

MARIENI BELLO

**ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS EM PORTO ALEGRE:
UM ESTUDO DOS PROGRAMAS DA FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
E CIDADANIA - FASC E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES,
RECREAÇÃO E LAZER - SME**

Porto Alegre, outubro de 2004

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO**

**ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS EM PORTO ALEGRE:
UM ESTUDO DOS PROGRAMAS DA FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
E CIDADANIA - FASC E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES,
RECREAÇÃO E LAZER - SME**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências do Movimento Humano, sob a orientação do Professor Doutor Alberto Reinaldo Reppold Filho

Mestranda: MARIENI BELLO
Orientador: ALBERTO REINALDO REPPOLD FILHO

Porto Alegre, outubro de 2004

CATALOGAÇÃO NA FONTE

B446a Bello, Marieni

Atividade física para idosos em Porto Alegre : um estudo dos programas da Fundação de Assistência Social e Cidadania – FASC e da Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer – SME. / Marieni Bello. – Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

108 f., il.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Educação Física. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano.

1. Atividade física : Idoso. 2. Esporte : Políticas Públicas.

I. Título. II. Reppold Filho, Alberto Reinaldo, orientador.

CDU: 796-053.89

MARIENI BELLO CORRÊA

**ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS EM PORTO ALEGRE:
UM ESTUDO DOS PROGRAMAS DA FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
E CIDADANIA - FASC E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES,
RECREAÇÃO E LAZER - SME**

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Suely dos Santos (Educação Física, USP).

Dr^a Odair Perugini de Castro (Psicologia, UFRGS).

Dr. Marcos Balbinotti (PPGCMH, UFRGS).

Dedico a todos que de alguma forma participaram deste estudo, aos idosos e aqueles que vão se tornar idosos em breve.

AGRADECIMENTOS

Foram mais de dois anos de estudos, momentos difíceis, perdas de pessoas amadas, alegrias, tristezas, dúvidas, sentimentos diversos. Quero agradecer a todas as pessoas que de alguma forma me auxiliaram para que eu concluísse:

Ao Jônatas, com quem divido minha vida: mais que um filho, um amigo e colaborador de todos os momentos.

À minha mãe, que se ausentou nesse período, mas que vai continuar sempre comigo.

Ao meu pai, pela educação e preocupação de sempre.

À Ana Elizabeth: mais que madrinha, uma amiga; sem o seu apoio, minha vinda para Porto Alegre teria sido inviável.

À toda minha família, tios e tias, primos e primas, que torcem por mim.

Aos meus amigos e amigas, pelo apoio e amizade.

À Danielly, pela amizade e pela ajuda nos momentos difíceis nos cuidados com minha mãe.

Ao Sebastião pelo carinho, amizade e colaboração.

Aos colegas do pós-graduação, em especial Alessandra e Dênio, com quem dividi momentos de alegrias, dúvidas e angústias.

Ao Professor Alberto Reinaldo Reppold Filho, pela orientação.

Aos amigos da Secretaria do PPGCMH: Ana, André e Rosane, pela colaboração.

Aos professores do pós-graduação que tive o privilégio de conviver e aprender.

À todos os idosos com quem tive contato nesse período, e que colaboraram de alguma forma.

À equipe da FASC e da SME, pela disponibilidade, informações e atenção.

À Equipe da Biblioteca do IBGE de Porto Alegre, pela colaboração e atenção.

Ao CNPq e CAPES, obrigada.

RESUMO

O estudo teve por objetivo investigar os programas de atividade física para idosos desenvolvidos pela Prefeitura de Porto Alegre, RS. Foram pesquisadas a Fundação de Assistência Social e Cidadania - FASC e a Secretaria Municipal de Esportes, Recreação e Lazer – SME, instituições responsáveis pelo planejamento e execução dos programas de atividades física para idosos na cidade. Estes programas atendem cerca de 3500 pessoas, organizados em 58 grupos. São oferecidas atividades de ginástica, alongamento, jogos adaptados, dança e caminhadas. O estudo foi de natureza qualitativa do tipo descritiva com amostra intencional. Para a coleta das informações utilizou-se entrevista semi-estruturada, análise documental e questionário. Foram entrevistados 14 coordenadores e 7 professores. Na análise documental, foram pesquisados 28 documentos, entre projetos, resoluções, material informativo e relatórios. O questionário com questões abertas e fechadas foi aplicado em 205 pessoas. Foram construídos níveis de análise para as entrevistas e a avaliação dos documentos. Os dados dos questionários foram tratados estatisticamente com o Software SPSS e utilizados procedimentos não paramétricos de análise, freqüências e porcentagens. Os resultados indicaram que a falta de recursos humanos e materiais interfere na implementação dos programas. O número de participantes nas atividades físicas é ainda inexpressivo frente à população idosa de Porto Alegre. Isto faz com que os programas não sejam caracterizados como uma política abrangente. Com relação às ações preventivas de doenças crônico-degenerativas que atingem os idosos, as ações ocorrem mais por iniciativa dos profissionais envolvidos do que por políticas institucionais. Por outro lado, destaca-se que o trabalho desenvolvido pelas instituições estudadas se reverte em benefícios para a população participante, o que nos leva pensar em uma política pública de atividade física capaz de abranger uma parte significativa da população de idosos, já que muitas das doenças crônico-degenerativas poderiam ser evitadas e/ou controladas com a atividade física.

Palavras-chave: atividade física, idoso, políticas públicas.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the physical activity programs for elder people developed by the City Council of Porto Alegre, RS. The research was carried out in the Foundation of Social Attendance and Citizenship - FASC and the Secretary of Sports, Recreation and Leisure – SME, responsible institutions for the planning and execution of physical activities programs for elder people in the city. These programs assist about 3500 people, organized in 58 groups, and offer gymnastics, stretching classes, adapted games, dancing and walking. The study was qualitative of the descriptive type with intentional sample. Data collection used semi-structured interviews, document analysis and questionnaire. There were interviewed 14 coordinators and 7 teachers. Document analysis considered 28 materials, among projects, resolutions, informative prospects and reports. The questionnaire with open and close questions was applied to 205 people. Analysis levels were built for the interviews and the evaluation of the documents. The data of the questionnaires received statistical treatment with the PSS and non-parametric procedures of analysis, frequencies and percentages were used. The results indicated that the lack of human resources and materials interfere in the implementation of the programs. The number of participants in the physical activities is still inexpressive front to the elder population of Porto Alegre. In this respect, the programs cannot be characterized as a comprehensive public policy. In relation to the preventive actions of chronic-degenerative diseases that affect the elder people, the actions occur more from involved professionals' initiative than for institutional policies. On the other hand, the work developed by the studied institutions reverts in benefits for the participant population. This suggests a public policy of physical activity capable to embrace a significant part of the elder population, since many of the chronic-degenerative diseases could be avoided or controlled with the aim physical activity.

Keyword: physical activity, elder people, public policy

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO E ATIVIDADE FÍSICA	13
1.1. Envelhecimento populacional na sociedade atual	13
1.2. Envelhecimento e seus aspectos biopsicossociais	15
1.3. Efeitos da atividade física no processo de envelhecimento	21
CAPÍTULO II – POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATIVIDADE FÍSICA PARA O IDOSO	28
2.1. Estado e Políticas Públicas	28
2.2. Desenvolvimento Político e Social do Idoso no Brasil	32
2.3. Programas de Atividade Física para Idosos em Cidades Brasileiras	38
CAPÍTULO III - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	41
3.1. Caracterização do Estudo	41
3.2. Negociação de Acesso	41
3.3. Instrumentos de Coleta das Informações	43
3.3.1. Entrevista Semi-estruturada	43
3.3.2. Análise de documentos	45
3.3.3. Questionário	46
3.4. Análise e Tratamento das Informações	48
3.4.1. Níveis de Análise	48
3.5. Validez Interpretativa	50
CAPÍTULO IV – PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS NA FASC E NA SME	51
4.1. Atividade Física para o Idoso	51
4.1.1. Estrutura, Administrativa, Atribuições e Diretrizes Gerais da FASC e da SME	51
4.1.2. Articulação das Diretrizes, Programas e Projetos da FASC e da SME	56
4.2. Programas para Idosos Desenvolvidas pela FASC e pela SME	58

4.2.1	Programas e objetivos	58
4.2.2	Planejamento, Execução e Avaliação dos Programas para idosos	60
4.2.3	Experiência profissional, Participação, Atribuições dos coordenadores e professores nos Programas e Grupos	63
4.2.4	Atividade Física, Saúde dos idosos e Prevenção das Doenças Crônico-degenerativas	64
4.3	Projeto de Atividade Física para idosos	67
4.4	Grupos de Atividade Física para Idosos	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS		77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		80
ANEXOS		93
7.1	Taxas totais do Brasil de fecundidade, mortalidade, natalidade e esperança de vida ao nascer.	93
7.2	Quadros de Documentos Analisados	94
7.3	Unidades de Significado do Questionário	96
7.4	Questões da entrevista com coordenadores da FASC	97
7.5	Questões da entrevista com professores da FASC	99
7.6	Questões da entrevista com coordenadores da SME	101
7.7	Questões da entrevista com professores da SME	103
7.8	Termo de Consentimento Formal Pós Informação	105
7.9	Questionário para os idosos	106

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve por objetivo investigar os programas de atividade física para os idosos levados a efeito pela Prefeitura de Porto Alegre, RS. Mais especificamente, examinou como a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) e a Secretaria Municipal de Esportes, Recreação e Lazer (SME), instituições municipais encarregadas de promover programas de atividades físicas para idosos no município, tratam e concebem a prática de atividade física relacionando-a com a prevenção e o tratamento de doenças crônico-degenerativas nos idosos.

A população idosa e a expectativa de vida vêm aumentando de maneira significativa em escala mundial. Os dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2003) indicam que uma em cada dez pessoas é idosa. De acordo com o critério adotado por esta organização internacional, nos países desenvolvidos, idoso é o indivíduo que tem 65 anos de idade ou mais. Para os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a ONU considera idosa a pessoa com 60 anos de idade, ou mais.

Estudos evidenciam que a falta de atividade física é um fator de risco considerável para os idosos, em especial para pessoas com doenças crônico-degenerativas, pois à medida que se envelhece diminui a capacidade funcional de cada sistema e aumenta o aparecimento de tais doenças.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem manifestado preocupação com a falta de atividade física para os idosos, considerando este problema como constituinte de um fator de risco à saúde e, em consequência, de um alto custo social e econômico. Os programas de atividade física para os idosos trazem contribuições não apenas econômicas, como redução de gastos com internações hospitalares e de recursos humanos, dentre outros, mas sobretudo, na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Em várias capitais brasileiras já existem programas dirigidos à população idosa, os quais estão, na maioria das vezes, ligados às Secretarias Municipais de Esportes. Esses programas têm

como objetivo estimular uma vida ativa, porém, via de regra, não estabelecem objetivos relacionados à prevenção e ao controle de doenças crônico-degenerativas.

Alguns autores questionam os programas de atividade física direcionados apenas a grupos de risco, como coronarianos, hipertensos e obesos. Argumentam que esses programas devem ser concebidos em termos de totalidade da população. Destacam, contudo, que o trabalho especializado realizado com determinados grupos alvos não pode ser negligenciado. Para eles, os programas de atividade física específica para idosos são importantes e assumem nova dimensão quando respeitado o direito ao acesso e a permanência em programas de atividade física de qualidade. Há novas dimensões de envelhecimento através da prática de atividade física como meio de promoção de saúde, revelando benefícios, tanto no domínio físico, como no afetivo, cognitivo e social.

Nesse sentido, torna-se relevante investigar as ações dos governos municipais, referentes às atividades físicas para esta população, com o intuito de produzir informações que auxiliem na formulação e implementação de políticas públicas para o setor.

Para fins deste estudo, desdobrou-se esta problemática nas seguintes questões de pesquisa:

1. Como os programas de atividade física para os idosos conferem maior sustentabilidade e efetividade às ações de prevenção e controle de doenças crônicas relacionadas ao envelhecimento?
2. Como ocorre o processo de planejamento e execução dos programas de atividade física para os idosos da Prefeitura de Porto Alegre?
3. Como ocorre a relação dos recursos financeiros e humanos disponíveis pelo Governo Municipal na implementação dos programas de atividade física para os idosos?
4. Como o profissional de educação física concebe a questão da atividade física ligada à saúde dos idosos nos programas da Prefeitura de Porto Alegre?
5. Como acontece a participação dos idosos nos programas de atividades físicas do governo municipal de Porto Alegre?

6. Qual é o perfil sócioeconômico e de saúde do idoso participante dos programas de atividade física desenvolvidos pela Prefeitura de Porto Alegre?

O trabalho está dividido em quatro capítulos. O primeiro focaliza o envelhecimento e a atividade física. São tratados os aspectos demográficos referentes ao idoso e os efeitos da atividade física no processo de envelhecimento. O segundo tematiza as políticas públicas de atividade física para idosos. São discutidos aspectos referentes ao papel do Estado e a legislação do idoso, bem como o desenvolvimento político e social do idoso no Brasil. O Capítulo III apresenta os procedimentos metodológicos empregados no estudo. São descritos os instrumentos de coleta de dados, a análise e tratamento das informações. O quarto capítulo se refere às interpretações e explicações das informações. Estas são organizadas em níveis e subníveis, com dois momentos de descrição: um da FASC outro da SME. Nas considerações finais, retoma-se as reflexões e discussões sobre as informações colhidas na pesquisa e se ressalta-se os aspectos mais significativos.

CAPÍTULO I – ATIVIDADE FÍSICA E ENVELHECIMENTO

1.1 O Envelhecimento Populacional na Sociedade Atual

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Atualmente, os idosos são a parcela da população que mais cresce no mundo. Para situar o aumento dessa população, é relevante referir que em 1950 existiam cerca de 200 milhões de idosos no mundo. Em 1975, esse número havia aumentado para 350 milhões (OMS, 1998). As projeções demográficas indicam que em 2025 esse número será de 1.1 bilhões. Isto representa um aumento de 224%, a contar de 1975 (ONU, 1982). Em termos percentuais, a população idosa representava 8.5 da população mundial em 1975. As projeções indicam que esse percentual atingirá 14.2 em 2025.

A população brasileira, segundo o Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2000, era de 169,8 sendo que a população idosa de 14,5 milhões de pessoas. Esse contingente é significativo se comparado ao de 1992, que era de 11,4 milhões. Esse número representa um aumento no percentual de idosos em relação à população total de 7,3% para 8,6%. As projeções indicam que esse segmento chegará aos 15% do contingente populacional em 2020.

