentais para o respeito e compromisso com a qualidade de vida da população idosa residente no município (RODRIGUES et al., 2014).

#### **4.2.3 Tendências dos idosos**

Questionados sobre as tendências, expõem a vontade de participar de eventos como bailes e palestras que reúnam a população idosa. Expõem sua preocupação com o desinteresse do governo e do restante da sociedade em suprir a demanda existente e com o preconceito em relação à pessoa idosa.

“mais dinheiro e melhor compreensão das pessoas mais jovens” (Zinias).

“maior atenção por parte dos governantes a saúde do idoso” (Torências).

“maior atenção do setor da saúde para com os idosos” (Sete léguas).

As atividades de lazer para os idosos permitem momentos de descontração e mudança da rotina, contribuindo com a qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2015). É necessário que os idosos reivindiquem apoio em relação às suas necessidades. Entidades, sejam governamentais ou privadas, sempre estão auxiliando grupos de convivência (LIMA; CASTRO; DUARTE, 2015).

Os idosos destacam a importância da assistência domiciliar. Alguns possuem debilidades físicas e mentais, necessitando de auxílio para suas necessidades fisiológicas e atividades rotineiras, além de atividades na comunidade.

“maior compreensão dos familiares” (Trombetas- Chinesas).

“ter uma renda maior pra poder viver melhor” (Veigelas).

“mais afeto dos familiares e amigos” (Rainhas da Noite).

Os familiares de idosos precisam estar preparados para as constantes modificações físicas e mentais do indivíduo. A idade avançada, aliada a doenças crônicas, o expõe a fragilidades constantes (MUNIZ et al., 2015).

#### 4.2.4 Necessidades e tendências na saúde

No quesito saúde, os idosos nos trazem a necessidade de maior reconhecimento dos profissionais, pois as unidades básicas não se interessam pelos seus problemas. Apontam a necessidade de profissionais capacitados para trabalharem com esse público, realizarem mais visitas domiciliares para acompanhamento, pois, às vezes, os idosos não conseguem ir até o posto.

“razoável, tem a necessidade de médicos especializados” (Sete Léguas).

“mais medicamentos e profissionais mais competentes” (Veigelas).

“profissionais mais competentes em todas as áreas e mais medicamentos” (Caladium).

Em estudos realizados constatou-se que os profissionais da saúde estão cientes das necessidades dos idosos, no entanto sentem falta de capacitações na área (ALVES et al., 2014). O mercado de trabalho para profissionais que desejam atuar com terceira idade está em constante crescimento, mas as pessoas não buscam capacitações confiáveis (SILVA et al., 2015).

Os entrevistados mencionam a falta de investimento no transporte para realizar exames em outros municípios, pois precisam custear o transporte particular para realizar consultas e procedimentos. Colocam ainda a importância de grupos que falem sobre as patologias que os acometem, sanando suas dúvidas, e destacam ainda a necessidade de exames de rotina gratuitos, pois nem sempre conseguem custeá-los com o valor da aposentadoria.

“mais exames e consultas médicas, só tem o básico” (Verónicas).

“falta transporte para consultas especializadas, faltam exames de rotina e medicamentos básicos” (Anthurium).

“falta atendimento básico, consultas, exames, medicamentos” (Flor de Damasco).

Questões de logística na área da saúde são pensadas para a população em geral, no entanto, para idosos considera-se um olhar holístico sobre a situação (BORGHI et al., 2015). Grupos de educação em saúde desenvolvidos pela atenção básica tornam-se cada vez mais frequentes e seus conteúdos favorecem os processos de comunicação entre equipe de saúde e população idosa (FIGUEIREDO et al., 2015).

#### 4.2.5 Necessidades e tendências na educação

A maioria dos idosos relata a necessidade de disponibilização de internet gratuita para a população, pois gostariam de usufruir desse benefício e não conseguem custear devido ao valor da mensalidade. Solicitam cursos de informática de curta duração para participar de redes sociais e comunicar-se com familiares e amigos.

“cursos de informática, mas de curta duração” (Caladium).

“cursos de computador, internet e uso do celular” (Tuia).

“fazer curso de internet, celular” (Açucena).

Capacitar os idosos quanto ao uso de tecnologias é uma necessidade atual, visto que, para utilizarem os meios de comunicação digitais, necessitam de conhecimentos mínimos da área (SOARES; ISTOE, 2015). A característica de busca do conhecimento possui aspectos culturais e parte de necessidades do indivíduo em utilizar tais recursos (SILVA et al., 2015).

Gostariam de realizar outros cursos, sobre saúde, gastronomia e artesanato, mas, segundo eles, deveriam ser gratuitos e na sua comunidade, pois não conseguiriam ter acesso caso tivessem que custear as atividades.

“fazer cursos rápidos de computador de gastronomia e outros de saúde” (Zinias).

“fazer cursos rápidos de fazer comida e de internet, mas gratuitos para idosos” (Veigelas).

“Cursos de saúde em geral, artesanato, gastronomia” (Acácia).

Com o aumento da expectativa de vida, os idosos não procuram deter-se a atividades exaustivas, e sim, a práticas que façam sentido em seu meio cultural (MINAYO, 2015). Não houve interesse em cursos de ensino fundamental, médio ou superior regular.

#### 4.2.6 Necessidades e tendências sociais

A participação em grupos de convivência é vista pelos entrevistados como importante, para cultivar as amizades e desenvolver uma interação social essencial entre a comunidade.

“ir nos outros grupos passear e nos bailes” (Açucena).

“participar de tudo, danças, bailes, clube de mães e da comunidade” (Acácia Amarela).

“viagens com o grupo de idosos” (Acácia).

O prolongamento da expectativa de vida traz consigo a solidão e sensação de impotência. Nesse momento as relações permanentes com amigos e família tornam-se importantes por oferecerem suporte emocional ao indivíduo (MOTTA, 2015). Sugerem a necessidade de incentivar os idosos a participarem desses grupos como meio de aumentar sua qualidade de vida, principalmente diminuindo os agravos de doenças.

“amizades que para mim faz muito bem” (Anthurium).

“manter os grupos de encontro, se encontrar nos bailes” (Trepadeira-Jade).

“um maior desenvolvimento para que o idoso tenha possibilidade de participar de todos os grupos de convivência” (Tuia).

A população idosa possui grande dificuldade de aderir a projetos que tentem tirá-los da monotonia diária. Para tanto, grupos devem ser criados e sua participação estimulada; as temáticas grupais podem ser as mais variadas, desde lazer até religiosidade (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015).

#### 4.2.7 Necessidades e tendências econômicas

Quanto à parte econômica, solicitam que o governo mantenha o auxílio por meio da aposentadoria, no entanto, esta deveria ter reajustado seu valor para pessoas idosas, pois os gastos são elevados. Trazem-nos a preocupação de não conseguirem trabalhar como quando jovens e o dinheiro da aposentadoria não consegue custear todas suas necessidades.

“manter o auxílio do Poder Público, mantendo e melhorando as aposentadorias” (Tuia).

“mais auxílio para os agricultores” (Caladium).

“idosos precisam mais dinheiro, pois não conseguem mais trabalhar” (Veigelas).

A aposentadoria do idoso é de suma importância e um direito para saciar suas necessidades financeiras quando não possui a capacidade de trabalhar (MENDONÇA, 2015). As principais queixas da população na terceira idade é a perda das forças para trabalhar e, assim, aumentar a renda familiar (OLIVEIRA et al., 2015).

Expõem a necessidade de descontos nas contas de energia elétrica, água, gás e IPTU como forma de amenizar o alto custo de vida. Além de maiores descontos com a medicação, pois se torna inviável comprar o medicamento. Também reivindicam descontos na realização de exames e procedimentos particulares.

“desconto nos serviços prestados, luz, gás, IPTU, etc...” (Sinos de Irlanda).

“Descontos nos serviços públicos” (Flor de Damasco).

“mais descontos no gás, luz, água” (Trepadeira –Jade).

A necessidade de usar medicação contínua e custear sua compra transforma a indústria farmacêutica numa das maiores causas de problemas financeiros nas famílias com idosos (RODRIGUES; SOARES; LUIZ, 2015).

#### **4.2.8 Necessidades e tendências no lazer**

As atividades de lazer contribuem com a qualidade de vida da população por estimular a recreação e induzir os relacionamentos sociais (LIMA; CASTRO; DUARTE, 2015).

“passear, viajar, conhecer outros lugares e fazer novas amizades” (Veigelas).

“Cultivar os bailes de terceira idade” (Verónicas).

“continuar as rodas de chimarrão” (Zinias).

No lazer, os idosos relatam a necessidade de que lhes sejam proporcionadas mais oportunidades de viagens a locais com equipamentos adequados para desenvolver as atividades comunitárias. Relatam que em seus municípios poderia

haver uma maior preocupação com investimentos na área de lazer para terceira idade, trazendo a demanda de praças com equipamentos para exercícios, locais para caminhadas ao ar livre e grupos de convivência.

“continuar com o joga de bocha e locais para exercícios” (Caladium).

“proporcionar locais e ambientes para diversão com praças, exercícios ao ar livre” (Tuia).

“incentivar corais, caminhadas” (Zinias).

Os investimentos necessários para que a população idosa possua uma melhoria na qualidade de vida são de responsabilidade do Estado, no entanto os gestores locais podem distinguir quais demandas são urgentes e quais podem aguardar maiores recursos governamentais (COSTA et al., 2015). A legislação brasileira prevê gastos mínimos com os mais diversos setores, para tanto é necessária a imposição das necessidades junto às autoridades competentes para que as questões sejam resolvidas (SILVA et al., 2015).

#### **4.2.9 Conhecimento do idoso quanto à legislação, aos direitos e ao Estatuto do Idoso**

A grande maioria dos entrevistados relata não conhecer a legislação ou o Estatuto do Idoso. No entanto, nos trazem o conhecimento de alguns direitos, como a aposentadoria pela idade, preferência na fila do banco e do posto, passagem de ônibus gratuita no município e direito de ser respeitado pela sociedade.

“não, mas tenho direito de aposentadoria e na fila do banco” (Veigelas).

“ah não sei, direito ah aposentadoria” (Rainhas da Noite).

“sei um pouco, mas direito a preferência na fila, passagens de ônibus livre” (Trombetas-Chinesas).

Mesmo desconhecendo a legislação na íntegra, os idosos devem prezar pelos seus direitos e nós, cidadãos conscientes do seu papel social, possuímos o dever de proteger essa população em risco pela falta de conhecimento (MENDONÇA, 2015).

#### 4.2.10 Doenças crônicas dos idosos e o uso de medicamentos

Quando questionados sobre as doenças que os acometem, quatorze idosos relataram ser acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica. Quanto aos demais: dois relataram ser portadores de Diabetes Mellitus; dois por Artrose; um relatou diagnóstico de câncer; um é portador de doença coronariana; e os restantes não citaram doenças.

“sim tenho diabetes” (Torências).

“Hipertensão e outras doenças do coração” (Telópeas).

“tenho diabetes hipertensão, artrose e ... “ (Veigelas).

Atualmente, no Brasil, as doenças que mais acometem a população idosa são as doenças crônicas não transmissíveis, como, por exemplo, a hipertensão, tendo como causas principais a alimentação incorreta e a falta de exercícios físicos (MENEZES et al., 2015).

Quanto aos medicamentos, todos relataram receber parte da medicação por meio de programas sociais, gratuitamente, ou com desconto no valor total.

“recebe uma parte dos remédios outra precisa pagar” (Anthurium).

“eu recebo da farmácia popular, mas alguns preciso comprar a minha família ajuda (Verónicas).

“preciso comprar todos os remédios, não dá fácil” (Tuia).

A medicação para o indivíduo idoso necessita ser prescrita cautelosamente, pois o organismo encontra-se em estado fragilizado, sendo comuns agravos devido à dose medicamentosa, o que pode ocorrer também com a automedicação (MANSO; BIFFI; GERARDI, 2015).

#### 4.2.11 Pontos negativos de ser idoso

Os idosos relatam que ocorre preconceito por parte do governo principalmente quanto às dificuldades enfrentadas por eles. Reclamam que o valor da aposentadoria é muito baixo, e que comprometem quase 80% do valor total com medicação, não conseguindo arcar com as despesas normais de água, luz e energia elétrica.

“descaso dos setores responsáveis dos idosos” (Tuia).

“Falta ajuda em casa, pois precisa comprar remédios, pagar água e luz etc.. (Verónicas).

“poucos recursos, problemas de saúde, faltam remédios” (Anthurium).

A população idosa brasileira é frágil, em constante condição de vulnerabilidade social, seja pela saúde ou pela violência muito comum hoje, no entanto poucas ações são efetivadas em relação a isso (SILVA et al., 2015).

Relatam grande dificuldade devido ao desgaste físico, principalmente com a visão, audição e deambulação. Quanto a esse relato, surgem sentimentos de impotência e desânimo, pois perdem a autonomia perante suas necessidades sociais e fisiológicas, sendo essa a principal causa de seu sofrimento.

“dificuldade de trabalhar devido a problemas de saúde” (Sinos de Irlanda).

“dificuldade de ouvir e enxergar e dores nas articulações” (Flor de Damasco).

“dificuldade de trabalhar, caminhar, visão e coluna” (Caladium).

A constante manifestação de diferentes dores, diagnósticos diferenciados e incapacidade física e mental permanente causa a exclusão social dos idosos, distúrbios de personalidade e depressão (PIMENTA et al., 2015). Relatam sentir dor diariamente em diversas partes do corpo, o que, acompanhado de diminuição das energias, os impossibilita de desenvolver as atividades de casa.

“a idade passa, vamos perdendo os entes queridos e os amigos se afastam quando precisamos” (Tombetas-Chinesas).

“tenho dores lombares, dificuldade de ouvir” (Veigelas).

“não queria estar doente e poder trabalhar como antes” (Zinias).

A dor é um sintoma subjetivo, cuja mensuração é difícil para os profissionais capacitados. Esse estado de dor no idoso limita suas atividades rotineiras, diminui a interação comunitária e o afasta dos familiares (PEREIRA et al., 2015).

Além das dificuldades dos sintomas da velhice, apontam ainda a dificuldade financeira e a falta de estudo, relatando que se sentem incapazes de reivindicar seus direitos perante a sociedade.



“dificuldade por não ter estudo, mas aprender com a experiência no trabalho” (Begônia).

“queria ser mais jovem com o que sei hoje, também tenho dificuldade financeira” (Veigelas).

“não consigo mais fazer as coisas do dia a dia, tenho dificuldade financeira e ninguém ajuda os idosos” (Acácia).

Os sentimentos de incapacidade permeiam a rotina do idoso. A reflexão do indivíduo jovem, trabalhador que esbanjava vitalidade sobressai-se ao ser envelhecido, com as marcas que o tempo deixou em suas linhas de expressão (CAMARANO, 2003). As lembranças de tempos, de forças, de sentimentos que não voltam mais, e a rotina desgastante de tristeza e reclusão são frequentes, fazendo com que sua fragilidade os impeça de reivindicar seus direitos enquanto cidadãos (MOTTA, 2015).

#### **4.3 Idosos de origem alemã**

Os imigrantes alemães também foram os primeiros a colonizarem o Vale do Taquari, a partir de 1846, instalando-se majoritariamente nas áreas planas, junto ao vale do rio Taquari (KÜHN, 2002). Segundo Richter e Collischonn (1994), após a fundação da Colônia de São Leopoldo, no Vale do Caí, os alemães e seus descendentes constituíram as colônias de Venâncio Aires (Vale do Rio Pardo, 1853), Lajeado e Estrela (1855) e Teutônia (1858), essas últimas no Vale do Taquari.

Foram entrevistados um total de 25 indivíduos acima de 60 anos de idade descendentes de imigrantes alemães, 5 (cinco) em cada municípios de residência, sendo Lajeado, Teutônia, Estrela, Forquetinha e Santa Clara. Segundo os dados levantados pela pesquisa, suas idades ficaram entre 64 e 88 anos, com uma média de 75 anos de idade entre os entrevistados.

Quanto ao gênero sexual, foram entrevistados vinte e um idosos do sexo feminino que corresponde a 84% e quatro do sexo masculino que corresponde a 16%. Percebe-se a mesma disparidade entre homens e mulheres encontrada nos entrevistados descendentes de imigrantes açorianos. Camarano (2003), em seus estudos, procura desvendar os motivos da maior expectativa de vida das mulheres

brasileiras em relação aos homens, e uma das diferenças observadas entre os gêneros é o cuidado com a saúde.

Quanto à sua formação profissional, levantaram-se os seguintes dados: dez entrevistados relataram ser agricultores; quatro se disseram donas de casa; dois, professores; os demais, gerente de vendas, industriário, costureiro, secretaria, cozinheira e comerciante. Conforme as respostas levantadas durante as entrevistas, percebeu-se que, quanto à renda familiar mensal, 48% dos indivíduos relataram ganhar o valor até um salário mínimo; 40% dos entrevistados relataram ter renda de até dois salários mínimos; 8% dos idosos com renda em até três salários mínimos e 4% dos indivíduo com renda acima de cinco salários mínimos.

Geralmente o indivíduo idoso tem sua profissão como identidade social que representa quem ele é e assegura seu lugar na comunidade (RABELO; NERI, 2015). O acesso à aposentadoria no contexto familiar do idoso reflete nas mais diversas esferas, tanto na autoestima quanto na participação social (BORGHI et al., 2015).

O perfil demográfico dos municípios de onde foram coletados os dados demonstra que quinze entrevistados residem em comunidades com mais de 9.501 habitantes, enquanto cinco residem em municípios com população estimada entre 1.500 a 3.500 habitantes e outros cinco em cidades com densidade demográfica entre 3.501 a 5.500 habitantes. No quesito analisado sobre o percentual da população idosa de cada comunidade de origem dos entrevistados, observou-se que as taxas ficam entre 16 a 20% da população total dos cinco municípios.

A realidade dos municípios do Vale do Taquari revela uma grande quantidade de pequenas comunidades essencialmente agrícolas, no entanto as denominadas cidades polos dessa região, com mais de 10.000 habitantes, representam 60,31% da população (IBGE, 2010). O aumento gradativo da população idosa segue um ritmo constante, gerando preocupações principalmente no que diz respeito aos recursos necessários para suprir suas demandas (COSTA et al., 2015).

Analisando a participação dos indivíduos da terceira idade em grupos de convivência, verificou-se que quinze entrevistados residem em municípios onde 21% a 40% da população participam de algum tipo de grupo. Outros cinco indivíduos vivenciam em seu município a participação de 0% a 20%, no entanto, em

contrapartida, cinco participantes presenciam em sua realidade uma participação de 41% a 60% da população acima de 60 anos de idade em grupos disponíveis à população. A participação de indivíduos em grupos comunitários depende de variáveis sociais e econômicas. Idosos que possuem distúrbios depressivos estão mais propensos a distanciar-se da comunidade (FIGUEIREDO et al., 2015).

Questionados sobre os motivos de não participarem de grupos comunitários, onze indivíduos destacaram a falta de motivação para aderir aos grupos, outros dez entrevistados colocaram os problemas de saúde como maior dificuldade. Demonstrando o perfil do idoso atual, cinco atribuíram a não participação ao fato de estarem em horário de trabalho e outros cinco por se acharem jovens para participarem desse tipo de atividade, estereotipado, para a população “velha”. O preconceito contra a pessoa idosa é um dos principais motivos de exclusão social, e os próprios familiares desaconselham a participação em grupos de convívio (RODRIGUES et al., 2014). A dificuldade financeira aparece por último, mas não sendo menos importante e influenciando diversos outros fatores.

A constatação popular de que idosos não possuem ocupação após a aposentadoria está mudando. Com a necessidade de suplementar a renda familiar, a terceira idade está ganhando espaço no mercado de trabalho (CHIES; ROCHA, 2015).

Quando os indivíduos foram questionados sobre as necessidades em seus municípios, a maioria, ou seja, vinte entrevistados relataram que necessitam de assistência na área da saúde, seguidos de dezessete relatos de auxílio para adquirir medicação e dezesseis que colocaram como necessário o auxílio para atividades de lazer e diversão. As necessidades de auxílio para assistência social e educação para terceira idade foram destacadas por quatorze pessoas cada, auxílio com fisioterapia por treze, ajuda com transporte em geral foi mencionada por dez indivíduos e, por fim, dois acreditam ser necessário auxílio alimentação. Não houve indicações da importância de auxílio moradia por parte dos entrevistados.

A constatação de que a saúde é a mais requisitada entre as necessidades básicas do idoso demonstra suas compreensões simbólicas culturais de aversão às patologias em geral (MINAYO, 2015). A compreensão da terceira idade como grupo

de risco social demanda ao Estado uma preocupação constante quanto à melhoria de suas ações (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2014).

Os idosos que participam de grupos de convivência foram questionados sobre as atividades realizadas. Entre as atividades mais populares, o baile foi citado por dezoito indivíduos, seguido por palestras em geral, quase sempre sobre prevenção de doenças e promoção à saúde, e atividades de canto, principalmente em grupos de corais, com respectivamente quatorze apontamentos em cada um. Outras atividades relatadas foram artesanato, citado por oito pessoas e preparo de alimentos ou oficinas de preparação de receitas, por cinco idosos. Alguns indivíduos ainda lembraram que os grupos desenvolvem viagens, programações com atividades físicas e cafés, no entanto com menor assiduidade.

As atividades lúdicas para terceira idade promovem o convívio comunitário, interconectando os indivíduos através de redes de amizades e companheirismo (ALMEIDA et al., 2015). A busca por distração e entretenimento mobiliza os idosos a participarem de atividades de voluntariado ou cursos de curta duração que o auxiliem no dia a dia (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015).

#### **4.3.1 Qualidade de vida na velhice**

Sob o ponto de vista de todos entrevistados, possuir qualidade de vida na terceira idade é estar perto de pessoas queridas, seja a família ou amigos. Os entrevistados reforçam a importância da família nesse momento da vida. A visita dos filhos, a presença dos netos, personificam a efetividade do laço familiar que torna a vida saudável sob a perspectiva da troca de afetos.

“costurando e cuidando da neta” (Lírio Casablanca).

“tudo me faz feliz a companhia com familiares e amigos trazem saúde e bons passeios” (Tulipa Vermelha).

“a gente faz a vida ficar com qualidade o convívio social, a família” (Rosa Azul).

Os seres humanos em sua essência possuem a necessidade de estarem em companhia de outros, como meio de suprir a dependência afetiva e amenizar o

stress do cotidiano (ALMEIDA et al., 2014). A família é a base física e emocional que confere a segurança de que o idoso necessita (MOTTA, 2015).

A convivência com amigos surge a partir dos grupos constituídos conforme a cultura de cada comunidade, unindo indivíduos a partir de suas afinidades. Os idosos afirmam necessitar de distração, e encontram, nessas situações, diversão, participando de atividades recreativas e viagens que ocupam seu tempo e lhes conferem qualidade de vida.

“vou ao grupo de convivência para rir com os amigos e me divertir”  
(Margarida).