Para Camarano et al (1997), os fatores que mais contribuíram para o aumento da população idosa foram a redução nas taxas de natalidade e a fecundidade iniciada na década de 60, o declínio das taxas de mortalidade que em 1940 era de 25% baixando para 6,9% em 2000 e o aumento da esperança de vida ao nascer. Em 2000, segundo os dados do censo, a esperança de vida ao nascer era de 68 anos, o que representou um aumento de 8 anos entre 1991 e 2000. Referindo-se a esperança de vida, Darnton Hill (1995) relata que os principais fatores não biológicos que a influenciam são: a situação econômica, os hábitos alimentares e o grau de escolaridade. (TABELA 1 em anexo1).

Ao reportar-se à mudança da estrutura populacional que vem ocorrendo ao longo das décadas, Gonçalves (1999) a considera como um fator positivo, pois reflete o processo de desenvolvimento cultural e econômico da sociedade culminando com o aumento de esperança de

vida do ser humano. Esse processo, no Brasil, evidencia que o aumento acelerado da população com 60 anos ou mais, faz com que o país não possa mais ser considerado um país de jovens, pois para a OMS, uma sociedade é considerada envelhecida quando atinge um índice de 7% da população com mais de 60 anos (SÉGUIN, 2001).

A distribuição dessa população no Brasil recebe influencia dos aspectos culturais, econômicos e a migração de cada região. O Rio Grande do Sul é o estado que apresenta um dos maiores índices de idosos do país. Em 2000 eram de 1.065 484 idosos, que correspondia a 10,5% da população. Segundo a síntese de indicadores sociais de 2002, houve um aumento para 12% nessa população, passando a 1.194529 idosos.

O nível educacional é considerado um dos indicadores na caracterização do perfil sócio-econômico de uma população. No censo de 2000, verificou-se que os idosos do Rio Grande do Sul apresentam nível baixo de anos de estudo, mas que 80% são alfabetizados. Nos aspectos econômicos 33,2% dos idosos ganhavam até 1 salário mínimo de renda e no que diz respeito à independência familiar apenas 15,2% moram sozinhos. Essa população tem 55,3% de mulheres o que corresponde a um índice de 0,7% a mais que outros estados e a menor taxa de idosas analfabetas do país.

Com relação à distribuição da população idosa por sexo, ocorre cada vez mais o processo chamado de feminização do envelhecimento. Isso ocorre devido ao número de mulheres ser bem maior que o de homens. Tal desequilíbrio é explicado pela diferença de expectativa de vida entre os sexos, visto que as mulheres vivem em média 8 anos mais que os homens. Nesse sentido, Camarano (2002) refere que as implicações da feminização da velhice em termos sociais são notórias, uma vez que grande parte das mulheres são viúvas, vivem sós, não têm experiência de competição no mercado de trabalho e recebem menos educação formal.

Debert (1999) tem uma visão otimista em relação à condição atual das mulheres idosas. O autor acredita que para as idosas de hoje, tanto a velhice quanto a viuvez podem representar uma certa independência ou mesmo uma forma de realização. Não obstante há aparentes contradições entre essas duas visões, ambas contribuem para a discussão de questões importantes relacionadas ao tema, sendo verdadeiras para segmentos sociais específicos da população idosa.

Nas grandes cidades, o grau de urbanização da população idosa acompanhou a tendência da população total. Em Porto Alegre na última contagem do censo havia 1.360.590 habitantes e desses 11,8% eram idosos, num total de 160.541. A capital é a segunda do país em índice de idosos e uma das primeiras em longevidade com 71,5 anos (IBGE, 2000). Essa esperança de vida ao nascer está diretamente ligada ao aumento dessa população que é distribuída de maneira bem diferenciada entre 77 bairros, chegando a ter 7.174 idosos em um e 17 em outro.

Nos aspectos educacionais, 91,2% dos idosos são alfabetizados, correspondendo a 146.424. A distribuição desse índice também aparece em desigualdade nos bairros, pois há bairros que apresentam aproximadamente 4,18% dos idosos analfabetos e em outros esse percentual sobe para 33,44%. Quanto ao rendimento nominal mensal essa distribuição ocorre da mesma forma, pois nos bairros que apresentam índice baixo de analfabetos também é baixo o percentual de idosos que recebem até 1 salário mínimo, com variabilidade de 3,83% para 36,08% onde existem mais analfabetos, correspondendo a uma relação direta entre os níveis escolar e socioeconômico.

A partir desses dados evidencia-se o fato de uma mudança demográfica decorrente do processo de envelhecimento populacional no Brasil, assim como em seus estados e suas capitais. Para Veras (1994) há uma nova realidade decorrente desse rápido processo, o que torna o Brasil um país de “cabelos brancos”. Isso requer de todos uma ação política que coloque a questão do idoso nas agendas das políticas públicas e no dia-a-dia das cidades.

Neste contexto configuram-se importantes desafios das sociedades, de forma a abranger as inúmeras questões decorrentes do envelhecimento. A forma de se viver a velhice, está associada a várias questões, e uma das características dessa etapa da vida é a heterogeneidade, que será vista a seguir na visão de alguns autores.

1.2 Envelhecimento e Seus Aspectos Biopsicossociais

É importante compreender o idoso em suas diversas formas de ser, pois o fato de uma pessoa viver em uma mesma faixa etária não significa ter as mesmas vivências. Na literatura, existe um consenso de que a velhice não pode ser pensada como apenas uma questão de idade. Existem autores que analisam a velhice a partir de perspectivas biológica, psicológica e social.

Afirmam que a velhice não é definida pela idade do indivíduo, mas pelas suas condições funcionais, mentais e de saúde.

Nesta perspectiva, para Veras (1994), ocorreram modificações nos conceitos e parâmetros sobre envelhecimento adotados através do tempo. Não se pode afirmar que esse ou aquele conceito é o certo, mas o mais adequado a ser utilizado para aquela população, diante da complexidade existente. Para esse autor, uma pessoa é tão velha quanto as suas artérias, seu cérebro, seu coração, sua moral e sua situação civil, não sendo possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente utilizável com relação ao envelhecimento. Em outro estudo (1997), o mesmo autor afirma que, embora o envelhecimento seja um fenômeno biológico que afeta todos os níveis de integração do organismo, desde seus aspectos estruturais aos seus aspectos fisiológicos, sabemos que nem todos os indivíduos apresentam os mesmos sinais de envelhecimento na mesma idade. Sendo assim, não se pode utilizar o aspecto biológico como único critério para identificar quem é e quem não é idoso. Assim, a delimitação teórica que se refere ao início da velhice ou do que seja velhice, é um ponto que tem suscitado muitas discordâncias entre pesquisadores, legisladores e também entre as próprias pessoas que vivenciam esse processo.

De acordo com estudos nessa área, não se sabe exatamente em que faixa etária a fragilidade começa a atingir o indivíduo. Sabe-se que ela é comum ao envelhecimento. Caracteriza-se por menor mobilidade, maior fadiga, menor rapidez, dificuldade de memorização e lentidão dos processos de pensamento. Autores como Weineck (1991) e Hayflick (1997) referem que o envelhecimento representa a perda na função normal para os membros da mesma espécie e que estas ocorrem desde a maturação sexual até a longevidade.

O argumento de Santos (1996) sobre o início desse processo, é que no envelhecimento se acentuam tanto as perdas das habilidades quanto o vigor físico e estético, gerando daí o conotativo “velhice” como processo de decadência. Para esse autor, velhice é um processo natural do desenvolvimento que leva à perda gradativa e definitiva da energia vital. Jordão Netto (1997), reforça esta posição ao afirmar que o envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que se instala em cada indivíduo desde o nascimento e o acompanha por toda a vida.

As alterações no organismo e seu processo biológico de acordo com Nadeau e Péronnet (1985), Hayflyck (1997) tornam-se mais aceleradas a partir dos 70 anos de idade. Essas alterações acontecem nos sistemas: cardiovascular, imunológico, endócrino, reprodutor feminino e masculino, músculo-esquelético, nervoso, respiratório, gastrointestinal, renal nas principais alterações nucleares, citoplasmático e teciduais.

Concordando com essa visão, Papaléo (1996) afirma que, na população acima de 75 anos, há um aumento significativo de dependência nas atividades da vida diária, nas doenças crônicas e na diminuição do processo natural de cada sistema do organismo. O autor afirma ainda que o declínio funcional pode ser mais lento ou mais rápido, dependendo de uma série de fatores como: a constituição genética; os hábitos de vida; o contexto socioeconômico-cultural; a ocorrência de doenças e a sorte (ou não) de nascer numa família mais abastada. Corroborando com essa idéia, no Centro Nacional de Estatística para a Saúde, Hing (1999) estimou que cerca de 84% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos apresentam maior ou menor grau de dificuldade para realizar suas atividades da vida diária.

Anterior a essas declarações, Soares (1994) já afirmava que a maioria dos autores tem opiniões pessimistas sobre o envelhecimento, colocando como um fenômeno progressivo, irreversível, ressaltando o declínio da capacidade de sobrevivência do organismo, o qual desemboca invariavelmente na morte. Nessa perspectiva, Corrêa (1996) afirmou que o envelhecimento não é sinônimo de doenças, mas é nesta fase que ocorrem transformações no organismo que poderão prejudicar seu bom rendimento e fazer com que, muitas vezes, não se distancie dos processos patológicos.

Percebe-se que os autores apresentam idéias diferenciadas sobre a idade em que começa esse declínio do envelhecimento, mas concordam quando afirmam que essas transformações podem acarretar patologias para o idoso. Pickles et al.(1998) declaram que ao contrário do que geralmente se pensa, a maioria dos idosos com idade entre 60 a 75 anos, não estão cronicamente doentes e não apresentam deficiências, nem vivem em asilos. De acordo com estes autores, embora 75% dos idosos apresentem pelo menos um problema crônico em relação à saúde, 80% deles são capazes de levar uma vida independente e de cuidar de si próprios.

Weineck (2000) relata que, desde o final da Segunda Guerra Mundial, notou-se que houve uma redistribuição das doenças nos países industrializados, quando comparados aos países em desenvolvimento. Antes, as doenças infecciosas eram causas de morte; hoje, as doenças cardiovasculares degenerativas estão em primeiro plano.

As projeções para o ano de 2020 indicam que 77% das mortes nos países em desenvolvimento ocorrerão por doenças não transmissíveis, dentre as quais estão incluídas o diabetes e a hipertensão que são doenças crônico-degenerativas, bem como o derrame e o enfarto que estão diretamente a elas relacionadas (KALACHE, 1996). Atualmente, um em cada sete americanos apresenta alguma condição funcional limitante, sem necessariamente ser idoso (FREITAS; GHORAYEB N; PEREIRA; GHORAYEB C. 2002).

As doenças metabólicas como a diabetes, por exemplo, afetam 16 milhões de pessoas da população americana e desse total 41% são idosos. No Brasil esse contingente é de 5 milhões de diabéticos e desses 6% são idosos (IBGE, 2000).

Na população brasileira, 85% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, dos quais 15% sofrem de pelo menos 5 (COSTA, 2003). Domany, apud Reichel (2001), destaca que a formação arterosclerótica relacionada à idade é muito comum e, tal fato predispõe ao desenvolvimento de doença arterial coronariana nesses pacientes. Com índices elevados, a ocorrência de doenças arterial coronariana (DAC) com manifestação clínica é superior a 25% em idosos, o infarto do miocárdio 55% e cirurgias de revascularização miocárdica 50%. Tais doenças resultam de disfunções orgânicas e funcionais ocasionadas pela perda da qualidade de vida ou devido a características psicossomáticas de longa duração. (FLETCHER, 1996)

De acordo com o IBGE (1999), as doenças cardiovasculares atingem 32,3% da população brasileira, constituindo a principal causa de morte no Brasil. Esses índices indicam que não apenas os países industrializados contemplam essas doenças como o principal razão de morte. O Brasil apresenta um quadro de mais de um milhão de internações ao ano, em consequência de doenças circulatórias. Conforme declara Okuma (1997), esses índices são consequência da alta taxa de morbidade e mortalidade entre a população idosa, que está relacionada com a baixa de aptidão física e a falta de bem estar funcional, pois a capacidade vascular, massa muscular, força muscular e flexibilidade sofrem declínios com a idade e com o desuso do corpo, ocasionando essas doenças.

Nos aspectos psicológicos e sociais, o posicionamento do idoso também apresenta diversas dimensões para serem avaliadas e observadas. Inúmeras pesquisas têm sido desenvolvidas, com o objetivo de diminuir os efeitos que esses declínios causam nessa parcela da população, inclusive em relação às mudanças psicológicas. Sobre esse tema Séguin (1999) afirma que os critérios para avaliar o envelhecimento são subjetivos e a idade subjetiva se refere à idade que a própria pessoa sente ter, do ponto de vista físico, mental e social. Essas alterações psicológicas que ocorrem na velhice, em circunstâncias do dia-a-dia se modificam, ao surgir novos papéis e novos problemas a enfrentar. O desconhecimento dessas modificações estabelece sérias dificuldades de adaptação nessa fase.

Um dos primeiros trabalhos realizados sobre a psicologia do desenvolvimento durante o envelhecimento, foi publicado de acordo com Birren e Birren (1990), por G. S. Hall, em 1922, e intitulado “Senescence: the second half of life”¹, no qual foram discutidas questões psicológicas, biológicas, físicas, médicas, históricas, literárias e comportamentais relacionadas à velhice. Para o autor, o idoso deve ser avaliado como um ser que interage com o ambiente e que está em constante mudança. A existência desse estudo nos mostra que a preocupação em estudar o idoso de maneira a interagi-lo com a sociedade e entender suas mudanças, teve origem antes mesmo dessa população aumentar significativamente.

Nessa perspectiva de estudar os aspectos psicológicos do envelhecimento, Silveira (2000) afirma que, no curso da vida, algumas modificações são peculiares a velhice e devem ser levadas em conta. O mesmo autor, ao revisar diferentes estudos como os de Barros (1991, 1990, 1999), Neri (1995), Novais (1995), Debert (1998, 1999) afirma que eles apontam algumas tendências à vida contemplativa pelo idoso, associada ao passar dos anos, sem, contudo, significar depressão. Para eles a expansão da espiritualidade e da religiosidade é uma interiorização dos valores morais e um aumento da solidariedade. As perdas físicas começam a ser observadas e o aumento do número de óbitos de parentes e amigos queridos a ocasionar estado de tristeza.