“Qualidade de vida é tudo de bom para o idoso, participar dos grupos e convivência” (Violeta azul).

“fazer algo, ocupar a mente, participar dos grupos de convivência, diversão”  
(Margarida Vermelha).

O idoso sofre com a solidão em nossa sociedade, então, a partir do momento em que são oferecidas atividades que tragam benefícios, a adesão é instantânea e permanente (VIEIRA; APRILE; PAULINO, 2015).

No entanto, os entrevistados demonstram que a qualidade de vida não se concretiza somente a partir de outras pessoas, mas, principalmente, a partir da vontade de cada um. Sob esse ponto de vista, expõem a importância de realizar atividades físicas regulares, seguir as orientações quanto à alimentação, medicar-se corretamente e reivindicar seus direitos quando pertinentes.

“se alimentar corretamente, ler muito e praticar atividade física” (Rosa Vermelha).

“se sentir bem e fazer atividade física e novas amizades” (Rosa Branca).

“é bom ser idoso, viajar, trabalhar sem compromisso e fazer atividade física (Girassol).

Verifica-se que a população idosa atual é mais consciente de sua saúde e dos cuidados que devem tomar no decorrer da vida, pois eles recebem orientações desde as mídias sociais, entretenimento e pessoalmente através de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), disponibilizados pela atenção básica (LEITE et al., 2015).

### 4.3.2 Necessidades dos idosos de hoje

Os entrevistados de origem alemã têm o mesmo conceito de qualidade de vida dos outros entrevistados, e elegem as relações com a família e a sociedade em geral como uma necessidade do idoso de hoje. Nesse ponto específico que as relações são verificadas sob o ponto de vista da comunicação, ora suprimida por dificuldades na audição e visão e, em muitos casos, por preconceitos com a pessoa “velha”.

“melhor salário para os idosos, não discrimina o idoso” (Gérbera).

“mais atenção por parte dos familiares e autoridades municipais, estaduais e federais” (Rosa Branca).

“ganhar os remédios do Governo, pois o salário é muito pouco, mas como somos velhos os governos não se preocupam, pois amanhã não estamos mais aqui...” (Monsenhor Pom-Pom).

Os idosos sofrem com o preconceito devido à sua dependência e a incapacidades comuns à terceira idade (AMANCIO; CERCHIARI, 2015). Os indivíduos considerados na terceira idade desfrutam de direitos previstos em lei, dentre os quais se destaca o direito de ser respeitado e amparado perante suas carências (SILVA et al., 2015).

### 4.3.3 Tendências dos idosos

A partir da análise das entrevistas, percebeu-se que a participação dos idosos em grupos torna-se essencial devido à necessidade de se relacionarem com pessoas de sua faixa etária. Destacam ser muito bom poderem participar de bailes desenvolvidos pelos grupos, como meio de diversão, e sentirem-se capazes de serem felizes novamente.

“muito bom participar dos bailes da terceira idade” (Amarilis).

“maneira de encontrar amigos e parentes” (Lírio Star Gazer).

“é muito bom para quem consegue ir aos grupos de convivência” (Lírio Casablanca).

A interação social através de grupos de terceira idade confere qualidade de vida e conforto aos envolvidos, além de introduzir sentimentos de respeito e cooperação em suas relações (LIMA; CASTRO; DUARTE, 2015).

Os entrevistados nos trazem a participação em grupos como um dever cultural, no caso de grupos religiosos, onde podem vivenciar e praticar suas crenças. Possuem ainda a disponibilidade de grupos de artesanato ou culinária, onde podem desenvolver uma renda extra, melhorar sua rotina ou simplesmente exercitar a memória.

“o grupo é como uma forma de continuar vivo, por causa da convivência” (Mosenhor Pom-Pom).

“cursos voluntários de artesanato, culinária entre outros..., ajudar os outros e conservar as amizades” (Rosa Vermelha).

“participar dos grupos, mas também participar da igreja, cultivar a religião” (Gloriosa).

As crenças religiosas, independente de suas origens, constituem-se como base para a integração de pessoas que estão à procura de um mesmo objetivo. No caso dos idosos, a religião oferece um suporte terreno a questões sem solução aparente (FERREIRA et al., 2015).

No entanto, os idosos nos expõem a preocupação com a sociedade e seus futuros cuidadores. Alguns preferem usar o tempo disponível nessa etapa da vida para realizar ações filantrópicas, ajudando outros com aquilo que suas condições físicas e financeiras possibilitam. Preocupam-se com o outro, em ajudá-lo, pensando no futuro próximo, quando necessitarão do retorno dessa ajuda em forma de cuidados, principalmente devido às limitações físicas.

“é muito bom participar dos encontros, ainda quando os filhos vão embora e a gente fica sozinha” (Margarida).

“acho muito bom, porque idosos fazem de casa para se encontrar com outros idosos, pois o idoso está muito sozinho” (Lilac).

“ter alguém para nos cuidar, como um familiar, amigo” (Estrelícia).

Grupos de idosos que realizam ações de apoio social à comunidade estão cada vez mais comuns, pois essas pessoas sentem-se valorizadas ao ajudar o próximo (CAMARANO, 2003). A busca por ocupar o tempo livre conduz os idosos a projetos de voluntariado e ajuda a pessoas carentes em suas sociedades (MINAYO, 2015).

#### 4.3.4 Necessidades e tendências na saúde

As entrevistas mostram que a maioria dos idosos entrevistados utiliza a saúde pública para suprir suas necessidades. Afirmam não possuir capacidade financeira para custear a saúde suplementar, mas não reclamam do atendimento via SUS disponível em seu município.

“muito boa, atendimento rápido” (Tulipa Vermelha).

“está muito bom, nós temos tudo não precisa mais” (Rosa Branca).

“nós temos assistência ao idoso muito bom e também temos remédio” (Violeta).

As gestões municipais possuem, dentre suas atribuições, a tarefa de avaliar os serviços de saúde prestados à população. No caso dos idosos a atenção deve ser redobrada, levando-se em consideração que procuram os serviços de saúde com maior frequência que outras faixas etárias (COSTA et al., 2015).

Apesar de o atendimento ser bom, os entrevistados expõem sua vontade de ter à disposição profissionais capacitados para atender às demandas da terceira idade. Outro ponto que destacam em seu diálogo é a necessidade de ampliar a disponibilização de seus medicamentos de uso contínuo nos programas de saúde, já que custeiam boa parte da medicação mais custosa. A destinação de recursos para custear a medicação de pessoas idosas é uma necessidade social a ser resolvida (MUNIZ et al., 2015).

“saúde é boa no nosso município, mas falta médico especialista para cuidar do idoso (Geriatra) (Gloriosa).

“é boa, mas falta remédios, exames clínicos e de imagem” (Rosa Vermelha).

“ganhar consulta de especialista, ser atendido por primeiro e fazer grupos de educação e saúde” (Monsenhor Pom-Pom).

A formação de profissionais competentes na área da geriatria deve partir da consciência social da inversão da pirâmide etária e da necessidade desses profissionais *in loco* (SILVA et al., 2016).



#### 4.3.5 Necessidades e tendências na educação

Os idosos expressam também vontade de realizar cursos educacionais, no entanto gostariam que fossem de curta duração, disponibilizados de forma gratuita e que pudessem usar os conhecimentos na sua rotina. Dentre os anseios dessa população, está a disponibilização de cursos de informática para se comunicarem com familiares, de gastronomia para seguirem a dieta oferecida pela nutricionista e de artesanato para se distraírem.

“cursos de informática” (Margarida Azul).

“cursos de informática para mexer no celular. Eu também quero um SAP, SAP no celular” (Tulipa Branca).

“informática para terceira idade, também gostaria de aprender artes (Rosa Azul).

O conhecimento dignifica a vivência humana; para o idoso, a educação confere um diferencial a ser explorado (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015). As tecnologias digitais fascinam a população em geral, já a terceira idade possui preconceito em aderir ao uso desses equipamentos, mas a distância dos familiares os faz repensar a questão (FAGUNDES; SANTOS, 2015).

No entanto, os sonhos em realizar cursos esbaram em uma realidade exposta por vários entrevistados: as dificuldades, principalmente visuais, que impossibilitam sua realização. Percebem-se confusos por conviver com incapacidades físicas que tendem a aumentar e não conseguem realizar atividades que lhes fariam bem.

“minha idade não colabora, risos... refere dificuldades visuais” (Monsenhor Pom-Pom).

“não consegue fazer nada, ler, cursos pois tenho problemas de visão” (Angélica).

“idade não ajuda, visão fraca” (Lirio Star Gazer).

As dificuldades em aceitar as modificações fisiológicas normais do envelhecimento geram um paradigma pessoal para cada idoso, pois suas percepções pessoais variam conforme sua cultura e estado de saúde (RONCON; LIMA; PEREIRA, 2015).

#### 4.3.6 Necessidades e tendências sociais

Os entrevistados sentem necessidade de serem ouvidos e respeitados socialmente, pois veem seus direitos desrespeitados com frequência. Enfatizam o direito à vida, de estarem com as pessoas de quem gostam, de possuírem a capacidade de viver uma velhice ativa, de realizarem seus sonhos, vivenciarem experiências nunca antes possíveis.

“os idosos são deixados de lado” (Angélica).

“respeitar os idosos e as crianças” (Antúrio).

“a família, convivência social, encontros para chás entre outros” (Rosa Azul).

O direito à vida é assegurado a todos os cidadãos brasileiros através da Constituição Federal. No caso dos idosos, a sociedade possui o dever de lhes oferecer respeito e a assistência para a qual contribuíram boa parte de sua vida (MENDONÇA, 2015).

Em suas conversas demonstram as necessidades que o idoso possui atualmente, refletem sobre o futuro e as medidas que a sociedade atual tomará para suprir suas carências. Dentre os pontos debatidos, enfatizam a importância de casas geriátricas de fácil acesso financeiro para a população crescente que necessita de cuidados paliativos e que não estão recebendo da comunidade.

“os gestores deveriam dar mais incentivos e valor aos grupos de convivência” (Amarílis).

“Colocar a assistência social para auxiliar idosos acamados e doentes” (Lilac).

“inclusão dos grupos de idosos na sociedade em geral” (Rosa Branca).

As sociedades latinas ainda não estão familiarizadas com o crescimento no número de idosos, suas necessidades no longo prazo e as dificuldades em suprir essas demandas, caso não seja oferecida atenção necessária aos casos (MINAYO, 2015).

#### 4.3.7 Necessidades e tendências econômicas

Quanto a questões econômicas, os entrevistados expõem sua preocupação com o futuro, principalmente com as incapacidades que se desenvolvem em seu organismo físico. A maioria dos idosos vê-se encurralado, custeando suas inúmeras despesas com aposentadoria que recebe do governo. Relatam as dificuldades em pagar as contas básicas.

“falta receber orientação com o uso da aposentadoria, pois o idoso gasta tudo e depois precisa para coisas básicas como remédio, médico” (Tulipa Vermelha).

“não é suficiente, pois tem muitas despesas com medicamentos ainda precisa trabalhar para complementar, vendo verduras” (Margarida Azul).

“não é suficiente, o salário deveria ser maior” (Margarida Vermelha).

A aposentadoria é um momento da vida em que os indivíduos experimentam o preconceito social por não possuírem um emprego fixo, por enfrentarem dificuldades financeiras pelo valor da pensão social ser insuficiente e pelas debilidades na saúde que os impedem de suplementar a renda familiar (CHIES; ROCHA, 2015).

Os idosos entrevistados demonstram vontade em trabalhar novamente para ajudar em sua renda mensal, no entanto seu organismo não demonstra a mesma destreza que outrora agradava o mercado de trabalho. As principais queixas são quanto à dificuldade em sobreviver com a renda de um salário mínimo, não sendo possível comprar todos os medicamentos necessários nem participar de atividades recreativas.

“ainda precisa trabalhar não dá para viver sem trabalhar, pois precisa comprar remédios” (Gloriosa).

“ainda trabalha na roça, a aposentaria não é suficiente, vai ao médico, compra remédio” (Girassol).

“difícil com o salário mínimo, ainda trabalha na agricultura, planta, colhe e vendo e tira leite para vender” (Gérbera).

As dificuldades físicas aliadas à falta de recursos financeiros debilitam os idosos psicologicamente, levando-os a somatizar patologias que mais tarde acarretam incapacidades permanentes (ALMEIDA et al., 2015).

#### 4.3.8 Necessidades e tendências no lazer

Conforme os relatos dos idosos entrevistados, as necessidades quanto ao lazer estão sendo supridas em parte pelos grupos de terceira idade, que proporcionam diversão a esse público. No entanto alguns diálogos registrados dão conta do sonho de vivenciar situações antes impossíveis, como viajar para lugares diferentes e distantes. Isso, porém, exige gastos incompatíveis com a realidade.

“acho muito bom viajar com o grupo e também fazer viagens ao exterior, mas a situação financeira não permite” (Rosa Azul).

“viagens para outros lugares, mas a viagem de avião não tem desconto para idosos” (Rosa Vermelha).

“incentivar os grupos para viajar para outros lugares” (Boca de Leão).

A experiência de envelhecer denota uma ampla gama de sentimentos. Essa fase geralmente é acompanhada da valorização de sonhos de vida que, nesse momento, são possíveis de ser realizados e vivenciados com uma intensidade nunca antes vislumbrada (MOTTA, 2015).

Os entrevistados acreditam ser necessário investir mais no lazer dirigido ao público idoso, com a construção, por exemplo, de espaços públicos para realização de atividades físicas. Ainda questionam as entidades municipais que não estimulam a participação de indivíduos da terceira idade na produção de cinema ou teatro, possível a outros públicos.

“incentivar os idosos de ir a bailes, cinemas, teatros e passeios, mas com dinheiro publica” (Tulipa Vermelha).

“o governo deveria oferecer academias ao ar livre e viagens” (Rosa Branca).

“viagens, cinemas, teatro, participar de grupos de teatro” (Violeta).

As políticas públicas de financiamento ao lazer e cultura devem contemplar as necessidades da população que delas usufrui, e de maneira mais consistente contribui para que a infraestrutura seja oferecida à comunidade (COSTA et al., 2015).

#### **4.3.9 Conhecimento do idoso quanto à legislação, aos direitos e ao Estatuto do Idoso**

A grande maioria dos entrevistados desconhece as legislações específicas para a terceira idade, e em especial o Estatuto do Idoso que fundamenta seus direitos e deveres. Apesar de não possuírem o conhecimento da legislação, os idosos compreendem entre seus direitos a aposentadoria, ajuda importante, indispensável para quem trabalhou a vida toda.

“não conheço, direito a aposentadoria” (Gérbera).

“não, direito a passagem de ônibus e aposentadoria” (Girassol).

não, direito aposentadoria” (Estácia).

Os profissionais, independente de sua área de atuação, que entrem em contato com idosos e estejam esclarecidos quanto à legislação especial em relação a esse público, possuem o dever de informar-lhes de seus direitos e defendê-los sempre que necessário (BORGHI et al., 2015). Na sociedade atual percebe-se que a injustiça contra os idosos tornou-se corriqueira, sendo que, em suas fragilidades, possuem pouca força de proteção (SILVA et al., 2015).

#### **4.3.10 Doenças crônicas dos idosos e o uso de medicamentos**

Dentre as doenças crônicas relatadas pelos entrevistados, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Com menor número de citações, aparecem casos de Artrose, Osteoporose, Doença de Alzheimer, Obesidade e Transtornos Depressivos. Os idosos portadores dessas doenças dizem seguir corretamente as orientações realizadas pela equipe de saúde que os atende.

“sim tenho hipertensão e tomo remédios ganho da Unidade Básica de saúde” (Tulipa Branca).

“sim sou hipertensão e tenho osteoporose, recebo alguns medicamentos, mas outros os familiares compram” (Lisiantro).

“sou hipertensa e diabética e problemas de visão (Lírio Star Gazer).

A epidemiologia da terceira idade sugere uma independência das demais faixas etárias da sociedade; os cuidados demandados pelas patologias recorrentes tornam-se diferenciados (REIS; REIS; TORRES, 2015). As estratégias de educação

implementadas nos serviços de saúde geram um conhecimento maior sobre questões de promoção da saúde e prevenção de doenças (PIMENTA et al., 2015).

#### 4.3.11 Pontos negativos de ser idoso

Os idosos entrevistados relatam que a maior dificuldade encontrada nessa etapa da vida é a debilitação de seu organismo, como por exemplo, a perda da visão e da capacidade de caminhar.

“falta força, sinto fraqueza, também posso sair a noite sozinho” (Violeta).

“não tenho mais força para trabalhar (Margarida Azul).

“fraqueza natural da idade” (Gloriosa).

A dificuldade na autoaceitação do idoso quanto ao seu estado físico e mental gera inúmeros problemas de saúde, além da reclusão social, do afastamento da família (AGUIAR et al., 2015).

Outro ponto focado pelos entrevistados é a dificuldade em sentirem-se acolhidos pela família e pela sociedade, pois perdem sua capacidade física, dependendo de outras pessoas, sentindo-se inúteis ou incômodos. Alguns relatam a perda da autonomia sobre sua vida devido à incapacidade. Revelam também o medo da morte, de como chegará o momento, o medo da dor e do pós-morte.

“bom estar em atividade, mas difícil e depender dos filhos e vizinhos” (Rosa Vermelha).

“acho melhor ser velho, mas dependo dos filhos” (Girassol).

“ser doente e depender dos outros” (Violeta Azul).

A diminuição da autonomia do idoso é um fator a ser levado em consideração pelos seus cuidadores. As potencialidades devem ser incentivadas e trabalhadas, suprimindo assim em parte suas incapacidades (PEREIRA; SOARES, 2015).

Contrariando a maioria dos entrevistados, alguns idosos declaram o gosto por essa fase da vida. Relatam a felicidade em receber o dinheiro da pensão ainda que pouco, sem necessitar trabalhar. Outros relatam estarem felizes por aproveitarem a vida que não tiveram quando jovens devido ao trabalho, demonstrando alegria em viver perto da família e amigos, mesmo com dificuldades.

“gosta da velhice, muito, muito, faz parte da vida ficar velho” (Rosa branca).

“não acho nada ruim, tudo muito bom, pois hoje tenho dinheiro garantido todo o mês, ah a velhice não me preocupa” (Estrelícia).

“sou feliz em ser idoso, só que preciso sair mais visitar amigos e familiares” (Margarida Branca).

A qualidade de vida do idoso quase sempre se encontra atrelada à possibilidade de realizar atividades recreativas, possuir vínculo permanente com a família e desfrutar de uma boa saúde (OLIVEIRA et al., 2014). As diferenças culturais também são levadas em consideração, pois suas compreensões da vida modificam-se constantemente ou estão atreladas a dogmas profundamente enraizados (RABELO; NERI, 2015).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados coletados, pode-se realizar um mapeamento das condições de vida e necessidades dos idosos descendentes de imigrantes Açorianos, Italianos e Alemães residentes no Vale do Taquari. Verificou-se com exatidão que as condições sociais de transporte, moradia e alimentação estão de acordo com suas necessidades, embora a questão financeira apareça como uma das principais preocupações nessa faixa etária.

A questão de saúde apareceu na maioria das vezes atrelada à qualidade de vida. Percebeu-se que nessa área são necessárias melhorias, como a ampliação da infraestrutura regional e a capacitação dos profissionais atuantes principalmente na atenção básica. Quanto à identificação de patologias presentes idosos estudados, verificou-se que, em sua maioria, são acometidos por doenças crônicas não transmissíveis, sendo frequente a Hipertensão Arterial Sistêmica, seguida pelo Diabetes Mellitus, doenças osteomusculares dentre outras.

Constatou-se que a região desenvolve boas práticas de educação em saúde, principalmente no que diz respeito ao acompanhamento dos usuários e adesão ao tratamento proposto. Observou-se o desconhecimento da Política Nacional do Idoso por parte dos entrevistados, no entanto possuem informações básicas de seus direitos perante a sociedade.

Verificou-se que os grupos de convivência são os espaços de lazer da população idosa do Vale do Taquari, onde são realizados encontros a nível municipal, estadual e federal, desenvolvendo atividades físicas, educativas,



recreativas, além de jogos práticas religiosas. Constatou-se a crescente necessidade dos idosos em participar de cursos, principalmente quanto ao uso de tecnologias, como internet e celular, mas enfatiza-se a sua dificuldade em participar dessas atividades, seja por motivos financeiros muito presentes ou pela falta de oferta em sua região. No entanto poucos idosos manifestaram interesse em frequentar cursos superiores.

Procurou-se demonstrar a sutil, mas importante, diferença conceitual entre a vulnerabilidade e a debilidade da pessoa idosa em três culturas diferentes, pois tem significativa implicação no mundo jurídico. No entanto, no que diz respeito ao reconhecimento jurídico da vulnerabilidade do idoso, a mesma unanimidade não se faz presente entre os diferentes sistemas legais. A vulnerabilidade do idoso decorre das maiores dificuldades que ele apresenta em função do avanço da idade.

Trata-se, portanto, de um fato biologicamente comprovado. Há de se reconhecer as vantagens de uma política legislativa voltada para assegurar os direitos da terceira idade, principalmente quando se constata um envelhecimento mundial da população e um aumento considerável da expectativa de vida.

As Nações Unidas já haviam destacado a importância da questão do envelhecimento quando, em 1982, foi organizada em Viena a primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, com o propósito de adotar um plano de ação internacional para os próximos 20 anos, capaz de garantir a segurança econômica e social do idoso, além de identificar oportunidades que contribuíssem para o desenvolvimento dos vários países.

O Brasil, atentando para esse problema e ciente de que os países em desenvolvimento seriam os mais afetados pelo envelhecimento populacional, editou, em 2003, a Lei 10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. A alegação de que um regime jurídico voltado especificamente para os idosos atenta contra a liberdade demonstra uma visão distorcida dos reais objetivos do estatuto. A elaboração de uma legislação específica não significa a instauração de uma espécie de tutela automática sobre mais de um milhão e meio de pessoas, pois a ideia de um regime jurídico próprio não se confunde com os regimes de proteção previstos no Direito Civil.

Os regimes de proteção pressupõem uma diminuição da capacidade da pessoa, enquanto o estatuto se dirige a todos os idosos indistintamente, capazes ou não. Com isso não se pretende reduzir a capacidade daqueles que ainda estão aptos a realizarem sozinhos os atos da vida civil, mas, sim, assegurar-lhes todos os meios jurídicos para que o façam da melhor maneira possível.

O Estatuto do Idoso comporta uma noção mais abrangente de proteção, que apreende não só os casos de incapacidade, mas também a noção de vulnerabilidade. O maior vulnerável é menos suscetível do que o maior incapaz, mas nem por isso deve ser desconsiderado pelo Direito. O reconhecimento jurídico da vulnerabilidade do idoso representa um avanço da sociedade, na medida em que ela se antecipa, buscando preservar a saúde física e mental desse segmento da população. De uma vez por todas, é preciso dissociar o Estatuto do Idoso da ideia de incapacidade, pois o estatuto não substitui os regimes de proteção.