Outro aspecto a destacar é que os indivíduos, com o passar dos anos, desenvolvem uma imagem de si através da estrutura social em que estão inseridos. Criam limites próprios, relacionados à capacidade pessoal e à realidade humana. O prazer de achar defeitos em si e de se

criticar a todo instante, demonstra sua insegurança, insatisfação e culpa, caracterizando uma baixa auto-estima (ZANI, 1998).

Os estudos sobre a psicologia do envelhecimento são relativamente recentes como declara Okuma (1998), e tomaram um caráter sistemático a partir dos anos 50. Atualmente, essa área é designada na literatura gerontológica internacional por “velhice bem-sucedida”. Ela estuda as alterações comportamentais que acompanham o declínio na funcionalidade dos vários domínios do aspecto psicológico (NÉRI, 1993).

Já nos aspectos sociais, os rendimentos, a moradia e as condições ambientais, assim como o suporte social têm grande importância na avaliação do idoso. A sobrecarga e o estresse que recaem sobre a família em geral e sobre o cuidador em particular, quando convivendo e cuidando de idosos fragilizados e dependentes também é um fator significativo nessa avaliação (KANE, 1987).

Para Paschoal (1996), deve ser levada em conta que a mensuração do desempenho social não é fácil, pois trata de um conceito amplo envolvendo todas as atividades das relações humanas e que é influenciado por diferentes formas de pensar e ver o mundo. O autor destaca nos aspectos sociais sobre o envelhecimento, algumas considerações gerais sobre aposentadoria, tipos de família, suporte social da família, violência praticada contra o idoso, manifestações sexuais, religiosidade e espiritualidade. Nesse sentido Vieira (1998) afirma que a aposentadoria pode ser um marco no processo de envelhecimento, dependendo de como é vista e sentida por cada pessoa. Em sua essência, ela é um direito e não um benefício, e deve garantir a manutenção do nível social de vida do cidadão. Quando se refere a esse tema Gaiarsa (1986) trata por marginalização social e afirma que o fato é um problema cultural. Tudo é ditado pelos jovens e pelos adultos. Na sociedade, o idoso passa de um ser participativo para não-participativo e, na perspectiva da civilização, ele deixa de ser um meio de aculturação e produtividade para tornar-se um elemento inativo em ambos os aspectos. Esse fato explicita a importância da produtividade no idoso que, com o decorrer do tempo, passou a ser desvalorizado pela concepção de velho inútil e improdutivo.

¹ Senescense: the second half of life. O nome do trabalho é Senescense, que significa a segunda metade da vida.

O envelhecimento bem sucedido, conforme relata Néri (1993), não é um atributo do indivíduo idoso. Ele precisa integrar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais de sua vida, tendo em si a total responsabilidade pela conquista ou pela falência de seus esforços para atingir uma boa velhice. É importante que haja uma inter-relação de quem está envelhecendo com as mudanças de uma sociedade que também está em constante modificação. Conforme a autora, o envelhecimento bem-sucedido depende da história individual, do contexto histórico-cultural e de fatores genético-biológicos dessa população.

No que diz respeito a essa relação social, estudos vêm evidenciando que a atividade física é uma grande aliada nesse processo, contribuindo para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento e possibilitar ao idoso manter uma vida ativa e em permanente contato com a sociedade. Dando seguimento ao assunto, serão feitas menções sobre os benefícios que a atividade física proporciona ao processo de envelhecimento, bem como na minimização de incidência e efeitos de algumas doenças crônicas degenerativas.

1.3 Efeitos da atividade física no processo de envelhecimento

Como foi abordado anteriormente, o envelhecimento traz alterações biológicas, psicológicas e sociais. No entanto estas alterações não podem ser tratadas como processos fechados e impossíveis de prevenir. A atividade física pode reverter esse quadro, trazendo benefícios e apresentando aos idosos e à sociedade uma nova forma de viver o envelhecimento. Nesse sentido, convém salientar que a atividade física vai auxiliar na reintegração desse indivíduo à sociedade e melhorar o seu bem-estar geral (CAVALCANTI, 1981). Para Freitas et al (2002), Mazo (2001) e Meirelles (1999), entre os aspectos sociais mais relevantes que o exercício físico pode proporcionar, estão a confiança, o estímulo para a competição, a aquisição de novas amizades e a troca de apoio que vai favorecer a inclusão social.

MCAuley (1994), numa análise sobre as publicações desse tema, chama a atenção para o fato de que a maioria dos estudos, embora tenham encontrado uma associação positiva entre auto-estima e atividade física, apresentam falhas metodológicas, experimentais, estatísticas e conceituais. Em outra revisão de literatura, MCAuley e Rudolph (1995) estudaram exclusivamente o bem-estar psicológico, a atividade física e o envelhecimento, com o objetivo de analisar a influência da atividade física na melhora dos aspectos positivos de saúde mental e do

bem-estar psicológico do idoso. Os autores constataram, como características gerais dos 38 estudos revisados, uma variação significativa entre as metodologias adotadas. Não obstante tal variabilidade, esses estudos sugerem fortemente a ocorrência de efeitos positivos da atividade física sobre o bem-estar psicológico, pois 74% dos estudos apresentaram resultados positivos a esse respeito. Observou-se que os programas de curta duração com menos de dez semanas mostraram efeitos no bem-estar psicológico, menos consistente do que os de maior duração, o que sugere que tal variável esteja relacionada aos efeitos psicológicos da atividade física.

Os estudos de Hughes (1984), apresentam semelhança com esses estudos atuais, referentes à sensação de bem-estar e independência que a prática de exercícios físicos regulares proporciona aos idosos. Entretanto, o autor afirmava na época que uma relação significativa entre níveis de atividade física e depressão ainda não havia sido comprovada. Em estudos mais recentes através do entendimento de Greist apud Guedes, Guedes (1995), os efeitos psicológicos do exercício físico regular, basicamente se resumem à redução da ansiedade e da depressão, à regularização do sono e à promoção do autoconceito, da auto-estima e autoconfiança.

No sentido de promover a inclusão social dos idosos, afastá-los da solidão e conseqüentemente reduzir essa ansiedade e depressão, Debert (1999) afirma que o ingresso num grupo de participantes de programas para a terceira idade é um marco na vida dessas pessoas, pois substitui o período de solidão, seguinte à viuvez, por um período de novas amizades, festas, encontros e passeios. Esses programas incluem várias atividades e, dentre elas, a atividade física atua como elo para promover a socialização entre idosos. Okuma (1997) afirma que fazer parte de um grupo dá ao idoso uma nova identidade física e social.

É nesses grupos que podem ser desenvolvidos os benefícios da atividade física para os idosos, não apenas nos aspectos sociais e psicológicos, mas também nos aspectos biológicos, proporcionando benefícios com relação aos efeitos causados pelo envelhecimento e no aparecimento das doenças. O exercício físico, o controle do peso, a dieta e os hábitos de vida adequados atuam juntos na melhora da qualidade de vida dos idosos e nas suas capacidades funcionais (BERGER 1989 apud OKUMA 1997).

Essa parcela da população, para se manter funcionalmente independente precisa, dentre outras capacidades, de força muscular, resistência muscular localizada e flexibilidade (OKUMA,

1997). Os benefícios sobre essas capacidades também são citados por (BRAMAM 1993 apud REICHEL 2001), Corrêa (2003), Mazo (2001), Jaramillo (2001), Tavares (S/D), Grossi (2000) e a Medical Multimídia Group (2000), ao afirmarem que a atividade física pode controlar, melhorar os sintomas, minimizar as dores e rigidez muscular, em doenças como: asma, bronquite crônica, enfisema, artrite, artrose e dores lombares entre outras. Sobre as dores lombares, Schibuola (2002) afirma que geralmente vêm após um esforço, carregar um peso, após uma queda, cair “sentado”; ou mais comumente dores que começam a aparecer após uma vida de posturas inadequadas, aumento desproporcional do peso e falta de exercícios físicos.

No que se refere aos aspectos articulares e musculares dos idosos, alguns estudos já comprovaram a existência dos benefícios que a atividade física proporciona. Um estudo realizado no Departamento de Metodologia da UFSC analisou durante um ano as alterações causadas pelo programa de atividades físicas para idosos oferecidos pelo Núcleo de Cineantropometria e Desempenho Humano CDH/UFS. As variáveis analisadas foram o equilíbrio e flexibilidade entre outras. Os resultados apresentados mostraram que as atividades físicas reverteram os desempenhos do equilíbrio estático e da flexibilidade e contribuíram de maneira efetiva para a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos (PETROSKI, 1997).

Dentre essas e outras conseqüências, o processo de envelhecimento acarreta a perda de densidade óssea, que pode levar à osteoporose. Essa doença metabólica é a perda de densidade nos ossos, uma das principais preocupações em relação aos aspectos esqueléticos no idoso. No Brasil, de acordo com dados de 1991 do IBGE, estima-se que em 2020 cerca de 20% dos 17,9 milhões de idosos terão osteoporose. Neste sentido, Barbanti (1990), Cooper (1991), Dalsky (1989), Loucks (1988) e Martin (1987) afirmam que, à medida que a pessoa envelhece, os ossos apresentam uma tendência a se desmineralizarem, ou seja, perderem cálcio e se tornarem tão fracos e quebradiços que as fraturas passam a constituir uma ameaça real para a vida dessas pessoas. Esses autores afirmam ainda em seus estudos que a atividade física, entre outros fatores, está ligada diretamente à resistência dos ossos e minimiza os efeitos da osteoporose.

Estes benefícios também são confirmados com um estudo realizado na UFSC no Centro de Desportos, para comparar a densidade óssea em dois grupos, um de mulheres que praticavam atividade física regularmente e outro sedentário, ambos com média de idade de 61 anos. O estudo mostra uma significativa diferença entre os resultados para os dois grupos. O grupo ativo

apresentou um aumento significativo de densidade óssea nas praticantes de atividades físicas. Concluiu-se que a prática de atividade física na terceira idade pode ser uma grande aliada na prevenção de doenças ósseas como a osteoporose (OURIQUES; FERNANDES, 1997).

As capacidades funcionais também são beneficiadas pela atividade física, como foi comprovado num estudo realizado por Matsudo et al (2001), em que foram avaliadas 81 mulheres de 50 a 79 anos de idade, para verificar o perfil do nível de atividade física e capacidade funcional de mulheres ativas de acordo com a idade cronológica. Os dados encontrados no estudo sugerem que as mulheres de meia idade e idosas que estão regularmente envolvidas em um programa de exercícios físicos mantêm um nível de atividade diária adequado, independentemente da idade cronológica. Elas se envolvem de forma regular em atividades como caminhada, subir escadas, realizar serviços domésticos leves e pesados e realizar atividades físicas moderadas e vigorosas, além do programa regular de exercício.

Nesse contexto, a capacidade aeróbia também apresenta declínio decorrentes do envelhecimento, e esse tem causas cardíacas e periféricas. Ghorayeb (2002) acredita que a atividade física não evita a ocorrência desses fatores, mas pode, sim, amenizá-los. O exercício físico tem um papel importante como agente terapêutico para a prevenção e tratamento das doenças coronarianas e degenerativas (EVELAK APUD REICHEL, 2001). Sherphard (2003) confirma essas afirmações quando declara que a atividade física tem valor significativo na prevenção primária e secundária de um grande número de problemas cardiovasculares, incluindo doenças cardíacas isquêmicas, acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão, doença vascular periférica e doença renal secundária à hipertensão ou diabetes.

Dentre essas doenças, a hipertensão assume uma constância na vida dos idosos e é a peça-chave na profilaxia primária do Acidente Vascular Cerebral, uma das principais causas de dependência e mortalidade em idosos. O treinamento de *endurance* parece reduzir a pressão arterial no idoso hipertenso da mesma maneira como no adulto jovem hipertenso, embora nenhum estudo tenha verificado diretamente esta questão (HAGBERG, BLAIR, EHSANI, GODON, KAPLAN, TIPTON & ZAMBROSK, 1993). No que se refere à intensidade desse treinamento, um estudo realizado com idosos hipertensos registrou que o treinamento a 50% do VO₂ máx promove a diminuição na pressão arterial, igual ou maior do que o treinamento a 70% (HAGBERG et al,1989).

Confirmando esses dados, em um segundo estudo com idosos hipertensos, o treinamento a 40-50% do VO₂ máx reduziu a pressão arterial de maneira significativa, enquanto em subsequente treinamento a 50-60% do VO₂ máx a pressão arterial reduziu pouco (SEALS et al 1991). Portanto, parece que o treinamento de intensidade leve a moderada é efetivo para reduzir a pressão arterial em indivíduos idosos hipertensos. Esses autores, assim como o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998) estão de acordo quando afirmam que a atividade física previne os fatores associados às doenças vasculares periféricas como: a hipertensão, o diabetes, as hiperlipidemias, obesidade e aterosclerose.

No que diz respeito ao idoso diabético, esse paciente é capaz de se exercitar regularmente. A perda de peso e o controle da glicemia podem ser benefícios adicionados à atividade física, aumentando a sensibilidade à insulina dos músculos e de outros tecidos que têm receptores para a insulina (GOLDBERG, 1985; REED 1990). Autores como King (1989), Goldberg (1985) e Reed (1990) concordam que o exercício aeróbico regular combinado com uma dieta apropriada, pode evitar o diabetes tipo II e melhorar o controle da glicemia nos pacientes que o possuem. Acredita-se que esse efeito ocorra por causa do aumento no número dos transportadores de glicose na membrana celular, e também da sua atividade. Estudos transversais e longitudinais mostram uma relação inversa entre a atividade física e o diabetes mellitus não-insulino dependente ou do tipo II (HELMRICH, (1991). Sendo assim, pode-se inferir que o exercício físico tem papel importante como agente terapêutico para a prevenção e o tratamento das doenças coronarianas e degenerativas (HARRIS, 1989; EVELAK apud REICHEL, 2001).

Essa parcela da população não só é atingida pelas doenças crônicas degenerativas, mas também pelo aumento de peso, que tem influência negativa em todas as doenças que venham aparecer como consequência do processo de envelhecimento. É comum a pessoa idosa tender a ganhar peso, aumentar a quantidade de tecido adiposo e reduzir a massa muscular. Nessa perspectiva, estudos de indivíduos moderadamente obesos têm demonstrado que uma melhora da composição corporal é possível através de um programa de atividade física bem planejado, mesmo na terceira idade (BAILOR E KEESEY, 1991).