Igualmente, argumenta-se que as regras gerais, como por exemplo, as relativas aos defeitos dos negócios jurídicos e a sua invalidade, são também aplicáveis aos idosos, o que, aliado aos regimes jurídicos de proteção, dispensaria a elaboração de uma legislação específica. Ademais, eles também se beneficiam de toda a legislação especial que protege os consumidores.

A essa colocação alguns poderiam acrescentar a crítica sobre a “incontinência legislativa” do Estado, que nos infantiliza na medida em que fere a nossa liberdade de autorregramento e rompe com o processo de desregulamentação, desencadeado com a superação dos paradigmas positivistas. Conquanto esse raciocínio possa ser aplicável em muitas matérias, não nos parece razoável no tocante à elaboração do Estatuto do Idoso.

O processo de “privatização” (ou “reprivatização”) pelo qual passou a velhice nas três últimas décadas foi determinante no surgimento do que se convencionou chamar de “terceira idade”. Compreendida como uma etapa localizada entre a idade adulta e a velhice, a terceira idade é, antes, a *negação* do envelhecimento do que propriamente uma fase cronológica da vida humana.

Lopes (2000), ao analisar o fenômeno da terceira idade na sociedade contemporânea, observou que, com o advento das ciências do envelhecimento (gerontologia e geriatria) e das instituições ligadas à velhice e à aposentadoria (de serviço social, lazer, esporte, turismo, estética/rejuvenescimento, previdência privada, educação, cultura, etc.), houve, principalmente entre as gerações nascidas nas décadas de 1920 e 1930, a vivência não só de uma privatização (ou individualização) da velhice, com a transformação desta numa responsabilidade individual, mas também de uma negação do processo de envelhecimento, caracterizada por atitudes de repúdio e resistência à velhice e às suas consequências biológicas, psíquicas e sociais.

Em geral, o surgimento das instituições ligadas à velhice influenciaria diretamente na invenção social da “terceira idade”. Na verdade, não seria muito dizer que a criação da terceira idade ocorreria paralelamente ao processo de institucionalização da velhice verificado na sociedade contemporânea, na medida em que a velhice e o envelhecimento se tornam objetos da ação de instituições especializadas. Dentre essas instituições, a da aposentadoria pode ser apontada como uma das principais, pois além de representar a primeira iniciativa de intervenção do Estado no “problema da velhice”, transformando-a, assim, em questão social, também seria responsável pelo surgimento de um novo ator na sociedade: o aposentado.

Contudo, se inicialmente a aposentadoria estaria destinada somente à classe operária, estando diretamente associada à pobreza vivida pelos velhos, com a diversificação de funções e profissões que se atingiu no desenvolvimento do capitalismo industrial, a aposentadoria seria estendida também para as camadas médias da sociedade, compostas pelos profissionais especializados.

Dessa forma, com a emergência de uma maior heterogeneidade na condição socioeconômica dos aposentados, foi possível o aparecimento de agentes sociais que, além de disporem de tempo livre, possuíam renda estável e vitalícia para o consumo. Isso iria dinamizar todo um mercado em torno do “modo de vida” dos aposentados, cujo propósito principal seria o de viver uma “velhice ativa” ou “produtiva”, negando a “condição de ociosidade” ou “inatividade” vivida pela maioria dos velhos (pobres), dessa ou de outras gerações, que – de acordo com a nova

concepção de envelhecimento defendida pela ideologia da terceira idade – não sabem envelhecer.

Dizer que as recentes políticas públicas e leis relativas à velhice são resultantes da ação de um “movimento social do idoso” implica afirmar que, diferentemente do que ocorreu com as políticas de aposentadoria – surgidas no início do século XX e derivadas das pressões dos movimentos operários –, atualmente se configuram formas de ação política que são especificamente relacionadas ao grupo social dos idosos, e não mais vinculadas à mobilização conjunta dos trabalhadores por direitos sociais e trabalhistas, *inclusive* o de aposentadoria e pensão. É interessante perceber como os “direitos da velhice” deixam de ser parte integrante dos direitos do trabalhador para se transformarem num conjunto de direitos que têm como pedra de toque a figura do idoso como cidadão e, principalmente, *consumidor* de produtos e serviços.

A fragilidade dos artigos relativos à Previdência Social, tanto no Estatuto do Idoso quanto na Política Nacional do Idoso, e a ênfase dada ao acesso a serviços de transporte coletivo, cinemas, teatros e universidades abertas à terceira idade, por exemplo, revelam nitidamente a substituição do trabalhador como sujeito de direitos pelo cidadão com potencial consumidor.

Segundo Haddad (1986, 2001), o primeiro passo para a identificação de um problema social é o seu reconhecimento ou visibilidade perante a sociedade. Pode-se dizer que a velhice vai se tornando cada vez mais visível à medida que vai aumentando a proporção de idosos na sociedade, num fenômeno conhecido como envelhecimento populacional. Como já é sabido, o desenvolvimento da ciência e da medicina no século XIX, somado às melhorias nas condições de higiene e saneamento, possibilitaram um maior prolongamento da vida humana. A partir de então, a população mundial cresceria (e envelheceria) a um ritmo acelerado.

Jamais na história da humanidade houve tantas pessoas vivendo tanto. Conforme mostra Alba (1992), a esperança de vida era de 22 anos na época do Império Romano e de 30 anos no século XVII. Como vemos, a velhice antes do século XIX era, portanto, uma experiência não muito comum, dado o alto índice de mortalidade entre a população. Atualmente, atinge-se uma esperança de vida que

ultrapassa os 80 anos nos países desenvolvidos. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), referentes ao ano de 2003, o recordista em expectativa de vida dentre os países desenvolvidos é o Japão, com 80,93 anos, seguido da Austrália, com 80,13 anos.

Esse aumento espetacular da esperança de vida obtido em aproximadamente duzentos anos iria revolucionar completamente a organização das sociedades. O crescimento populacional acelerado preocuparia os governos, que se viram obrigados a adotar medidas de controle da natalidade. Tais medidas contribuiriam de forma decisiva para o envelhecimento da população, na medida em que se passaria a reduzir o número de nascimentos e de mortes. Nesse sentido, o fenômeno conhecido como *baby boom*, caracterizado pela explosão demográfica verificada no período posterior à II Guerra Mundial, daria lugar ao denominado *old boom*, do final do século XX, por meio do qual se observa um aumento espetacular do número de idosos na população mundial.

Na verdade, tanto a exclusão social vivida pelos idosos quanto o rápido envelhecimento populacional ocorrido nas duas últimas décadas (o fenômeno *old boom*) contribuíram fortemente para que a velhice e o envelhecimento ganhassem visibilidade social e entrassem na pauta das políticas governamentais. Tal fenômeno, ocorrido inicialmente nos países da Europa Ocidental e depois vivenciado pelo resto do mundo, fez com que os governos passassem a se preocupar com as novas demandas sociais decorrentes desse processo. Baseando-se em Haddad (1986), pode-se dizer que a visibilidade (ou reconhecimento) da velhice como problema social levaria à sua legitimação, na medida em que esta passaria a entrar na pauta das preocupações sociais (e políticas) do momento.

Contudo, o processo pelo qual a velhice é legitimada como um problema social merecedor da atenção do Estado tem no surgimento das caixas de aposentadoria o seu principal marco. Se considerarmos que um problema social adquire o status de “questão social” na medida em que se torna objeto de políticas públicas (COHN, 2000), não nos resta dúvidas de que foi por meio das políticas de aposentadoria que a velhice se transformou em questão social.

Acreditar que as políticas da velhice possam solucionar a exclusão e a marginalidade que atingem a maioria dos idosos é atribuir à política social uma função que não corresponde à sua razão de ser. Em outras palavras, é imprimir um caráter por demais otimista e até ingênuo à real funcionalidade da política social dentro do capitalismo. Isso porque a situação de precariedade social vivida pelos idosos não é um problema restrito à velhice e ao envelhecimento, mas, sob uma ótica totalizante da realidade social, tal condição pode ser compreendida como parte integrante da lógica excludente do próprio sistema, que tem na opressão e na exclusão da classe trabalhadora a sua pedra de toque.

Os direitos sociais representam, portanto, a conquista maior da classe trabalhadora em geral, e dos idosos em particular, dentro de um contexto social que se caracteriza pela exploração, pelo controle e pela injustiça. Contudo, esses direitos são ainda de pouca abrangência e de efetivação muito restrita. Por mexerem na questão redistributiva da riqueza – e, portanto, na propriedade privada –, são direitos contra os quais o capital tem que se prevenir. Isso explica, em grande medida, a dificuldade de efetivação e ampliação dos direitos sociais em todo o mundo. O Estado bem-estar social, surgido e desenvolvido de forma mais efetiva na Europa a partir da II Guerra Mundial, representa o nível máximo de efetivação dos direitos sociais, na forma de políticas públicas específicas.

No Brasil e nos demais países da América Latina, os direitos sociais não chegaram a ser realmente efetivados. O Estado de bem-estar social, nascente no Brasil com a Constituição de 1988, foi abortado pelo neoliberalismo, uma estratégia política do capital para superar a sua crise estrutural, crise essa ocasionada pelas conquistas dos trabalhadores em termos de direitos. A ofensiva neoliberal dos Estados capitalistas representa, portanto, o maior entrave para a efetivação e, até mesmo, a manutenção dos direitos sociais nos dias de hoje.

No entanto, para que seja possível entender, na sua essência, tanto as políticas econômicas neoliberais quanto as políticas públicas voltadas para o social – e, o que é mais paradoxal, a possibilidade de coexistência de ambas essas políticas, substancialmente opostas e contraditórias – é necessário que procuremos compreender o fenômeno do Estado numa perspectiva ampliada. Em outras palavras, é necessário que analisemos a política com um olhar de *estranhamento*,

sendo que nas culturas do Vale do Taquari os fenômenos culturais diferenciam-se impactando com a qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. P. C. et al. "Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil." **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 19, n. 2, p. 343-349, 2015.
- AHLERT, A. **A eticidade da educação:** o discurso de uma práxis solidária/universal. 2. ed. Ijuí, 2003. 192 p. (Coleção Fronteiras da Educação).
- ALMEIDA, M. M. G. de et al. Atividades de Lazer entre Idosos, Feira De Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.29 n.2, p.339-352 jul./dez. 2005.
- ALMEIDA, M. B. et al. Qualidade de vida na terceira idade na pós-aposentadoria: uma revisão da literatura nacional nas duas últimas décadas. **Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, 2015.
- ALMEIDA, L. F. F. et al. Promoção da saúde, qualidade de vida e envelhecimento - A experiência do projeto "Em Comum-Idade: uma proposta de ações integradas para a promoção da saúde de idosos das comunidades de Viçosa-MG" **Revista ELO - Diálogos em Extensão** v. 3, n. 2 dez, 2014.
- ALVES, E.C. S. et al. Humanização do atendimento ao idoso na perspectiva do Agente Comunitário de Saúde. **Montes Claros**, v. 16, n. 2 - jul./dez. 2014.
- AMANCIO, Y. N.; CERCHIARI, Ednéia A. N. City Tour e qualidade de vida na terceira idade: o condutor na intermediação do bem-estar dos idosos. **Anais do SEMEX.** v. 3, n. 3, 2015.
- ANDEOTTI, R. A. **Efeitos de um programa de Educação Física sobre as atividades da vida diária em idosos.** São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo; 1999.
- ASCENSÃO, J. de O. **O Direito:** Introdução e Teoria Geral – Uma Perspectiva Luso-Brasileira. 13. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.
- AZEVEDO J. R. **Ficar Jovem leva Tempo.** São Paulo: Saraiva, 1998, p. 17-55.
- BALLONE, G.; FERNANDES, F.; ROSSI, E.; BOOCK, E.; ACCORDY, J. **Envelhecimento e velhice:** uma nova realidade. São Paulo: 1981.