A obesidade não é uma doença específica do envelhecimento, mas que faz com que muitas pessoas cheguem na terceira idade com excesso de peso. O Brasil é o país em

desenvolvimento com o maior o número de pessoas obesas, num total de 16 milhões de pessoas, das quais 13% são mulheres, 7% são homens e 15% são crianças (REVISTA VEJA, IBGE e SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2003).

Muitos benefícios são gerados pela atividade física, como já foi visto. Aos idosos, nesse caso, pode-se notar quantos são os benefícios e a melhora na qualidade de vida. Nesse sentido Freitas, Ghorayeb N, Pereira e Ghorayeb C (2002) relatam que o idoso pode e deve praticar todo o tipo de atividade física, desde que essa prática seja direcionada e adaptada a ele, como deve ser para qualquer faixa etária ou indivíduo. Nessa perspectiva, a atividade física vem sendo recomendada para o tratamento e prevenção de doenças e como prioridade para um envelhecimento ativo, conforme autores já citados e a Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madrid/2002.

CAPÍTULO II – POLÍTICA PÚBLICA E ATIVIDADE FÍSICA PARA O IDOSO

2.1 Estado e Políticas Públicas

A transformação da sociedade e, em especial os movimentos sociais do século XIX, decorrentes de novas formas de produção nascidas na Revolução Industrial e na expansão do trabalho assalariado, impulsionaram o Estado a garantir direitos sociais, que visavam ao exercício de um mínimo de igualdade aos cidadãos. Todavia, na passagem do século XIX para o XX, já não bastavam esses direitos trabalhistas, eram exigidas posições positivas do Estado, incorporando direitos de assistência social, econômicos, saúde e educação. (FRISCHEISEN, 2000)

O direito social é um produto histórico constituído pela luta da classe trabalhadora, sendo que a política social está respaldada tanto no movimento de solidariedade quanto nas garantias legais, integrando efetivamente o projeto político das demais políticas de pretensão social. Sendo assim, percebe-se que as questões do Estado são significativas no entendimento das políticas públicas. Autores como Lakatos e Marconi (1999), apresentam um conceito de Estado que implica a inclusão do elemento governo, que mantém a ordem e estabelece as normas para um determinado grupo social. O Estado é uma nação politicamente organizada, que engloba governo e governados. Para esses autores, as funções do Estado variam de acordo com o período histórico. Nas sociedades modernas, o Estado tem entre suas funções promover o bem-estar social através de meios que atendam às necessidades humanas.

Nesse contexto, a Constituição compromete o Estado com a implementação de medidas para o cumprimento dos dispositivos constitucionais, verificáveis nas Políticas públicas. A política é a arte de organizar e de governar um Estado e de dirigir suas ações internas e externas, para o bem comum. Essa organização social é que determinará as necessidades de convivência entre os seres humanos, para que haja harmonia dentro da sociedade em relação aos seus objetivos e funcionamento. Portanto, política é um complexo de objetivos previamente definidos, com mecanismos possíveis e adequados para alcançá-los. As estratégias são realizadas por um grupo de pessoas para a obtenção de determinadas finalidades (SÉGUIN, 2001; FRISCHEISEN, 2000).

De acordo com Frischeisen (2000), o Estado tem obrigações que são estabelecidas pela ordem social constitucional, orientando a administração na implementação das políticas públicas necessárias ao efetivo exercício dos direitos sociais, fixando pontos que não podem ser descumpridos e tampouco modificados, sob pena de inconstitucionalidade ou ilegalidade, resguardando o cidadão, oferecendo-lhe garantia quanto à omissão do Estado. Nessa perspectiva o Estado em ação é o seu modo de operar, e se traduz no ato de “fazer” políticas públicas. (COHEN; MULLER 1992 apud MELDOLESI 1996).

Tendo em vista as demandas atuais, as relações entre Estado e Sociedade assumem novos contornos. O Estado mostra-se insuficiente para responder sozinho às demandas sociais, embora se reconheça como imprescindível e insubstituível no que tange à responsabilidade do financiamento e da condução das políticas públicas. O Estado amplia sua interlocução com a sociedade em suas diferentes formas organizativas no enfrentamento das questões sociais. Das principais oportunidades de transformação positiva do Estado, nos países em desenvolvimento, está a descentralização dos serviços sociais para as regiões e municípios. Existem inúmeras indicações favoráveis. Do ponto de vista da efetividade dos programas, pode aproximá-los muito mais das necessidades reais da população que pretende atender. Isso significa criar condições para avançar na estruturação de políticas econômico-sociais integradas em nível regional. No entanto, não se pode abandonar a idéia de que é de responsabilidade do Estado, como agente promotor, normatizador, financiador e condutor, a elaboração e implantação das políticas públicas, exercendo, na forma da lei, as funções de planejamento, financiamento, incentivo e fiscalização (KLIKSBERG, 2002; PNAS 1999).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 definiu as políticas públicas cujas linhas gerais ajudam os administradores a colocarem em prática o exercício dos direitos sociais. Essa Constituição preconizou, também, que as políticas públicas tivessem a co-responsabilidade entre a sociedade civil e o poder público. O art. 6º diz que os direitos sociais são a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. Assim a omissão do Estado é passível de responsabilização, sendo sua arbitrariedade mínima, não contemplando o não fazer (FRISCHEISEN, 2000; AGUSTINI, 2002).

Para entendimento das atividades administrativas do Estado é necessário um conhecimento de como o Estado promove e implementa suas políticas públicas. As políticas

públicas são conceituadas como diretrizes, princípios, metas coletivas conscientes que procuram atender o interesse público e direciona as atividades do Estado (GARCIA apud FREICHEISEN, 2000). Nesse conjunto, as políticas públicas podem ser consideradas como as ações intencionais do Estado junto à sociedade. Nesse contexto, a própria legitimidade do Estado Social está ligada à realização de políticas públicas que se caracterizam por todas as formas de intervenção do Estado, desde provedor, gerenciador ou fiscalizador (GRAU apud FREICHEISEN 2000). Outro conceito é o de compreender as políticas públicas como um conjunto de decisões relacionadas com diversas situações, pessoas, grupos e organizações, desde a sua formulação até serem postas em prática. Essa política se desenvolve em um certo período de tempo e pode comportar diversos subprocessos (SUBIRATIS apud FREICHEISEN, 2000). Sendo assim, é importante ter conhecimento de que esses processos de formulação e implantação das políticas públicas fazem parte do funcionamento da máquina estatal (VIANA, 1996).

As políticas públicas estão voltadas para a sociedade e envolvem recursos sociais. Elas devem, portanto, ser sistematicamente avaliadas do ponto de vista de sua relevância e adequação às necessidades sociais, além de abordar os aspectos de eficiência, de eficácia e de efetividade das ações empreendidas. Sendo assim, o objetivo dessa avaliação de política pública é conhecer seus fatores positivos, apontar seus equívocos e insuficiências, com a finalidade de buscar seu aperfeiçoamento ou reformulação (BELLONI et al, 2000). Para o mesmo autor, a avaliação deve abranger não apenas as atividades, mas também a própria estratégia, sem perder de vista o foco da avaliação e sua lógica interna.

Frischeisen (2000), defende a tese de que as políticas públicas são aquelas voltadas para a concretização da ordem social, que visam à realização dos objetivos da República, a partir da existência de leis decorrentes dos ditames constitucionais e, para que as leis tenham aplicabilidade, é necessário estabelecer a possibilidade de sancionar o administrador pelo seu não cumprimento. Nessa perspectiva, entende-se que as políticas públicas existam para desempenhar o papel do Estado no atendimento aos interesses da sociedade. Para tanto, a avaliação exerce um papel necessário para ambas as partes. Para o Estado, para conhecer o público a ser atendido, as necessidades específicas e os saldos dessas ações. Para o público, a avaliação é necessária para permitir cobrar a realização dessas políticas, que lhe são de direito.

Nesse contexto, Séguin (2001) define política pública como o conjunto de objetivos informativos dos programas de ação governamental e medidas executadas para atingir determinado objetivo. Para a autora, é a política governamental que estabelece um conjunto de objetivos públicos que referencia o emprego das estratégias públicas, que terão repercussão na esfera privada. Podemos constatar na nossa sociedade, por exemplo, as transformações decorrentes dos movimentos sociais que contribuíram para o surgimento dos limites de jornada de trabalho, da aposentadoria, do descanso semanal, entre outros.

Assim, de acordo com Kiriviniemi (1985) sobre o processo governo e sociedade, para transformar as leis em ações públicas de fato, ou seja, as implementações das políticas, existem duas variáveis que são influenciáveis: a mudança e o consenso, quanto maior a quantidade de mudança, menor o consenso; quanto menor a quantidade de mudança, maior o consenso em torno das metas e dos objetivos. O autor afirma ainda que a implementação da política pública refere-se à relação que se estabelece entre governo e cidadãos, na qual o Estado induz estes a agir até mesmo do modo que não desejam. Nesse processo, ele ressalta que o sujeito das políticas é o governo e o objeto, os grupos de cidadãos. Quando a política torna-se operativa, ela passa a contar com recursos e discursos, envolvendo ação social que produz impacto e a ação social, por sua vez, vai envolver os sujeitos e os objetos.

No desenvolvimento social visto a seguir, o objeto em questão será o idoso. Tendo em vista o desenvolvimento demográfico dessa população no Brasil, é importante perceber como se configuram algumas políticas públicas direcionadas a ela. Essa preocupação no Brasil tem movimentado várias instituições, públicas e privadas, direta e indiretamente ligadas aos idosos. Nessa perspectiva são promovidos encontros, congressos, simpósios, cursos de pós-graduação, que de alguma forma trabalhe a questão do envelhecimento mais saudável. No que se refere às ações públicas, as instituições municipais ficaram em grande parte responsáveis pela prestação dos serviços sociais urbanos.

2.2 Desenvolvimento Político e Social do Idoso no Brasil

Nas últimas décadas, o Estado brasileiro tem ampliado seu diálogo com a sociedade, incluindo nas políticas públicas as proposições que dela emergem e que, no atual momento histórico, se revestem de caráter transformador frente aos novos paradigmas de proteção social

(BRASIL, 1999). Nesse sentido Raichelis, (2000) declara que a Assistência Social tem sido historicamente o lugar de atendimento das carências dos segmentos mais empobrecidos da população.

A partir de 1970, começou a aumentar significativamente a população de idosos, preocupando alguns técnicos da área governamental e do setor privado. Antes dessa década surgiram algumas iniciativas de âmbito particular, mas foi somente a partir desta data que se tomaram medidas governamentais. A seguir serão apresentados alguns decretos, leis e portarias que embasaram trabalhos a essa parcela da população e alguns específicos do Rio Grande do Sul e de Porto Alegre.

Em 1973, o Ministério do Trabalho e da Previdência Social regulamentou a aposentadoria por velhice, instituindo como beneficiário, o segurado com 65 anos do sexo masculino ou 60 anos do sexo feminino. No ano seguinte, em 1974, através da Lei 6179 foi instituída a Renda Mensal Vitalícia que contempla pessoas com mais de 70 anos e indivíduos inválidos, que não exercem atividade remunerada.

Em 1975, através da Lei nº 6243, em 24 de setembro foi possibilitado a vinculação ao sistema previdenciário de cidadãos que já tinham completado 60 anos de idade. No ano de 1976, através do Decreto 76 186, estabeleceu-se para maiores de 65 anos o abatimento adicional no Imposto de Renda equivalente a dois dependentes.

Em novembro de 1979, o então Ministério da Previdência e Assistência Social editou a portaria nº 25, que definiu e fixou critérios reguladores para a prestação da assistência social ao velho; ampliou a assistência já prestada pelo INPS, abrangendo também aqueles não incluídos no sistema previdenciário.

Em 1982, o mesmo ministério editou a portaria 2 864, que dispõe sobre a assistência aos velhos nas entidades do Sinpas, Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, ampliando os termos da portaria nº 25/79, coordenando e integrando as ações dessas entidades entre si para melhor aproveitamento dos recursos humanos e financeiros em âmbito institucional e comunitário.

Em 1993 é sancionada, em 7 de dezembro, a Lei 8 742, que dispõe sobre a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que estabelece em suas diretrizes, que as ações de assistência social sejam organizadas em sistemas descentralizado e participativo. Nela se constituiu o Benefício de Prestação Continuada, garantido a idosos que comprovem, não ter meios de prover sua própria manutenção ou tê-la provida por sua família.

Em janeiro de 1994 é sancionada a Lei 8 842, que instituiu a Política Nacional do Idoso. A PNI tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. No cap. IV dessa lei ficou estabelecido que os governos devem incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria de qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade. Baseado nesse item, o Ministério do Esporte e Turismo criou, em 1997, o projeto Vida Ativa na Terceira Idade. O objetivo desse projeto era proporcionar autonomia ao idoso, fortalecendo a sua auto-estima, promovendo a socialização e melhorando sua saúde. Séguin (2001) chama atenção para as conotações discriminatórias dessa lei. Para a autora, a afirmativa legal de assegurar os direitos sociais do idoso dá a idéia de que, com o passar do tempo, as pessoas deixam de ser cidadãos em sua plenitude. A cidadania não pode ser garantida; ou ela é exercida, ou não é.

Em julho de 1996, a Lei 8 842 foi regulamentada pelo decreto n° 1948. Esse dispositivo legal institui, também, o Conselho Nacional do Idoso (CNI). Esse tem como princípios básicos: a valorização, a integração e a promoção social do idoso, em sua família e comunidade. É um órgão normatizador, consultivo, deliberativo e articulador.

Em 26 de julho de 2000, através da Lei 11 517, foi instituída a Política Estadual do Idoso (PEI) no Estado do Rio Grande do Sul, tendo como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Define a promoção de melhor qualidade de vida, através do incentivo à formação de grupos sociais e de associações representativas de idosos, em todos os municípios do Estado. A Política é tornada efetiva através da articulação das diversas políticas setoriais, sob a coordenação da Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social, com a participação dos Conselhos Estadual e Municipais do Idoso. Os Conselhos Estadual e Municipais são órgãos permanentes, paritários, deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades

públicos e de organizações representativas da sociedade civil ligados à área. Compete aos Conselhos contribuir para a formulação, acompanhamento e avaliação da PEI, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.

Em 15 de outubro de 2001, o Ministro de Estado da Saúde, através da Portaria Nº 1.843 no Art. 1º Institui o Programa de Promoção da Atividade Física, a ser coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde. O referido Programa tem por objetivos: articular, promover e implantar projetos de atividades físicas moderadas, de caráter regular, voltados às populações de hábitos sedentários.

Em 18 de outubro de 2001 a Prefeitura Municipal de Porto Alegre através de Lei Nº 8 794, Art. 1º, oficializa a instituição dos Jogos Municipais da Terceira Idade, promoção anual da Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação de Porto Alegre, RS, que tem como objetivo principal o desenvolvimento de adequadas atividades físicas recreativas, tendo como predominância os aspectos lúdicos e de lazer.

Em 12 de abril de 2002, através das portarias do Ministério da Saúde, foi determinado que as Secretarias de Saúde dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde definam providências necessárias para a implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.

Pelo decreto nº 4.227, em 13 de maio de 2002, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), sendo uma de suas competências supervisionar e avaliar a PNI, acompanhar a implementação da política nacional do idoso no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, estimular e apoiar tecnicamente a criação de Conselhos de Direitos do Idoso nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, entre outras.

Em 30 de julho de 2002, a Câmara Municipal de Porto Alegre aprovou e sancionou a Lei Nº 8.972, em que ficam instituídos no âmbito do Município, passeios turístico-culturais gratuitos para as pessoas com mais de 65 anos de idade.

Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, sancionado pela a Lei 10.741, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas idosas. Esta Lei representa um avanço na questão do

direito do idoso no Brasil, obrigando a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público a assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à dignidade ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003). Essas leis fizeram parte das providências no desenvolvimento social do idoso no Brasil. No entanto, a maioria delas se concentrou na Previdência Social como, por exemplo, as questões da aposentadoria. Somente a partir da última década começou-se a pensar e editar leis voltadas para os aspectos do bem-estar social e da saúde do idoso. A seguir serão apresentadas algumas atitudes de âmbito governamental e privados, que também corroboraram para esse desenvolvimento.

Na década de 70 surge o primeiro Programa em âmbito governamental, Programa de Assistência ao Idoso (PAI), ligado ao antigo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Esse programa consistia na organização e implementação de grupos de convivência para idosos previdenciários nos postos de atendimento desse instituto. Esses grupos de convivência continuaram se desenvolvendo durante dois anos por todo o Brasil nessas unidades do INPS. Com a reforma da Previdência em 1977, criando o Sinpas, o programa passou para a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), que se tornou responsável pelo atendimento ao idoso em todo o território nacional. A LBA foi responsável por vários projetos em favor do idoso, entre eles a criação de 130 centros de convivência para idosos em todo o território nacional. Paralelamente a essas ações, em 1976 o SESC de São Paulo passa a assessorar o Ministério de Previdência e Assistência Social no território nacional com relação aos seminários sobre a questão da velhice (MAZO, 2001).

Em 1977, foi criada a Associação Cearense Pró-Idoso (ACEPI) na cidade de Fortaleza. Também, nesse ano, o Ministério da Previdência e Assistência Social expediu o documento “Política para a 3ª Idade-Diretrizes Básicas”, que trata de medidas urgentes em prol da velhice em áreas do Nordeste.

Na década seguinte, em todo o Brasil, foram desenvolvidas ações relacionadas às pessoas idosas. A preocupação com o envelhecimento populacional já despertava a atenção de organismos internacionais como a ONU que, em 1982, aprovou em assembléia mundial o plano de Ação Internacional de Viena, na Áustria. O evento ocorreu num contexto político, econômico e social, em que a questão da Declaração Universal dos Direitos Humanos estava sendo revista,

concentrando seus esforços para a eliminação de todas as formas de discriminação racial, práticas da política de *apartheid* e problemas candentes da época da descolonização. Neste contexto, os objetivos estavam voltados a levar os países desenvolvidos e em desenvolvimento a firmarem um acordo para executar e implantar políticas de atenção ao idoso. Nesta primeira assembléia, foi estabelecido o Plano Internacional de Ação sobre Envelhecimento. Neste Plano havia em torno de 66 recomendações sobre diversos temas, como os da saúde, assistência social, habitação, transportes, previdência, trabalho e educação (GOVERNO FEDERAL, 2003).

No Brasil, neste mesmo ano, realizou-se o 1º Encontro Nacional de Idosos, organizado pelo SESC de São Paulo. Em 1984, foi realizado o 2º Encontro. Nesses encontros foram discutidos vários aspectos relacionados às políticas públicas para o idoso. Nesse contexto, em 1987, foi realizado o 3º Encontro, mobilizando 20 Estados do país, com vistas à construção da nova Constituição Brasileira. Esses encontros e ações contribuíram para a Constituição Brasileira, que entrou em vigor em 1988 e, pela primeira vez, explicita a importância da ação à velhice, no artigo 230 “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas”. Também afirmou ao idoso, com mais de 65 anos, a gratuidade em transportes coletivos urbanos (MAZO, 2001).

Na mesma década, em 1986, a ACEPI realizou o 1º Fórum Nacional de Gerontologia, produzindo a Carta de Direitos dos Idosos. Na década seguinte foi criado, em 1992, o programa de Atenção à Saúde do Idoso, através do Ministério da Saúde. A partir dessa ação ministerial, alguns Estados implantaram e começaram a implementar esse Programa em suas Secretarias de Saúde do Estado. Entre as ações intersetoriais estão as dos Conselhos, Estadual e Municipal do Idoso, Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer. .

O Conselho Estadual do Idoso no Rio Grande do Sul foi o segundo a ser criado no Brasil, depois do de São Paulo, juntamente com o Conselho da Criança e do Adolescente. Esse conselho já havia sido criado em 11 de outubro de 1988, mas só foi introduzido no Artigo 260 da Constituição Estadual em 3 de outubro de 1989. O Conselho Estadual do Idoso tem como princípios básicos: a valorização, a integração e a promoção social do idoso, em sua família e em sua comunidade. É um órgão normatizador, consultivo, deliberativo e articular. Possui o intuito de congrega esforços de órgãos públicos, entidades privadas e grupos organizados para estabelecer diretrizes para uma política social do idoso.

Em 1994, na Lei 8842, no capítulo IV, Artigo 10, fica explícito que na área de esportes e lazer, os órgãos governamentais e entidades públicas têm o dever de incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem melhoria na qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.

Pelo exposto, conclui-se que a Constituição Federal estabelece e direciona as políticas públicas. Além de delinear as fontes de custeio, as leis vinculam as fontes de gastos específicos e a população pelo princípio da co-responsabilidade, isto é, a população participa no gerenciamento destes recursos. Portanto não podemos deixar de pensar nos meios de implementação dessas políticas públicas, se são adequadas, razoáveis, se são o melhor caminho para possibilitar o eficaz exercício dos direitos sociais.

A Lei determina que o idoso tem direito ao esporte e ao lazer, no entanto, não define nenhuma penalidade para o seu não cumprimento, deixando na dependência da população de idosos e da sociedade em exigir que sejam cumpridos. A seguir serão apresentados os programas de atividade física para idosos, desenvolvidos em alguns municípios brasileiros, mas não temos dados que mostrem como os governos municipais priorizam, formulam e desenvolvem políticas dessa natureza.

2.3 Programas de Atividade Física para o Idoso em Cidades Brasileiras

A implementação dos Programas de Promoção da Atividade Física dar-se-á por intermédio de parcerias entre gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde-SUS, centros acadêmicos, profissionais da saúde e de áreas afins e organizações da sociedade civil. Esse programa tem por propósito estimular a alteração dos hábitos de vida das pessoas, com a incorporação da prática regular, em pelo menos 30 minutos, de atividade física, entre outros.

A preocupação de acrescentar a atividade física na vida das pessoas, a fim de proporcionar um envelhecimento com mais qualidade é um fato, como já foi referido anteriormente. A Segunda Assembléia sobre Envelhecimento realizada em Madrid em 2002 teve em seu enfoque principal, o “envelhecimento ativo”, o qual foi justificado como: o processo pelo qual se otimiza as oportunidades de saúde, participação e segurança, com finalidade de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. O Plano de Ação Internacional foi

revisto e definiu as diretrizes que orientarão as políticas públicas relativas à população idosa para o século XXI. As propostas resultantes deste evento se baseiam em uma nova idéia de velhice, construída em torno do conceito de envelhecimento produtivo.

Várias capitais e grandes centros urbanos brasileiros vêm desenvolvendo projetos específicos para atender as necessidades da população em praticar atividade física, assim como participar de atividades de lazer. Do que não se tem conhecimento é se está havendo uma avaliação dessa população a fim de que se possa perceber a eficácia desses programas. Nem todos os projetos colocam em sua divulgação os critérios de avaliação, mas apenas o número de participantes e as atividades realizadas. No que se refere ao idoso, também não são todos os programas que têm atividades específicas para essa população.

Alguns projetos e programas foram criados com o objetivo de dar conta da determinação constitucional e atender as necessidades de programas direcionados ao público idoso. Após essa determinação legal, a implementação desses projetos foi intensificada no Brasil nos últimos anos.

O Programa Agita São Paulo, desenvolvido pelo CELAFISCS, foi implantado em 1996 e está ligado à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Além dos idosos, o Programa Agita São Paulo visa atender os escolares e os trabalhadores. O Programa aplicou um questionário antes do início de suas atividades e o mesmo é reaplicado durante diferentes fases a fim de avaliá-las.

Outro programa que conta com a participação do CELAFISCS é o Projeto Felicidade, da Prefeitura de São Caetano do Sul-SP. Contém um Projeto Longitudinal de envelhecimento e aptidão física e capacidade funcional. É um dos poucos projetos longitudinais realizados no mundo que verifica esses efeitos. Para isso a avaliação é feita em Maio e Novembro em um grupo de pessoas acima de 50 anos de idade. Os primeiros resultados em 1998, foram apresentados no Congresso do American College of Sport Medicine em Orlando em Maio de 1998.

Nesse contexto, em que os participantes são avaliados, também existe o Projeto Felicidade e o Esporte e Lazer na Quinta, ligados à Prefeitura do Rio de Janeiro. Os idosos recebem avaliação através de teste internacional desenvolvido na Universidade Castelo Branco, tais como: resistência aeróbia, resistência muscular, flexibilidade, equilíbrio e coordenação.

Assim como já foi dito anteriormente, o objetivo da avaliação de política pública é conhecer seus fatores positivos, apontar seus equívocos e insuficiências com a finalidade de buscar seu aperfeiçoamento. A mesma avaliação deve acontecer com os programas e projetos, que são as ações dessas políticas. Nesse sentido, os sujeitos também são merecedores de avaliação. No caso da atividade física, percebe-se que uma avaliação menos subjetiva no que diz respeito aos resultados referentes aos seus benefícios, já é uma realidade em algumas ações políticas, principalmente no que diz respeito aos idosos.

CAPÍTULO III – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 Caracterização do Estudo

Essa pesquisa pode ser caracterizada como descritiva. A pesquisa qualitativa, segundo Bogdan e Biklen (1994), envolve a obtenção de dados descritivos obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada e enfatiza mais o processo do que o produto em retratar a perspectiva dos participantes. Nesse aspecto, as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relação entre variáveis. Dentre essas, salienta-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental e outros (GIL, 1995).

Optou-se pela investigação em duas Instituições Municipais de Porto Alegre e por idosos usuários dos serviços que elas oferecem. Essa decisão foi após um levantamento de informações em diversas Secretarias Municipais. Inicialmente, visitou-se a Secretaria Municipal da Saúde, que em 2001 passou a ser gestora do Programa de Promoção da Atividade Física no Município, através da Portaria Nº 1.893. Dando continuidade a esse processo de levantamento de informações, visitou-se o Gabinete do Prefeito-Assessoria Técnica (GP) e a Coordenação de Relações com a Comunidade (CRC).

Através de informações e visitas a essas Instituições, optou-se pela escolha da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) e da Secretaria de Esportes, Recreação e Lazer (SME) como objetos desse estudo, uma vez que estas Instituições são gestoras da atividade física para os idosos no município.

3.2 Negociação de acesso

A negociação de acesso caracteriza-se pelo momento em que o pesquisador faz contatos com as pessoas que estão envolvidas no contexto estudado, permitindo o seu acesso ao campo. Essa negociação e a coleta de informação considera-se que não são fases distintas do processo investigador (MOLINA NETO, 1999). Essa perspectiva da entrada no campo de investigação é

corroborada por Taylor e Bogdan (1996), que afirmam que o investigador deve fazer com que os informantes se sintam cômodos e que o aceitem na convivência.

Os primeiros contatos com a FASC e a SME aconteceram no segundo semestre de 2003, quando se procurou os coordenadores pedagógicos de ambas Instituições e aos quais foram explicadas as linhas gerais do trabalho. Foi possibilitado o acesso aos idosos, a reuniões, e a atividades extras, jogos adaptados e documentos da Instituição. Houve um primeiro contato com os coordenadores gerais dos Programas para idosos, existentes nas mesmas. Na FASC, fez-se contato com a coordenadora do Programa PAI. Desse encontro resultaram informações preliminares e documentos referentes aos projetos desenvolvidos pela Instituição. Obteve-se também o acesso a uma lista com o nome e telefone de outros profissionais envolvidos no Programa, o que possibilitou para marcar entrevistas com os mesmos.

A população idosa que participa das atividades desenvolvidas pela FASC foi contatada na Colônia de Férias, um projeto existente no PAI, que acontece desde 1989 na Praia de Tramandaí. Nesse evento, participam das atividades um número elevado de idosos de todos os Grupos da FASC, o que facilitou o acesso. Após algumas palestras em que foi esclarecido o objetivo desta pesquisa foi apresentado um termo de consentimento aos idosos, deixando-os à vontade quanto à decisão de assiná-lo ou não.

Na SME, o contato inicial aconteceu com o coordenador pedagógico. Acertou-se a participação da pesquisadora em uma reunião com professores e coordenadores. Nessa, apresentou-se os objetivos do trabalho para o grupo e foi possível ter acesso a informações que permitiram agendar as entrevistas. Na SME seguiu-se procedimentos semelhantes aos realizados na FASC. Marcou-se um contato com a coordenadora do programa para idosos “De Bem Com a Vida” e nessa conversa obteve-se informações preliminares e documentos referentes aos projetos. Os idosos participantes das atividades da SME foram contatados no local de cada Grupo. Para que houvesse um entrosamento maior entre a pesquisadora e o ambiente, explicava-se aos idosos sobre os objetivos e como seria o procedimento, assistia-se à aula, e participava-se das reuniões e só após aplicava-se o questionário individualmente. Quanto ao termo de consentimento, os procedimentos foram os mesmos utilizados na FASC.