BARCELLOS, A. P. de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARDEN, J. E.; AHLERT, L. Fluxos migratórios e distribuição de renda interna na evolução da economia do Vale do Taquari, no período de 1930-70. **Estudo & Debate**, Lajeado, v. 10, n. 2, p. 7-32, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa/Portugal, LDA, 2002.

BARROSO, L. R. **Interpretação e aplicação da Constituição: Fundamentos de uma Dogmática Constitucional Transformadora**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

BARTH, E (1969a). Introduction~ In Barth, E (ed.). **Ethnic Groups and Boundaries: The Social Organization of Culture Difference**, Little, Brown, Boston, pp. 1-38. Barth, E (ed.) (1969b). **Ethnic Groups and Boundaries: The Social Organization of Culture Difference**, Little, Brown, Boston.

BASTOS, C. R.; BRITO, C. A. **Interpretação e aplicabilidade das Normas Constitucionais**. São Paulo: Saraiva, 1982.

BEROLDT, L.; GRISEL, P.N.; SCHMITZ, J. A.K. **Evolução e diferenciação da agricultura no Vale do Taquari**: um estudo comparado de dois sistemas agrários. In: MENASCHE, Renata (org.). **A agricultura familiar à mesa: saberes e práticas da alimentação no Vale do Taquari**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2007. p. 11-42.

BETTIO, D. C. A importância da atividade física realizada nos grupos de convivência da terceira idade em um município do Vale do Taquari. 2010, 14 f. **Monografia (Graduação em Educação Física - Docência em Educação Básica – Licenciatura)**, UNIVATES, 2010.

BOBBIO, N. **Estado, Governo, Sociedade**: para uma teoria geral da política. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

\_\_\_\_\_. **Teoria do Ordenamento Jurídico**. Trad. Maria Celeste Cordeiro Leite dos Santos. 10. ed. São Paulo: Polis; Brasília: Universidade de Brasília, 1999.

BONIN, L. F. R. (1998). **Indivíduo, cultura e sociedade**. In M. G. C. Jacques et al. (Orgs.), **Psicologia social contemporânea: livro-texto** (pp. 58-72). Petrópolis: Vozes.

BORGHI, A. C. et al. Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 49, n.4, p. 589-595, 2015.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília: Ministério da Justiça; 2003.

BRAVO, M. I. S. **Gestão democrática na saúde**: potencial dos conselhos. In: **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRITTO, C. A. **Revista de Direito Administrativo**, Distinção entre 'controle social do poder' e 'participação popular'. Rio de Janeiro: Renovar, 1992.

BURKE, P. **Uma história social do conhecimento: de Gutemberg a Diderot**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. 241 p.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. av.** v.17, n. 49, São Paulo Set./Dez. 2003.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. **Texto Para Discussão Nº 858**, IPEA, Rio de Janeiro, jan. 2002.

CANOTILHO, J. J. G.; MOREIRA, V. **Fundamentos da Constituição**. Coimbra: Coimbra Editora, 1991.

CARVALHO JÚNIOR, P. L. de. **O idoso e o direito de família**. Disponível em: <<http://www.direitoidoso.com.br>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

CARVALHO, P. de B. **Curso de Direito Tributário**. 18. ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2007.

CARVALHO, J. A. M. de; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun, 2003.

CARVALHO, F. E. T; NETTO, P. M. **Geriatrics: fundamentos, clinica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2004.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CHIES, C.; ROCHA, M. M. Impactos da aposentadoria rural especial como política pública para a agricultura familiar. **GEOSABERES-Revista de Estudos Geoeducacionais**. v. 6, n.1, p. 123-137, 2015.

CNM. **Confederação Nacional de Municípios**. Disponível em: [http://www.cnm.org.br/dado\\_geral/mumain.asp?ildMun=100143425](http://www.cnm.org.br/dado_geral/mumain.asp?ildMun=100143425). Acesso em: 19 ago. 2011.

COELHO FILHO J.M.; RAMOS L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**. 1999; 33(5): 445-53.

COELHO, F. G. de M.; ARANTES, L. M. **Análise Biomecânica da Marcha em Idosas Praticantes de Musculação do Projeto Afrid**. Universidade Federal de Uberlândia/ Faculdade De Educação Física. Dezembro/2005.

COIMBRA, I.B. et al. Consenso brasileiro para o tratamento da osteo-artrite (artrose). **Rev. Brás. Reumatol.** v. 42, n.6, Nov/Dez, 2002.

COMPARATO, F. K. **Direito Público - Estudos e pareceres**. São Paulo: Saraiva, 1996.

CONFORTIN, S. C.; BARBOSA, A. R. Fatores Associados à força Muscular de Homens Idosos de uma Comunidade Rural Brasileira. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)** v. 48, n. 2, p. 151-159, 2015.

COOLEY, T. Princípios Gerais de Direito Constitucional dos Estados Unidos da América do Norte. Trad. Alcides Cruz. 2. ed., São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 1982 (Coleção Temas Fundamentais de Direito Público, v. 5).

COSTA, A. E. K. et al. A equipe multiprofissional e o gerenciamento dos investimentos públicos aplicados na saúde dos idosos. **Destaques Acadêmicos**, v. 7, n. 3, 2015.

COSTA, M.F.L; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n.3, Rio de Janeiro, June, 2003.

COSTA, M.F.B.N.A.; CIOSAK, S.I. Atenção Integral na Saúde do Idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 44(2): 437-44, 2010.

DANTAS, I. **Constituição Federal** – Teoria e Prática. V. 1, Rio de Janeiro: Renovar, 1994.

DEEPAK CHOPRA, M. D. **Corpo sem idade, mente sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

DEL VECCHIO, G. **Lições de Filosofia do Direito**. Coimbra: Armênio Amado, 1979.

DINIZ, M. H. **Norma Constitucional e seus efeitos**. 7. ed., atual., São Paulo: Saraiva, 2006.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

DOLL, J. Saúde Subjetiva e Satisfação de Vida. Um Estudo Comparativo com Pessoas Idosas no Brasil e na Alemanha. **Revista Gerontologia**, v. 6, n.3.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FAGUNDES, V. H.; SANTOS, A.S. As tecnologias de interação e as relações de uso pela terceira idade: um estudo de caso no segmento de linha branca. **Blucher Design Proceedings** v. 2, n. 2, p. 1251-1261, 2015.

FARINATTI, P. T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Rev Bras Med Esporte**, v. 8, n. 4, Jul/Ago, 2002.

FERRAZ JÚNIOR, T. S. Constituinte – Assembléia, Processo, Poder. 2. ed., ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1986.

FERRAZ, A. C. da C. **Processos Informais de Mudança da Constituição: Mutações Constitucionais e Mutações Inconstitucionais**. São Paulo: Max Limonad, 1986.

FERREIRA FILHO, M. G. **Curso de Direito Constitucional**. 33. ed., rev. e atual., São Paulo: Saraiva, 2006.

FERREIRA, P. **Curso de Direito Constitucional**. 12. ed., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2002.

\_\_\_\_\_. **Princípios Gerais do Direito Constitucional Moderno**, v. 1, 6. ed., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 1983.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FERREIRA, M. et. al. Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. **Rev Bras Med Esporte**. v. 11, n. 3, Mai/Jun, 2005.

FERREIRA, A. G. C. et al. Experiências espirituais de um idoso sob cuidados paliativos: relato de caso. **Revista de Medicina** v. 94, n. 3, p. 185-188, 2015.

FH Anuncia Plano Plurianual. Revista **Época (Época On Line – Notícias Diárias – Brasil – 31 de ago. 1999)**, extraído do sítio [www.epoca.com.br/nd/br310899.html](http://www.epoca.com.br/nd/br310899.html), em 06.09.1999.

FIGUEIREDO, M. F. S. et al. Grupos educativos para idosos na Estratégia Saúde da Família: uma nova perspectiva. **Renome** 3.2 (2015): p. 162.

FILHO, M. S. S. et al. Morte e morrer na ótica de cuidadores de idosos dependentes/Death and dying in the perspective of caregivers of elderly dependent patients. **Ciência, Cuidado e Saúde** v. 14, n. 3, p. 1370-1376, 2015.

FLEURY, M., FISCHER, R. **Cultura e poder nas organizações**. Rio de Janeiro: Atlas, 1996. MALINOWSKY, Bronislaw. Os Argonautas do Pacífico Ocidental. In: *Ethnologia*, p. 17-37, 1997.

FOULCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FREITAS, J. de. **O controle social do orçamento público**. Conferência; XXVII Encontro Nacional de Procuradores Fiscais, Português; Foz de Iguaçu. 2001.

FREZ, A. R. **Fraturas do fêmur em pacientes idosos**: Estudo Epidemiológico. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus Cascavel, como pré-requisito para obtenção do Título de graduado em Fisioterapia. Cascavel: 2003.

GEERTZ, Clifford. Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura. In: \_\_\_\_\_. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. Cap. 1, p. 13-41.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOHN, M. da G. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. São Paulo: Cortez, 2001.

GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação á pesquisa em saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Decasa, 2000.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro, UnATI / UERJ, 2000.

GUEDES R. M. L. Motivação de idosos praticantes de atividades físicas. In: GUEDES, O. C. (org.). **Idoso, esporte e atividades físicas**. João Pessoa: Idéia, 2001.

GUZZO, R. S. L. (2005). Escola amordaçada: compromisso do psicólogo com este contexto. In A. M. Martínez (org.). **Psicologia escolar e compromisso social: novos discursos, novas práticas** (pp.17-29). Campinas: Alínea.

HADDAD, W. D. 2001. **The Challenges of Access to and Quality of Distance Education**. In Beck, Uwe, and Sommer, Winfried (Eds.) LEARNTEC 2001- 9th European Congress and Trade Fair for Educational and Information Technology. Karlsruhe Congress, Germany.

HALLAL, P. C.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R. et al. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cad. Saúde Pública**, Mar./Apr. 2005, v.21, n.2, p.573-580. ISSN 0102-311X.

HEIKKINEN, R.L. **The role of physical activity in healthy ageing**. Geneva: World Health Organization; 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **FHC cria conselho para os direitos dos idosos**. Bol – Política – 7 de setembro de 2002 – Folha On Line, informações da Agência Brasil. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/censo/noticia\\_old.shtm](http://www.ibge.gov.br/censo/noticia_old.shtm).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tendências Demográficas**. Tabela 17 – Razão de dependência das crianças e dos idosos e índice de envelhecimento, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação. Fonte IBGE, censo demográfico 1980/ 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendenciademografica/tabela17.shtm>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=432162&r=2>. Acesso em: 19 ago. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010.

IHERING, R. Von. **A luta pelo Direito**. São Paulo: Martin Claret, 2006.

JACOBI, P. **Políticas sociais e ampliação da cidadania**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

JANINI, J. P.; BESSLER, D. ; VARGAS, A. B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 480-490, 2015.

JUNIOR, F. L.; GUZZO, R. S. L. Prevenção primária: análise de um movimento e possibilidades para o Brasil. **Interação em Psicologia**, 2005, 9(2), p. 239-249 239.

KELSEN, H. **Teoria pura do Direito**. Trad. João Baptista Machado. 7. ed. Coimbra: Arménio Amado, 2006.

\_\_\_\_\_. **Teoria Geral do Direito e do Estado**. Trad. Luís Carlos Borges, 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005 (Coleção Ensino Superior).

KRELL, Andreas J. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha – Os (Des)Caminhos de um Direito Constitucional Comparado**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

LARAIA, R. de B. **Cultura um conceito Antropológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986. 116 p.

LASSALLE, F. **A essência da Constituição**. Trad. Walter Stöner. 4. ed., Liber Juris, 1998 (Coleção Estudos Políticos Constitucionais).

LEITE, M. T. et al. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online)**, v. 7, n. 2, p. 2263-2276, 2015.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LEOPOLDO, R. Brasil, 28 milhões de indigentes. **Jornal Diário de Natal**, Natal, 05.09.1999, p. 14.

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

LIMA, R. S. et al. Indiscriminate use of diclofenac potassium for elderly population in Anápolis city, state of Goiás, Brazil in 2014. **Revista Colombiana de Ciências Químico-Farmacéuticas**, v. 44, n. 2, p. 179-188, 2015.

LIMA, L. H. R.; CASTRO, M. R.; DUARTE, E. R. Jogos recreativos para a terceira idade: uma análise a partir da percepção dos idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, 2015.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOPES, E. M. Texeira; FILHO, L. M. F. VEIGA, C. G. **500 Anos de educação no Brasil**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

LOUREIRO, A.M. L. **A Velhice, o Tempo e a Morte**. Brasília, UNB, 1998.

MACHADO, H. de B. **Vigência e Eficácia da Lei**. Rio de Janeiro, Revista Forense, a. 87, v. 313, jan.-fev.-mar., 45-47, Forense, 1991.

MAIA, J. P. S. G. **Actividade sexual ao longo da vida e uma relação amorosa na idade sénior são preditores significativos da importância da sexualidade no idoso.** 2015.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A.; GERARDI, T. J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 18, n. 1, p. 151-164, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica.** 6. ed. São Paulo, Atlas, 2009.

\_\_\_\_\_. **Metodologia do trabalho científico.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992. p.43-44.

MARIN, M.J.S.; MARTINS, A.P.; MARQUES, F.; FERES, B.O.; SARAIVA, A.O.M.; DRUZIAN, S. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Rer. Brás. Geriatr. Gerontol**, v.11 n. 2. Rio de Janeiro, 2008.

MARTINS, A. M. E. B. et al. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2239-2253, 2015.

MARTINS, R.N. Velhos e Moços. **Política do Bem-estar Social.** Problemas Brasileiros. Conselho Técnico de Economia, Sociologia e Política, São Paulo, n.129, p.24, 1974.

MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento e atividade física.** Londrina: Midiograf; 2001.

MAUÉS, A. G. M. **Poder e Democracia:** o pluralismo político na Constituição de 1988. Porto Alegre: Síntese, 1988.

MAXIMILIANO, C. **Hermenêutica e Aplicação do Direito.** 19. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

MELLO, C. A. B. de. **Curso de Direito Administrativo.** 22. ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Malheiros, 2007.

MENDONÇA, J. M. B. **Políticas públicas para idosos no Brasil:** análise à luz da influência das normativas internacionais. 2015.

MENEZES, M. F. G. et al. Reflexões sobre alimentação saudável para idosos na agenda pública brasileira. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, v. 18, n. 3, p. 599-610, 2015.

MINAYO, M. C. S. Aumento acelerado da expectativa de vida e o desafio de cuidar das pessoas idosas dependentes. **Rev. Investigaciones Andina**, v.17, . n. 31 p. 170, 2015.

\_\_\_\_\_. **Os muitos brasis:** saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, SECRETARIA DE ESTUDOS E ACOMPANHAMENTO LEGISLATIVOS (SEAL). **Leis a Elaborar** – Constituição de 1988. Brasília: MJ/SEAL, 1989.

MIRANDA, J. **Manual de Direito Constitucional**. Tomo II, 4. ed., rev., Coimbra: Coimbra Editora, 2000.

MIRANDA, P. de. **Tratado de Direito Privado**. Tomos 1 ao 6. Campinas: Bookseller, 2004.

MONTEIRO, C. S. **A influência da nutrição, da atividade física e do bem-estar em idosos**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção. Florianópolis, 2001.

MORAES, M.C.M. Recuo da teoria: dilemas da pesquisa em educação. **Revista Portuguesa de Educação**, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 7-25, 2001.

MORAES, M. C. B. de. **Danos à pessoa humana: uma leitura civil-constitucional dos danos morais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

\_\_\_\_\_. **O princípio da solidariedade**. In: Os princípios da Constituição de 1988. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001. p. 167-190.

MORAES, A. **Direito Constitucional**. 7. ed., rev., ampl. e atual. São Paulo: Atlas, 2000.

MOREIRA NETO, D. de F. **Direito da participação política**. Rio de Janeiro, Renovar, 1993.

MOREIRA, M. de M. **Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais**. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/docs/text/pop2001-5.doc>.

MOTA, M. P.; FIQUEIREDO, P. A.; DUARTE, J. A. Teorias biológicas do envelhecimento. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, 2004, v. 4, n. 1, [81–110].

MOTTA, A. B. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, v. 13, p. 191-221, 2015.

MUNIZ, Emanuel A. et al. Assistência domiciliar ao idoso no contexto da estratégia saúde da família: análise da produção científica. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 2, 2015.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. Midiograf. PR, 2001. 238 p.

NASCIMENTO, J. **Aprenda a curtir seus anos dourados**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997, p.66-67.



NERI A.L. **Maturidade e velhice**. Trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papyrus, 2001.

NEVES, M. **A Constitucionalização Simbólica**. São Paulo: Acadêmica, 1994.

OLIVEIRA, C. Por que asilamos nossos velhos. **Ver. Brás. de Enfermagem**. 1985; 38 (1): 7-13.

OLIVEIRA, A. **Estatuto do idoso**: comentado, legislação federal e completo com a coletânea das normas federais protetivas do idoso. Rio de Janeiro: Imprinta Express, Five star, 2004.

OLIVEIRA, C.; MADRID, D. M. **Violência intrafamiliar contra o idoso**. ETIC- Encontro de Iniciação Científica, 2015.

OLIVEIRA, F. A. et al. Benefícios da prática de atividade física sistematizada no lazer de idosos: algumas considerações. **Licere (Online)**, v. 18, n. 2, 2015.

OLIVEIRA, M. C. et al. Percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 35, n. 2, p. 81-90, jul./dez. 2014.

ONU. **Organização das Nações Unidas**. Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (parágrafo 19), Madrid, 2002.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997. 516p.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Medicina. São Paulo, 2000.

PATRICIO, K.P.; HOSHINO, K.; RIBEIRO, H. Ressignificação existencial do pretérito e longevidade humana. **Saúde soc**. São Paulo, v.18, n.2, jun. 2009.

PEREIRA, C. M. da S. Estratégia e estrutura para um novo Estado. **Revista de Economia Política**, v. 17, n. 3, p. 24-38, 1997.

\_\_\_\_\_. **Instituições de Direito Civil**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1994. v. I.

PEREIRA, S. R. M.; BUKSMAN, S.; PERRACINI, M. P.Y. L.; BARRETO, K. M. L.; LEITE, V. M. M. **Quedas em Idosos**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001.

PEREIRA, L. V. et al. Intensidade da dor em idosos institucionalizados: comparação entre as escalas numérica e de descritores verbais. **Ver. Esc. Enferm**, v. 49, n. 5, p. 804-810, 2015.

PEREIRA, L. S. M.; SOARES, S. M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3839-3851, 2015.

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.

PITHAN, L. H. C. Estatuto do Idoso: conhecimento dos idosos atendidos pela estratégia saúde da Família. Porto alegre: novas edições acadêmicas; 2015. **PAJAR-Pan American Journal of Aging Research**, v. 3, n. 1, p. 36, 2015.

PLONER, K. S. **Bolinha não entra em clube de Luluzinha**: questões de gênero em grupos de terceira idade. Porto Alegre. Dissertação de Mestrado, PUCRS, 2000. p. 137.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores, temas e tendências. TEMAS LIVRES. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):763-772, 2004.

QUEIROZ, E. P. dos S. et al. Grupo de idosos e estratégia saúde da família: práticas educativas na promoção do envelhecimento saudável. **TEMA-Revista Eletrônica de Ciências**, v. 15, n. 22; 23, 2015.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 874-884, abr, 2015.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003.

RAMOS, P. R. B. **O estatuto do idoso** (primeiras notas para um debate). In: Jus Navigandi. Teresina. Disponível em: <<http://www.jus.com.br>>. Acesso em: 24 jan. 2009.

REALE, M. **Aplicações da Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Forense, 1991.

\_\_\_\_\_. **Lições Preliminares de Direito**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

RÊGO, M. C. dos S. **O portador de deficiência e o novo Código Civil**. In: Jus Navigandi. Teresina. Disponível em: <<http://www.jus.com.br>>. Acesso em: 24 jan. 2009.

REIS, L. A.; REIS, L. A.; TORRES, G. V. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 14, n. 1, p. 847-854, Jan/Mar, 2015. Revista Exame. Edição n. 486, a. 23, n. 17, Rio de Janeiro, Abril, 21 ago. 1991.

REVISTA EXAME. Edição n. 486, a. 23, n. 17, Rio de Janeiro, Abril, 21 ago. 1991.

REVISTA VEJA. Edição n. 1209, a. 24, n. 47, Rio de Janeiro, Abril, 20 nov. 1991.

RIBEIRO, A. dos S. B.; PEREIRA, J. S. Melhora do equilíbrio e redução da possibilidade de queda em idosas após os exercícios de Cawthorne e Cooksey. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, v. 71, n.1, 38-46, jan./fev. 2005.

- RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- RIOS-NETO, E. L.G. **Questões emergentes na demografia brasileira** / Eduardo L.G. Rios-Neto. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2005.
- RODRIGUES, S. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2004. v. V.
- RODRIGUES, C. S.; LUIZ, R. R. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. **Ver. Saúde Pública**, v. 49, n.1, p. 1-10, 2015.
- RODRIGUES, L. B. et al. Avaliação da qualidade de vida sexual entre idosos participantes de um grupo de convivência e lazer. **Memorialidades**, n. 21, p. 105-132, jan./jun. 2014.
- RONCON, J. LIMA, S.; PEREIRA, M. G. Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica e Stress Familiar em Idosos Residentes na Comunidade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31 n. 1, p. 87-96 Jan-Mar 2015.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; PILAR, L. B. **Metodologia da Pesquisa**. 3. ed. São Paulo, 2006.
- SANTINHA, G.; MARQUES, S. Ambiente construído, saúde pública e políticas públicas: uma discussão à luz de percepções e experiências de idosos institucionalizados. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 1047-1060, 2015.
- SAYEG, R. N. **Sonegação Tributária e Complexidade: uma visão multidimensional**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 2, nº. 1, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v2n1/v2n1a09>>. Acesso em: maio 2014.
- SCAFF, F. F. Contratos de gestão, serviços sociais autônomos e intervenção do Estado. **Revista Interesse Público**, 2001.
- SCHEIN, E. H. **Cultura Organizacional e Liderança**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 413.
- SILVA, L. S.; GUEDES, R. M. L. Efeitos de um programa de ginástica orientada sobre os níveis de flexibilidade de idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 541-548, set./dez. 2015.
- SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A.; SOUZA, A. I. J. Reflexões sobre a Necessidade do Cuidado Humanizado ao Idoso e família. **Sau. & Transf. Soc.** Florianópolis, v.5, n.3, p.20-24, 2014.
- SILVA, E. et al. A legislação brasileira em relação à criança, ao adolescente e ao idoso. **Revista Científica da FACERB**, v. 2, n.2, p. 96-102, 2015.
- SILVA, S. P. Z.; MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, M. R. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 42-48, 2015.