3.3 Instrumento de Coleta de Informações

Nessa investigação, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, análise de documentos e questionários. Através dessas diferentes técnicas obteve-se uma série de informações que puderam ser trianguladas.

3.3.1 Entrevista Semi-estruturada

De acordo com Selltitz et al (1967), como técnica de coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do conhecimento, suas crenças, suas expectativas, seus sentimentos, seus pensamentos e o que pretendem fazer ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razão a respeito das coisas precedentes. Para Lüdke e André (1986), é importante o caráter de interação na entrevista, principalmente na entrevista semi-estruturada, que constitui-se num dos aspectos mais importantes para a pesquisa qualitativa. Bogdan e Biklen (1994), Goetz e Lecompte (1988) e Negrine (1999) afirmam que a entrevista é semi-estruturada quando o instrumento de coleta é planejado para obter informações de questões concretas, previamente definidas pelo pesquisador e, ao mesmo tempo, permite que se realizem explorações não-previstas, oferecendo liberdade ao entrevistado para dissertar sobre o tema ou abordar aspectos que sejam relevantes sobre o que pensa.

Elaborou-se um roteiro que permitisse a inclusão de novas questões ao longo da entrevista. Os contatos preliminares realizados com os coordenadores e professores foram importantes para a construção do roteiro. O roteiro de entrevista foi analisado por dois especialistas no uso deste tipo de instrumento. Feitas as modificações, o instrumento foi aplicado no estudo preliminar. No estudo preliminar optou-se em se fazer duas entrevistas com propósito de adequar os instrumentos utilizados para responder ao problema de pesquisa. Com a revisão das questões da entrevista foi possível acrescentar questionamentos que haviam sido importantes e deixados de fora.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados e tiveram a duração de 25 a 75 minutos. O procedimento era explicado a todos os participantes antes da realização. Foram realizadas gravações, sempre com o consentimento dos entrevistados. O entrevistador deve explicar a finalidade da sua visita, o objetivo do estudo, o nome da entidade a qual pertence e a sua importância para a comunidade. É importante que desde o início se crie uma atmosfera de

simpatia e cordialidade, fazendo com que o entrevistado sinta-se absolutamente livre e sem qualquer coerção. É conveniente deixar claro que a entrevista terá caráter confidencial. Dessa forma é possível estabelecer uma relação de confiança entre entrevistado e entrevistador. À medida que essas questões preliminares foram efetuadas o entrevistador pode passar ao tema central da entrevista.

Elaborou-se dois roteiros de entrevista, um para professores e outro para coordenadores. Pensou-se, com o roteiro das entrevistas dos professores numa visão mais detalhada sobre as atividades e, com o dos coordenadores, pontuar sobre as políticas e a estrutura de funcionamento das instituições, desde a administração até a equipe de ponta.

Foram entrevistadas ao todo vinte e uma pessoas, sendo nove da FASC e doze da SME. Na FASC, foram entrevistados a coordenadora do Programa PAI, a coordenadora do Centro de Convivência, quatro coordenadores, que exercem também a função de professores em grupos de atividades física, e três professores que exercem somente esta função, um deles atua no Centro de Convivência e os demais nos grupos de atividade física. Na SME, foram entrevistados o coordenador do órgão, sete coordenadores do Programa “De Bem com a Vida” que exercem também a função de professores neste programa e nas atividades físicas sistematizadas e quatro professores que exercem somente as atividades físicas.

Realizou-se uma previa seleção de unidades de significados. O levantamento final de significados foi realizado ao término da última entrevista. Essas unidades foram selecionadas, eliminando-se as unidades repetidas nas diferentes entrevistas. Agrupou-se as unidades de significado no geral e por Instituição e por questões do mesmo nível.

3.3.2 Análise de Documentos

A análise documental pode ser definida como um conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de situar ou ir além na sua consulta e referência (BARDIN, 1977). Esse procedimento complementa e se diferencia dos demais, por ser o único não aplicado diretamente às pessoas, pois provém de outras fontes de registros como: atas de reuniões; planejamentos; periódicos; revistas livros; cartas; arquivos; fotografias; documentos confidenciais e fichas de trabalho (GIL, 1995).

Os documentos constituem valiosas fontes onde podem ser retiradas evidências de informações que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador e por surgirem num determinado contexto e fornecerem informações sobre esse mesmo contexto. (LÜDKE E ANDRÉ, 1986). A análise dos documentos realizou-se nas seguintes etapas: a) pré-análise: consiste na organização e escolha dos documentos, formulação de questões de pesquisa e preparação do material para análise; b) exploração do material: constitui a etapa de codificação e classificação na escolha de categorias; c) tratamento dos dados, inferência e interpretação: caracteriza-se pelo tratamento estatístico do material, elaborando diagramas e figuras que sintetizam as informações obtidas.

No desenvolvimento do estudo, foram utilizados sete documentos da FASC, onze da SME e dez do OP do município, num total de vinte e oito. Os documentos da FASC foram: seis projetos sobre atividades desenvolvidas na Instituição, uma lista com a relação de grupos de convivência, uma lista com a relação de entidades conveniadas, um resumo das ações com metas, grupos e alguns valores repassados, uma proposta de reordenamento da área técnica para janeiro de 2004 e um folheto com um breve histórico da Assistência Social.

Os documentos da SME foram: três listas com as relações de atividades sistemáticas para adultos e terceira idade para os anos de 2001, 2002, 2003, um catálogo de divulgação do Programa “De Bem Com a Vida” 2001, um folheto do Programa Lazer e Saúde, Caminhadas e Corridas orientadas em 2002, um Relatório de Diretrizes e Metas integrantes no Plano do Governo Municipal de Porto Alegre relacionados ao Lazer, ao Esporte e a Educação e um Projeto do Espaço Aberto da Terceira Idade com objetivos, turmas, metodologia, estratégias e avaliação em 2004.

Os documentos do OP corroboraram para um maior entendimento de como funciona esse processo, sendo de muita ajuda no entendimento sobre como as Instituições expandem seus serviços. Os documentos são: uma Elaboração e Deliberação do Orçamento Participativo, edição 2003, um Guia do Orçamento Participativo de 2004 com datas de reuniões, um documento com as Resoluções da 4ª Conferência Municipal Assistência Social, política de inclusão de 2001, um Regimento Interno do Orçamento Participativo de 2004, um Plano do Investimento e Serviços de 2003, uma Relação dos Projetos de Investimentos e Atividades para regiões de toda a cidade, de 2002, com a discriminação e valores, um Guia de Serviços Públicos, de 2002, um Catálogo do

Orçamento Participativo com data dos congressos da cidade e outros eventos, um Catálogo com alguns indicadores da Cidade em 2003 e um Catálogo de 2003 com dados da cidade. Os documentos estão listados num quadro no Anexo 3.

3.3.3 Questionário

Define-se questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões, abertas ou fechadas, apresentadas por escrito, tendo por objetivos o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc. (GIL, 1995).

Na aplicação dos questionários, optou-se pela amostra intencional, utilizando-se como critério de seleção os idosos com mais tempo de Grupo e os que têm menos tempo, com no mínimo um ano de participação. Quanto ao número dessa amostra, ficou determinado que a intenção seria de aplicar o maior número de questionários possível. Essa decisão ocorreu pelo fato de não termos o número exato de idosos em todos os Grupos. Participaram deste estudo 205 idosos com idade variando entre 60 e 88 anos, sendo 189 do sexo feminino e 16 do sexo masculino.

Realizou-se um estudo preliminar com os integrantes da FASC como pré-teste do questionário. Foram aplicados dez questionários. Para obter um entendimento sobre a compreensão que os idosos tinham sobre as questões, o próprio pesquisador perguntou item por item, anotando os aspectos que não estavam claros.

Conforme Gil (1995) refere, é necessário que os elementos selecionados sejam típicos em relação ao universo e que aceitem, dedicar para responder ao questionário, maior tempo que os respondentes definitivos. Isto porque, depois de responderem ao questionário, os respondentes deverão ser entrevistados a fim de se obterem informações acerca das dificuldades encontradas.

O instrumento utilizado é composto por 31 questões que tratam do perfil sócioeconômico e de saúde dos idosos e de opiniões e sugestões sobre os serviços de atividades físicas oferecidos pelas Instituições investigadas. O instrumento foi constituído de cinco partes. A primeira parte continha 4 questões relativas a identificação; na segunda, 4 questões sobre o perfil sócio-

econômico; na terceira parte se referiu aos dados sobre o estado de saúde com 7 questões, na quarta parte disse respeito a alguns hábitos de vida com 7 questões e, por fim, 9 questões sobre os aspectos do grupo, opiniões e sugestões dos idosos sobre as atividades. Para cada questão aberta foram criadas unidades de significado, listadas no anexo 4.

O questionário foi aplicado individualmente. Os dados foram colhidos pela pesquisadora, contando apenas com a ajuda de uma segunda pessoa para essa aplicação, na Colônia de Férias da FASC em que havia um número grande de idosos reunidos. Nesse evento os participantes já haviam sido informados do procedimento pelos professores e coordenadores, mas mesmo assim houve uma breve apresentação a todos reunidos no salão de festas da Colônia, onde foram possíveis um primeiro contato e uma breve apresentação do que tratava o estudo. Essa segunda pessoa foi devidamente orientada a fim de manter o mesmo procedimento, garantindo assim a padronização na coleta dos dados. Os dados foram digitados e tratados estatisticamente com a utilização do Software PSS. A fim de verificar a existência de diferenças entre e intragrupos foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov (K-S). Em função da natureza descritiva do estudo, foram utilizados procedimentos não paramétricos de análise, frequências e porcentagens. No questionário, as qualidades analisadas foram: padronização (procedimento de aplicação) e fidedignidade (consistência interna, através de inter juízes). O instrumento foi enviado para dois professores Doutores especialistas na área investigada, para darem seu parecer quanto à coerência com os objetivos da pesquisa.

3.4 Análise e Tratamento das Informações

A análise e tratamento das informações foi utilizada nos diferentes estágios da investigação, e tornou-se mais sistemática e mais formal após a etapa de coleta das informações. Isto auxiliou na delimitação progressiva do foco de estudo; na formulação de questões analíticas; no aprofundamento da revisão de literatura; na testagem de idéias junto aos sujeitos; no uso extensivo de comentários, nas observações e especulações ao longo da coleta. A descrição e a análise das informações foram realizadas a partir das entrevistas, da análise dos documentos e dos questionários. Os níveis de análise já haviam sido definidos anteriormente.

3.4.1 Níveis de análise

Os elementos pesquisados forneceram variadas respostas. Para que essas pudessem ser adequadamente analisadas, tornou-se necessário organizá-las de modo que se tivesse um melhor entendimento, o que foi feito através do seu agrupamento em número de níveis.

Com o objetivo de organizar as informações recolhidas durante a pesquisa de campo de maneira completa, coerente, lógica e sucinta, as informações foram analisadas com níveis de análise, com um primeiro nível elementar de abstração, como sugerido por Gomes Flores e Jiménez (1996).

Classificar elementos em categorias ou níveis impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que permite seu agrupamento é a parte comum existente entre eles. A forma de codificação pode variar muito. Alguns preferem fazer anotações ao lado dos relatos, identificando cada categoria com um código e registrando numa folha à parte a categoria e as páginas onde podem ser encontradas. Outros preferem copiar as anotações, recortando e reunindo as partes referentes aos mesmos conceitos. Outros utilizam fichários em que vão separando, ao longo da coleta, todo o material relativo a um mesmo tema ou conceito. (LÜDKE E ANDRÉ, 1986)

Para efeito de interpretação dos resultados optou-se em dividir em 4 níveis pré-determinados aos quais chamou-se de: N1-institucional, N2-programas de idosos, N3-projeto específico de atividade física e N4-grupos de idosos.

O nível 1-institucional tratou: das atribuições, das diretrizes gerais, das diretrizes para idosos na atual gestão política, das diretrizes atuais para os idosos, da participação no processo de formulação das diretrizes e da articulação entre as Secretarias.

No nível 2-programas de idosos, foram questionados: os objetivos do programa, o processo de planejamento do programa, o processo de implementação, o processo de avaliação, a articulação com os demais programas, as atribuições dos coordenadores, a participação no Programa e uma questão aberta para colocações.

O nível 3-projeto específico de atividade física foi referente: à participação na elaboração do projeto de atividades físicas sistematizadas, ao planejamento do projeto, aos objetivos, à

execução, à avaliação do projeto, à avaliação dos resultados alcançados até o momento, à articulação do projeto com outros programas, aos recursos financeiros, humanos, materiais e das instalações e como é tratada a atividade física para idosos na prevenção das doenças crônico-degenerativas.

O nível 4-grupos de idosos tratou: dos critérios de escolha dos locais para implantação dos projetos, da experiência profissional dos professores, das atribuições dos professores no grupo, da recepção do idoso, do funcionamento do grupo, dos resultados atingidos até o momento pelo grupo na opinião dos professores, da rotina da aula, do processo de avaliação dos idosos, da divulgação dos projetos, de como são sistematizadas as atividades nos grupos e da articulação com o projeto de atividade física e com outros grupos.

As informações foram analisadas de acordo com os níveis de análise como um primeiro momento elementar de abstração, eliminando-se as unidades repetidas nas diferentes entrevistas. A seguir, as unidades de significados levantadas foram agrupadas por proximidade temática. Optou-se em agrupá-las de acordo com cada Instituição e nível de análise, apontando contradições e similaridades da percepção do contexto.

Esse procedimento resulta na triangulação, entre as informações obtidas através das técnicas de coleta de informações da pesquisa de campo, da teoria e das interpretações do pesquisador.

3.5 Validez Interpretativa

A validade interpretativa se apresenta em dois âmbitos, externo e interno como refere Molina, (1999). Do ponto de vista externo é necessário que outra pessoa verifique a coerência interna e uma relação com as proposições gerais apresentadas. Do ponto de vista interno e teórico é garantido através do contraste entre as interpretações e a referências bibliográficas.

Lüdke e André (1986) sugerem uma presença prolongada no campo, o intercâmbio de opiniões com outros investigadores e a triangulação como indicativos de validade das interpretações.

A validade do âmbito externo neste estudo foi construída em dois momentos. O primeiro momento foi a entrega das transcrições das entrevistas na íntegra a um dos coordenadores, esse com total conhecimento dos procedimentos naquela Instituição. Suas considerações foram importantes para validar a coerência interna desse estudo. No segundo momento foi o envio das unidades de significado a um outro professor, referentes às entrevistas realizadas na Instituição a qual ele pertencia.