SILVA, J. A. da. Aplicabilidade das Normas Constitucionais. 7. ed., rev. e atual. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2007.

\_\_\_\_\_. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2006.

SIMSON, O. R. M. V.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Alínea, 2003.

SIQUEIRA, P. C. M.; VIEIRA, P. S. Contribuição de um programa de atividades físicas na qualidade de vida de parkinsonianos. <http://www.efdeportes.com/> **Revista Digital - Buenos Aires** - Año 10 - N° 83 - Abril de 2005.

SOARES, F. de M. **Direito Administrativo de Participação**. Belo Horizonte: Del Rey, 1997.

SOARES, M. R. P.; ISTO E, R. S. C. Alfabetização e inclusão de pessoas idosas: uma proposta interdisciplinar mediada pelas tecnologias da informação e da comunicação. **LINKSCIENCEPLACE-Revista Científica Interdisciplinar**, v. 2, n. 3, 2015.

STEPHANOU, C. M. Análise comparativa das metodologias de avaliação das agências de fomento internacionais BID e BIRD em financiamentos de projetos sociais no Brasil. Porto Alegre: **Revista Civitas**, v.5, n.1, jan/jun 2005. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/38>.

TÁCITO, C. Como fazer valer a Constituição? Rio de Janeiro, **Revista de Direito Administrativo**, n. 179/180, jan./jun., 11-18, Renovar, F.G.V., 1990.

VAZ, R. A.; NODIN, N. A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. **Análise Psicológica** (2005), 3 (XXIII): 329-339.

VENOSA, S. **Direito Civil: Direito de Família**. São Paulo: Atlas, 2004. v. VI.

VERAS, R. **O desafio contemporâneo: a inclusão do envelhecimento populacional na agenda política**. In: Os direitos da terceira idade. Brasília: Senado Federal, 2003. p. 13-17.

VERDINI, L. Pobres estão sem Direito à Saúde. **Jornal Diário de Natal**, Natal, 12 set. 1999, p. 14.

VIEIRA, A. A. U.; APRILE, M. R.; PAULINO, C. A. Exercício Físico, Envelhecimento e Quedas em Idosos: Revisão Narrativa. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 6, n. 1, 2015.

VILANOVA, L. **Causalidade e Relação no Direito**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

VILLELA, J. B. **Repensando o direito de família**. In: Nova realidade do direito de família: doutrina, jurisprudência, visão interdisciplinar e noticiário. Rio de Janeiro: COAD; SC Editora Jurídica, 1999. p. 52-59, t. 2.

VILLEY, M. **Filosofia do Direito: definições e fins do direito** [Trad. Alcidema Franco Bueno Torres]. São Paulo: Atlas, 1977.

WINIEWSKI, T. **A importância da caminhada para a manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida para a terceira idade.** In: 16 Congresso Internacional de Educação Física, 06, 2001, Foz do Iguaçu. Anais.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion. Physical Activity for various population groups – Aging Population.** Disponível em: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact135.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

XAVIER, L. N. et al., Grupo de convivência de idosos: apoio psicossocial na promoção da saúde. **Rev René**, v. 16, n. 4, p. 557-66, jul/ago, 2015.

## **APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa - Questionário**

### **1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome do grupo de convivência: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Formação profissional: \_\_\_\_\_

Município em que reside: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_

Pseudônimo: \_\_\_\_\_

1- Qual a população total do município?

1.1 ( ) 1.500 a 3.500 hab.

1.2 ( ) 3.501 a 5.500 hab.

1.3 ( ) 5.501 a 7.500 hab.

1.4 ( ) 7.501 a 9.500 hab.

1.5 ( ) Mais de 9.501 hab.

2 - Qual a população de pessoas acima de 60 anos que vivem em seu município?

2.1 ( ) até 10% da população;

2.2 ( ) 11 a 15% da população;

2.3. ( ) 16 a 20% da população;

2.4 ( ) 21 a 25% da população;

2.5 ( ) acima de 25% da população.

3 - Quantos desses idosos acima de 60 anos participam dos grupos de convivência?

3.1 ( ) 0% a 20 %

3.2( ) 21% a 40%

3.3 ( ) 41% a 60%

3.4 ( ) 61% a 80%

3.5 ( ) 81 a 100%

4- Por que os demais idosos não participam?

4-1 ( ) Problemas de saúde;

4-2 Trabalham: ( ) Sim ( ) Não. Se sim, em quê?

4.2.1 ( ) em fábrica 4.2.2 ( ) doméstica 4.2.3( ) professor

4.2.4( )funcionário público 4.2.5 ( ) outro emprego.

4.3 ( ) Não foram motivados para participar dos grupos;

4.4 ( ) Não sabem da existência dos grupos;

4.5 ( ) Ainda se acham jovens para participar.

5 - Marque cinco itens que os idosos mais necessitam no seu município:

5.1 ( ) Assistência na área da saúde (consulta médica);

5.2 ( ) Auxílio para transporte de ambulância e outros transportes;

5.3 ( ) Auxílio-moradia;

5.4 ( ) Auxílio-alimentação;

5.5 ( ) Auxílio para os grupos de convivência;

5.6 ( ) Auxílio-lazer ( turismo);

5.7 ( ) Auxílio-medicamentos;

5.8 ( ) Auxílio-fisioterapia;

5.9 ( ) Auxílio para Assistência Social;

5.10 ( ) Auxílio-educação.

6. O grupo de convivência de que você participa desenvolve quais atividades:

6.1 ( ) Bailes;

6.2 ( ) Artesanato;

6.3 ( ) Palestras;

6.4 ( ) Preparo de alimentos (receitas);

6.5 ( ) Canto (coral);

6.6 ( ) Outras. Quais \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B – Instrumento de Pesquisa – Entrevista**

1- Como você vive sua velhice com qualidade de vida?



2- Quais são as necessidades dos idosos nos dias de hoje?

3- Como você olha as novas tendências nos dias de hoje em relação a:

a) Participar dos encontros de idosos - ir a bailes de idosos e outras programações;

b) O que está faltando?

4- Com o aumento da longevidade, o que você compreende por novas tendências e necessidades de vida na área:

a) da Saúde;

b) da Educação;

c) Social;

d) Econômica;

e) do Lazer.

5 - Você conhece a legislação do idoso, o Estatuto do Idoso e sabe seus direitos?

6 - Cite os direitos que você tem.

7 - Como você avalia os serviços de saúde do seu município?

8 - Você faz viagens dentro do estado, fora do estado ou internacionais e tem algum incentivo?

9 - Qual a sua opinião sobre as novas tendências na área da Educação:

a) Matricular-se em uma escola de Ensino Fundamental, Médio ou Superior;

b) Frequentar cursos de extensão, como informática para terceira idade;

c) Comunicar-se com o uso de computador.

10 - O que você sabe sobre projetos de incentivo à cultura e ao lazer no seu município para pessoas idosas?

11 - Você tem alguma doença crônica ou outra?

Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

12 - Você toma remédio? ( ) sim ( ) não. Se sim, qual(is) tipo(s)?

Tem alguma ajuda? ( ) recebe medicamentos da UBS; ( ) recebe do governo estadual ( ); recebe do governo federal ( ); recebe alguma outra ajuda.

13 - Você tem algum ponto negativo a relatar da sua velhice. ( ) sim ( ) não. Qual ou Quais?

## **APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar, de forma voluntária, de uma pesquisa cujo título é **“O AUMENTO DA LONGEVIDADE DA POPULAÇÃO DO VALE DO TAQUARI: NOVAS TENDÊNCIAS E NECESSIDADES”**.

Este estudo objetiva identificar quais as novas tendências e necessidades socioeconômicas, nas áreas de saúde, educação, e lazer para os idosos em função do aumento da longevidade da população do Vale do Taquari, Rio Grande do Sul; conhecer como os idosos vivem (moradia, alimentação) nos municípios da 16ª Coordenadoria Regional da Saúde; revisar a literatura analisando informações atuais sobre o tema envelhecimento; identificar as principais doenças crônicas que afetam os idosos, observando a existência de programas de prevenção, promoção e reabilitação que propiciem viver com qualidade; verificar se os municípios do Vale do Taquari seguem a Política Nacional do Idoso Lei 8.842/94; conhecer o percentual de recursos utilizados na saúde para os idosos nos municípios do Vale do Taquari-RS, quais os auxílios disponíveis ao grupo com afecções, bem como medicamentos disponibilizados; verificar a influência do Estatuto do Idoso sobre a vida dos idosos, os benefícios a que têm direito na área da saúde, educação, transporte, lazer, social e quais são os efetivamente recebidos; identificar as dificuldades dos idosos relacionadas a problemas econômicos como alimentação, moradia, saúde, transporte, social; conhecer tipos de lazer usufruídos pelos idosos da região, quantificando a participação em grupos de convivência e viagens turísticas; sugerir, usando as informações da revisão de literaturas nacionais e internacionais, possibilidades de lazer ainda não usufruídas pelos idosos da região; verificar as oportunidades na área da educação para os idosos na região, enfatizando a inclusão de programas de informática (acesso ao mundo on-line), Ensino Fundamental, Médio e Superior.

Este estudo não trará prejuízo ou risco aos sujeitos pesquisados, porém pode trazer desconforto que poderá estar relacionado ao tempo da entrevista, que será em torno de 30 minutos. Além disso, o entrevistado poderá ter o desconforto de se sentir constrangido em falar sobre o assunto com uma pessoa estranha e por seu depoimento estar sendo gravado o tempo inteiro, durante a entrevista, por um aparelho eletrônico. Para amenizar desconfortos, a doutoranda pesquisadora

aplicará o questionário em sala reservada, livre de qualquer interrupção durante o questionário.

Eu, \_\_\_\_\_, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, declaro que aceito participar do referido estudo e pelo presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação neste estudo, pois recebi esclarecimentos sobre seus objetivos, justificativa e estratégias de cuidado a que serei submetido(a) de forma clara e detalhada.

Sendo assim, autorizo a doutoranda responsável a registrar minhas falas na íntegra em aparelho gravador eletrônico, desde que fique assegurada a confidencialidade de minha identidade e sigilo de minhas informações, sendo utilizadas apenas para fins científicos.

Fui igualmente informado( a):

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida quanto às estratégias de cuidado do projeto;

- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar deste estudo, sem que isto implique em nenhum tipo de prejuízo ou penalização, nem a mim, nem às minhas atividades profissionais;

- Da segurança de que não serei identificado( a) e que será mantido o caráter confidencial das informações referentes à minha identidade;

- Da garantia de que o meu nome será substituído por um pseudônimo, neste caso, pelo nome de uma flor, a fim de garantir o meu anonimato;

- Da garantia de que se existirem quaisquer tipos de gastos adicionais referentes à pesquisa, eles serão absorvidos pelo orçamento da doutoranda pesquisadora;

- Todo o material gerado durante o decorrer do trabalho ficará sob posse e responsabilidade da doutoranda pesquisadora por 5 anos e, após, será incinerado.

Os aspectos éticos serão respeitados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisadora responsável será a doutoranda, a qual aplicará o questionário e a entrevista. Para esclarecer qualquer dúvida ou questionamento, contate a doutoranda responsável pelo telefone (51) 9945-7484 ou pelo *e-mail* arlete.costa@bewnet.com.br.

---

Arlete Eli Kunz da Costa  
Doutoranda responsável

---

Assinatura do participante

Lajeado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.