Na validade interna, tentou-se garantir a coerência entre as interpretações da pesquisadora e as referências bibliográficas utilizadas, submetendo ao exame de um especialista externo a área de estudo.

CAPÍTULO IV - PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS NA FASC E NA SME

Neste capítulo, são apresentados e discutidos os resultados do estudo. De acordo com as entrevistas, análise dos documentos e algumas considerações com o referencial teórico. Contemplar as ações que envolvem atividades físicas nessas Instituições permitiu identificar a compreensão dos coordenadores e professores a respeito das diretrizes, planejamento, execução, avaliação e objetivos dessas atividades para os idosos. Assim como, a percepção dos idosos sobre os serviços oferecido pela FASC e pela SME.

Nesse sentido, professores, coordenadores e idosos atribuíram significados às condições de trabalho, aos materiais disponíveis, à articulação entre as duas Instituições e outras Secretarias. Essas descrições serão apresentadas subdivididas pelos níveis de análise. O primeiro momento terá uma breve apresentação da Instituição com descrição da estrutura administrativa, atribuições e diretrizes. O planejamento, a execução e avaliação dos Programas para idosos serão expressos no segundo momento. A seguir será apresentado o processo de funcionamento dos Projetos de atividades físicas para idosos. Por fim será descrito o perfil dos idosos usuários dos serviços prestados pelas Instituições e a opinião sobre esses.

4.1 Atividade Física para o Idoso

4.1.1 Estrutura Administrativa, Atribuições e Diretrizes Gerais da FASC e da SME

A análise dos documentos evidenciou que a FASC, em 1994, passou por um processo de reordenamento institucional deixando de ser subordinada à Secretaria Municipal de Educação (SMED) e vinculando-se diretamente ao Gabinete do Prefeito. Nesta nova configuração, a FASC constituiu-se em uma fundação com personalidade jurídica de direito público com regime estatutário, assumindo a função de gestora da Política de Assistência Social do município.

Com competência para formular, promover e coordenar as políticas para o setor, a Fundação é o órgão responsável pela execução de programas e serviços que promovam o acesso ao atendimento das necessidades básicas de crianças, de adolescentes, de idosos, de famílias, de pessoas portadoras de deficiência e da população adulta em situação de rua e de vulnerabilidade

social. Como declara Raichelis (2000), a assistência social tem sido historicamente o lugar de atendimento das carências dos segmentos mais empobrecidos da população.

Em sua história de trabalho comunitário a FASC registra ações destinadas aos idosos, há mais de vinte anos. Esse trabalho teve início em 1976, no Centro de Comunidade da Vila Floresta, onde se formou o primeiro grupo de convivência da cidade. O objetivo era organizar ações com os idosos na área de lazer e recreação, sendo esses os principais interesses do grupo participante naquela época.

De acordo com os depoimentos e evidenciado nos documentos, a descentralização e a regionalização das ações e recursos, a socialização, o resgate da auto-estima e da cidadania, a informação e o acesso às políticas públicas fazem parte das diretrizes da FASC. A descentralização é entendida como um processo de aproximação das comunidades em relação ao centro do governo e de seus serviços, desconcentrando o poder de decisões e possibilitando a participação popular, assim como expandir o atendimento para várias regiões da cidade. Entende-se como regionalização o fortalecimento na participação de decisões das lideranças comunitárias e o desenvolvimento de serviços oferecidos nas regiões. Sobre descentralização, tema que parece bem norteador nos serviços prestados pela instituição, Kliksberg, (2002) afirma que uma das principais oportunidades de transformação positiva do Estado social nos países em desenvolvimento está na descentralização dos serviços sociais para as regiões e municípios.

A socialização, neste caso, é entendida pelas atividades que venham retirar o idoso do isolamento. Neste segmento, o Centro de Convivência atende o idoso debilitado, com a perspectiva de que as questões que dizem respeito à cidadania e à autonomia possam ser resgatadas para que o idoso continue no convívio da família. Quanto a essas atividades, tanto a análise dos documentos como os depoimentos, confirmaram que o lazer, a recreação e a atividade física fazem parte das atividades de resgate desse idoso.

Na FASC, esse processo de transformação para priorizar a descentralização vem ocorrendo desde 1999. Essa nova estruturação teve como intenção maior, ampliar o atendimento abrangendo o maior número de regiões na cidade. Em 1999, a FASC passou por alterações internas. Foi implantada uma nova estrutura administrativa, constituída da Coordenação da Rede Básica (CRB), responsável pelos programas em meio aberto, e pela Coordenação da Rede

Especializada (CRE), responsável por programas de abrigagem. As duas Coordenações realizam ações voltadas para os idosos, sendo que as de atividade física estão vinculadas à CRB. A CRB é formada por uma estrutura técnico-administrativa com diferentes coordenações e equipes, sendo uma delas a Equipe Idoso. Esta tem por função planejar, coordenar e avaliar os projetos e serviços que compõem o Programa de Atenção ao Idoso (PAI). Fazem parte dessa equipe 06 profissionais com formação em educação física, 07 em recreação e coordenação de grupos, 01 em enfermagem, 01 em nutrição e 06 em serviço social.

O PAI, diferentemente dos programas para a população de idosos moradores de rua, caracteriza-se pelo conjunto de programas e serviços destinados à população que tem vínculos familiares e/ou comunitários. De acordo com os documentos e entrevistas, esse atendimento deve ser oferecido próximo aos locais de moradia de idosos em situação de carência social. O Programa compreende ações realizadas nos Centros e Módulos de Assistência Social da FASC e em locais pertencentes a entidades filantrópicas conveniadas.

Os idosos participantes dos Grupos do PAI têm características de isolamento, maus tratos de familiares, carência de habitação e a renda é em média de até dois salários mínimos. As atividades realizadas com esses grupos compreendem aulas de artesanato, coral, dança, oficina de informática, música, ginástica, atividades de recreação, jogos adaptados, bailes, colônia de férias e atividade física.

Antes denominada como SERP (Supervisão de Esportes e Recreação Pública), a SME passou, a partir de 1993, a ser denominada Secretaria de Esportes, Recreação e Lazer. Este órgão tem uma longa tradição de atividades de lazer e recreação como iniciativa pública em Porto Alegre. As primeiras iniciativas datam de 1926, a partir da ação de Frederico Guilherme Gaelzer, no sentido de fazer um levantamento das áreas livres Municipais com vistas a um futuro atendimento em praças. A partir dessa iniciativa surgiram várias praças e outros espaços com instalações com canchas de esportes, recantos infantis e outros.

Na SME, as atribuições gerais descritas nos documentos estão voltadas para o esporte, a recreação e o lazer, atendendo a um público com faixa etária de 2 anos à terceira idade. Entre as atividades oferecidas pela Secretaria estão as escolinhas esportivas, os cursos e seminários com lideranças comunitárias, o projeto Ônibus Brincalhão, a orientação às caminhadas através do

Projeto Lazer e Saúde, as atividades físicas para várias faixas etárias e a preparação para o envelhecimento através do Programa De Bem com a Vida, entre outras.

Os coordenadores também citaram como atribuições da Secretaria, a orientação e a coordenação das políticas públicas na área de esporte, de recreação e de lazer da cidade. Um dos entrevistados recordou que em 1989, a Secretaria começou a organizar a comunidade em regiões para a prática de atividade física e lazer. Nesse trabalho foi ampliado o atendimento e a diversidade das atividades, priorizando todas as faixas etárias, sendo possível ampliar o trabalho com idosos na Secretaria. O processo teve início com o Orçamento Participativo (OP)² que foi implantado na época com a nova Administração da Prefeitura, o que nos leva a perceber que a estrutura nas ações é uma perspectiva ainda recente na Secretaria.

A análise das diretrizes da SME evidenciou uma situação de semelhança com as da FASC, no que se refere à descentralização das ações e a potencialização no atendimento à população em situação de pobreza, que seriam a priorização das políticas sociais. Apesar disso o público questionado atendido pelas Instituições apresentaram um perfil diferenciado no que se refere à renda. Na população atendida pela FASC, 51% ganham 1 salário mínimo e na SME 32% de 5 a 7 salários mínimos. Nesse caso, mesmo evidenciando uma semelhança nas diretrizes, o atendimento da SME é diferenciado, por não prestar serviços exclusivos à população carente, como é o caso da FASC. A distribuição do atendimento pelas Instituições na cidade segue a mesma estrutura, tendo como parâmetro as divisões do OP.

De acordo com o documento Diretrizes Pedagógicas, atualmente um dos compromissos da SME é descentralizar suas ações, envolvendo efetivamente a comunidade na construção e na realização das políticas de inclusão e na ativação dos Espaços Públicos de Esporte, Recreação e Lazer de Porto Alegre. As políticas públicas são conceituadas como diretrizes, princípios, metas coletivas conscientes que procuram atender ao interesse público e direciona as atividades do Estado (GARCIA apud FREICHEISEN, 2000). Foi possível perceber através das diretrizes e

² O Orçamento Participativo (OP) é um sistema de gestão da administração pública adotado pela Prefeitura de Porto Alegre, no qual o Governo Municipal participa apresentando propostas, fornecendo informações, assessoramento técnico e infra-estrutura, sem direito a voto nas diversas instâncias deliberativas. O OP atua em 8 Centros Administrativos Regionais, integrados às 16 regiões na cidade.

entrevistas, que as políticas públicas direcionadas pelo Estado através de ambas as Instituições estão voltadas à priorização das políticas sociais e à descentralização dos serviços.

Na contemplação do atendimento ao público acima de 40 anos, está o Programa De Bem com a Vida, que presta serviços na preparação para a terceira idade. O Programa tem os jogos municipais que são de incumbência da SME em promovê-los. Para a sua organização são chamadas algumas entidades que atuam com idosos em POA como: Instituto Porto Alegre (IPA), UFRGS, Sociedade de Ginástica de Porto Alegre (SOGIPA), Associação Cristã de Moços (ACM), Serviço Social do Comércio (SESC), FASC, Secretaria Municipal da Saúde (SMS), Secretaria Municipal de Cultura (SMC), Associação Nacional de Gerontologia (ANG), Conselho Municipal do Idoso (COMUI), Pontifícia Universidade Católica (PUC), e outras. Os Jogos Estaduais de integração do idoso do Rio Grande do Sul, realizado em Tramandaí, também fazem parte do Programa, assim como, as Palestras e Oficinas, realizadas pela equipe em várias instituições da cidade, os seminários de qualificação e as discussões de Políticas Públicas para a 3ª idade, para professores, acadêmicos, dirigentes de instituições públicas e/ou privadas.

O Programa De bem com a vida é a referência no trabalho com a 3ª idade na SME e como consequência dos estudos multidisciplinares da equipe surgiu o Projeto de Musculação que vem da proposta da ciência da Gerontologia. Nos documentos são citadas, nas metas gerais, referências aos idosos em promover momentos de reflexão sobre o envelhecimento, desenvolver trabalhos com adultos e terceira idade na área de atividade física e ampliar o número de salas de musculação.

A SME desenvolve atividades para idosos em 8 regiões da cidade atendendo cerca de 2700 idosos. Essas atividades são desenvolvidas em 37 grupos: 10 de Musculação, 8 do Espaço Aberto da Terceira Idade, 7 de Ginástica, 3 de Jogos Adaptados, 2 de Alongamento, 2 de Convivência, 2 de Caminhada, 1 de Dança, 1 de Bocha feminino, 1 de Bocha masculino. O quadro de profissionais que trabalham com turmas específicas de terceira idade é composto de 12 professores, 5 estagiários e 1 voluntário. As atividades físicas sistematizadas não fazem parte desse programa, elas são uma ação ou um serviço que a SME oferece para a população em todas as faixas etárias, incluindo turmas específicas para a terceira idade. Os professores relataram que as atividades que envolvem os idosos dependem do Projeto de atuação de cada professor e da realidade da comunidade.

4.1.2 Articulação das Diretrizes, Programas e Projetos da FASC e da SME

Percebeu-se nos depoimentos que o Conselho Municipal do Idoso (COMUI) vinculado à Secretaria do Governo, é o órgão articulador entre as diretrizes dos idosos e as do Governo Municipal e Secretarias.

No que se refere à articulação da FASC com a SME, os coordenadores afirmaram que ela é inexistente e se acontece é somente em nível de coordenação geral. Sobre essa questão, houve referência que em alguns lugares existem duas coordenações, uma da FASC e outra da SME. Esse fato foi citado pelos coordenadores como uma dificuldade adicional para um melhor desenvolvimento do trabalho, pois essa articulação fica na dependência da intenção de quem está atuando naquele local, existindo até uma disputa entre os profissionais dos organismos por espaços físicos. Nesse contexto, essas declarações nos remetem a pensar em uma desarticulação nos setores mais distantes da administração, talvez ousar dizer que essa articulação ocorre mais na teoria do que na prática.

Nos Centros Regionais da FASC, sistematicamente acontece uma reunião com os técnicos de equipes de diferentes faixas etárias. Os idosos participam de vários programas como: resgate de documentos, integração com os programas de crianças e juventude, sendo que essa articulação vai acontecer de acordo com a realidade de cada região. Como declararam os entrevistados, nessa articulação é preciso que ambas as partes estejam preparadas, as crianças, os jovens, os idosos e os profissionais.

Na FASC, a articulação também ocorre nos jogos Municipais e Estaduais e nas caminhadas que acontecem duas ou três vezes por ano. Essas atividades dependem do evento do momento e do profissional local, como já foi citado. O que pode se perceber quanto a articulação nas unidades e até mesmo entre os projetos, é que ela não exerce uma pontualidade, ficando na dependência de fatores subjetivos do local.

Na SME, os coordenadores também citaram o COMUI como maior articulador entre as diretrizes do Governo e das Secretarias. Essa articulação acontece de maneira mais direta com a Secretaria, pois uma das coordenadoras do Programa para Idosos orienta a Comissão de Esportes do COMUI.

A articulação do Programa De Bem com a Vida e os outros Projetos, acontece através da divulgação das atividades nos Grupos. Com as demais Secretarias, alguns coordenadores também citaram que essa articulação ocorre informalmente. Nesse sentido vários coordenadores da SME afirmaram ser desejável que a Secretaria da Saúde estivesse mais presente, com uma participação maior, não apenas dependente da participação do profissional que está atuando naquele posto de saúde ou naquele grupo, mas como uma política de integração entre as Secretarias e que não apenas informal como acontece atualmente em alguns lugares.

Tanto na FASC como na SME essa articulação pareceu ser pontual, o que significa que seguindo a idéia de depoimentos anteriores, essa articulação fica na dependência do profissional local. Nos eventos maiores não pareceu haver dificuldades, mas nas atividades em projetos locais não há um direcionamento a esse respeito. O fato de a descentralização ter sido citada como diretriz, nos remete a pensar na importância da articulação para a execução dessa diretriz. Corroborando com essa análise, está a afirmação de que “o Estado amplia sua interlocução com a sociedade em suas diferentes formas organizativas no enfrentamento das questões sociais”. As principais oportunidades de transformação positiva do Estado nos países em desenvolvimento estão na descentralização (PNAS 1999).

Como foi verificado através da análise dos documentos e das entrevistas, a FASC e a SME têm diretrizes em comum. Se, como cita FREICHEISEN (2000), as políticas públicas são um conjunto de decisões relacionadas com diversas situações, pessoas, grupos e organizações, desde a sua formulação até serem postas em prática. Nesse caso, subentende-se que essas políticas possam estar desarticuladas ao serem colocadas em prática, já que essa articulação aparece nos documentos, mas não nos depoimentos dos profissionais que atuam na prática.

4.2 Programas para Idosos Desenvolvidos pela FASC e SME

4.2.1 Programas e Objetivos

Na FASC, o PAI possui três subprogramas, que são os Grupos de Convivências, o Centro de Convivência e o repasse de subvenções sociais para entidades de asilamentos. Dentro desses subprogramas existem o projeto de atividades físicas e o da Colônia de Férias, que também são denominados como ações ou serviços.

As ações do PAI relacionadas às atividades físicas estão organizadas considerando as 16 regiões de abrangência do OP. No período da realização do estudo, a FASC possuía 21 grupos de convivência localizados em Centros Comunitários e 1 grupo com atendimento diversificado funcionando no Centro de Convivência, atendendo um total de 720 idosos. Dentre as atividades físicas oferecidas, encontram-se 12 grupos de ginástica, 2 de jogos adaptados, 2 de expressão corporal e 5 de dança. A equipe técnica do PAI era formada pelo coordenador geral, pelos supervisores de cada região e pelos professores que coordenam as atividades nos Grupos de Convivência e no Centro de Convivência.

De acordo com os documentos e os depoimentos dos colaboradores, os principais objetivos do PAI são: o amparo, a promoção e a proteção do idoso. O amparo ocorre a partir do convívio com outros idosos, realizado através de grupos orientados pela equipe da FASC, em que eles obtêm informações sobre política, saúde e educação, entre outras. A promoção também é realizada através de grupos orientados, em que o idoso tem acesso às políticas sociais de resgate da cidadania e aos programas educativos de lazer, recreação e esporte. A proteção é direcionada ao idoso abandonado, envolvendo a assistência nas necessidades básicas diárias, sem asilamento. Entre as ações oferecidas estão incluídas as atividades físicas.

Existe para 2004 um projeto de autonomia dos grupos, em que não está claro quem vai atuar na área da atividade física, já que esse profissional vai passar a coordenar outro grupo que estará sendo implantado em outro local. Esse projeto tem como objetivo maior, a ampliação do trabalho, descentralizando os serviços oferecidos pela Instituição.

A SME tem o Programa Lazer e Saúde e o De Bem com a Vida. O Programa Lazer e Saúde não é específico, mas 80% do público atendido são idosos. As atividades desenvolvidas são a caminhada e a corrida orientada, realizadas em parques e praças. No Lazer e Saúde acontece a conscientização da importância da atividade física e o controle da pressão arterial, com os resultados registrados em fichas individuais.

De acordo com os coordenadores e os documentos analisados, o Programa De Bem com a Vida tem nos objetivos uma proposta educativa para o envelhecimento saudável: a participação comunitária, o resgate da cidadania, a descentralização e a integração das pessoas que moram em diferentes regiões da cidade. Tem também como objetivo, desenvolver um trabalho com adultos e

3ª idade na área de atividade física, esporte, recreação e lazer, buscando uma melhor qualidade de vida. Fazem parte desse programa os seguintes projetos: Espaço Aberto da Terceira Idade, Jogos de Integração, o Bate Papo e um Encontro anual sobre o Envelhecimento.

A proposta principal do Espaço Aberto é desenvolver no idoso a consciência de multiplicador de seus conhecimentos e experiências na comunidade. O Projeto é uma “escola aberta” itinerante, com um currículo que promove um envelhecimento saudável, acontece uma vez ao ano e têm duração de quatro meses com temática e atividades diversificadas. Esse Projeto é considerado na Secretaria como uma universidade para o idoso. Já se formaram oito turmas e todas possuem objetivos diferentes na participação comunitária. A equipe de idosos formada na primeira turma, por exemplo, vai às escolas para falar de como envelhecer bem e aproximar a criança do idoso. Nessa proposta de multiplicador de seus conhecimentos, a escolha da temática que vai ser trabalhada fica a critério da turma, juntamente com a assessoria de uma professora da equipe do De Bem Com a Vida.

Os Jogos de Integração são direcionados a pessoas de idade acima de 40 anos e têm o objetivo de despertar o gosto pela prática do esporte, de forma lúdica. São esportes como Voleibol, Basquete e Handebol, adaptados a essas faixas etárias. No Bate Papo acontecem encontros de maneira descentralizada na cidade com reflexão e debate sobre envelhecimento, qualidade de vida e políticas sobre lazer e espaços públicos. O Encontro anual sobre o Envelhecimento reúne mais de 600 pessoas vindas de vários grupos da SME.

Esses objetivos estão de acordo com as idéias de Néri (1993), que acredita ser importante que haja uma inter-relação de quem está envelhecendo com as mudanças de uma sociedade que também está em constante modificação. Nessa perspectiva, a promoção referida nos objetivos do PAI e a participação comunitária declarada na SME demonstram a intenção de proporcionar ao idoso essa inter-relação com a sociedade.

4.2.2 Planejamento, Execução e Avaliação dos Programas para Idosos

Na FASC, o planejamento é realizado com a participação da equipe, incluindo os idosos. Tomou-se conhecimento através das entrevistas que o planejamento era realizado em reuniões semanais com os técnicos de cada Centro Regional. A partir de 2004, essas reuniões passarão a

acontecer bimestralmente e o planejamento acontecerá na unidade com a supervisora e o técnico local. Alguns coordenadores acreditam que essa nova organização pode causar algumas restrições ao planejamento, se considerarmos que a equipe vai se reunir a cada dois meses. O projeto de atividades físicas e a questão do envelhecimento eram discutidos em uma outra reunião, que também foi eliminada do calendário, deixando a equipe sem tempo para essa abordagem. Como afirmou um dos coordenadores, a administração, ao acabar com essa reunião, justificou que a Instituição estava voltada para outros objetivos no momento.

Foi comentado também que:

“a prioridade na Instituição ainda é o adolescente e a criança, porque isso tudo gira em torno da questão da verba. Os Projetos que são encaminhados aos governantes Estaduais e Federais são voltados para a criança, pois têm uma receptividade muito maior e uma resposta mais imediata nas verbas que vêm para a instituição”.

Mesmo assim:

“Nunca vi nada por escrito, já vínhamos discutindo isso por muito tempo, mas nunca nos mostraram nada por escrito, só fomos comunicados que são diretrizes da administração popular e essa administração popular não se sabe se é a Prefeitura ou se é de quem está na direção da Instituição”.

Como afirma Viana (1996), é importante ter conhecimento de que esses processos de formulação e implantação das políticas públicas fazem parte do funcionamento da máquina estatal. Nesse contexto, parece haver algumas dúvidas sobre o desenvolvimento desse planejamento, pois o mesmo está em fase de adaptação. Uma das visões apresentadas é que parece haver uma desinformação sobre as decisões administrativas. Por outro lado, os setores diretivos informam que existe essa articulação, mas os setores distantes se sentem excluídos dessas decisões.

No que diz respeito à execução, foi relatado pela maioria dos coordenadores da FASC que as mudanças partem da Coordenação da Rede Básica (CRB) e são discutidas com os coordenadores regionais antes de entrar em prática. Geralmente as ações maiores eram discutidas

nessas reuniões, e as ações chamadas pontuais planejadas e executadas com autonomia do coordenador local.

Para a avaliação, os coordenadores nomearam alguns indicativos que vão desde a relação dos idosos no grupo, a frequência, a alteração dos hábitos, o relacionamento no grupo e com a família, a integração social e o acesso à atividade física que eles não participavam anteriormente. As avaliações também são realizadas com o grupo após cada atividade e nas atividades comemorativas com o grande grupo. Na FASC, foi referido por todos os coordenadores que as avaliações são discutidas em reuniões semanais e através de seminários que acontecem uma ou duas vezes ao ano, para uma avaliação geral. No processo de avaliação, os idosos têm uma participação subjetiva e constante. Subentende-se das declarações dos coordenadores que essa avaliação, assim como o planejamento, vai ganhar novos parâmetros, já que os encontros de equipe diminuirão.

Na SME, os coordenadores do Programa De Bem com a Vida declararam que as reuniões para o planejamento são semanais, com estudos e organização de ações e projetos a serem desenvolvidos. Participam desse planejamento oito coordenadores. As decisões novas são encaminhadas ao assessor e levadas à Assessoria pedagógica, depois de aceitas retornam aos coordenadores para serem aprimoradas e colocadas em prática. O planejamento das ações sistemáticas da Secretaria que também envolvem idosos acontece em outra reunião semanal, enquanto o planejamento do Lazer e Saúde é anual.

Quanto à execução, as declarações dos coordenadores e os documentos demonstraram que no Programa De Bem com a Vida, o Espaço Aberto tem um currículo definido por 13 oficinas, que inclui: aspectos biológicos e psicológicos do envelhecimento, saúde e prevenção, políticas sociais e cidadania, espiritualidade, ervas medicinais, dinâmicas de grupo, atividades físicas, práticas corporais alternativas, teatro, música, comunicação e expressão e sexualidade.

Os coordenadores afirmam que as decisões sobre quem participa da execução dos programas e de como os mesmos serão executados são decididas no planejamento. As atividades são ministradas por professores de educação física da SME eicineiros voluntários de diferentes áreas como: assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, gerontólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, dentistas e outros. As atividades sistematizadas na SME são executadas por professores de educação física de acordo com a especificidade de cada um.

Nessa perspectiva, é discutida com os participantes a questão da avaliação, da qualidade e de novas oficinas a serem incluídas. Os coordenadores afirmaram que a avaliação é cotidiana e existe por evento ocorrendo na reunião semanal do Programa. Nesses encontros são avaliadas e discutidas as dificuldades encontradas na realização das atividades. Existe também uma reunião que acontece com as parcerias que construíram o evento juntamente com os professores e a coordenação do Programa. A falta de tempo foi um fato relatado pelos profissionais como um impasse na revisão do instrumento de avaliação, enquanto outros afirmaram que a avaliação vem ocorrendo de maneira subjetiva, constituída por parâmetros como frequência e participação dos idosos. A importância dessas avaliações está representada na afirmação de Belloni (2000) quando ele diz que a avaliação é parte integrante do processo de desenvolvimento da política pública, pois possibilita uma averiguação sistemática do cumprimento de sua função social.

4.2.3 Experiência Profissional, Participação, Atribuições dos Coordenadores e Professores nos Programas e Grupos

Na FASC, em média os professores têm entre 15 e 20 anos de experiência profissional com idosos. É de responsabilidade desses profissionais planejar, coordenar as atividades, assim como fazer com que os idosos se sintam indivíduos atuantes no grupo. Essa atuação vai mudar de acordo com a formação que ele tiver.

Um dos professores mais antigos na Instituição afirmou ter participado na construção do Programa. Outros declararam que participam na parte prática e no planejamento das atividades em reuniões semanais, sendo que a organização maior fica por conta da coordenação geral. Os professores se intitulam como articuladores e motivadores. Afirmam participar de algumas atividades dos Grupos de Convivência e coordenar essas atividades em conjunto com os idosos.

Os Grupos da FASC têm uma aula de ginástica por semana e alguns idosos participam dos jogos adaptados e dos jogos de bocha. Essas atividades vão variar de acordo com o espaço e a especificidade do professor. No caso dos jogos adaptados, as aulas são ministradas por um coordenador e se realizam em um local determinado, porque nem todos os Centros têm ginásio.

Quanto à recepção desse idoso no grupo, os professores afirmaram que entre os procedimentos estão a maneira calorosa com que os colegas o recebem e o preenchimento de uma

ficha em que constam informações sobre a saúde dele. Alguns professores solicitam atestado médico e todos declaram ser importante passar informações sobre os benefícios que a atividade física vai proporcionar à saúde desses idosos. Deve-se notar que a solicitação do atestado médico, não é uma norma da coordenação e fica a critério de cada profissional.

Na SME, alguns professores adquiriram experiência com idosos depois de terem ingressado na Secretaria. Os idosos foram surgindo nas turmas de adultos e com isso o professor teve que buscar subsídios técnicos para atender essa população. Na SME, os coordenadores atuam com os professores e na ligação entre a Secretaria e o público. Essas funções vão desde levar e trazer informações, estimular a integração social, permear as políticas que sejam interessantes para a Secretaria e a população, assim como o gerenciamento da atividade física e do Programa para a terceira idade. As questões materiais, pedagógicas e os problemas locais também fazem parte das atribuições dos coordenadores. Nesse aspecto eles referiram uma atuação sobrecarregada nas atividades.

Os Grupos, na sua maioria têm aulas sistematizadas duas vezes por semana e o público de maior frequência é de classe média. Como declaram os professores, eles são bastante assíduos, até porque existe uma lista de espera e a ausência frequente abre precedentes para o ingresso de outro aluno. As atividades mais comuns são a ginástica e o alongamento. A diversidade nas atividades vai depender da especificidade do professor que atua no local. Na SME também não é uma regra a solicitação de atestado médico quando do ingresso do idoso no Grupo. Assim como os profissionais da FASC, os da SME também consideram importante a acolhida do idoso pelo Grupo. De acordo com os depoimentos, o primeiro momento na recepção desse aluno é fundamental para o ingresso dele nas atividades.

4.2.4 Atividade Física, Saúde dos Idosos e Prevenção das Doenças Crônico-degenerativas

Na FASC, os coordenadores declararam não ter um trabalho direcionado, o trabalho acontece em função de um cuidado aos que apresentam alguma doença e nessa perspectiva a informação faz parte desses cuidados. Um dos coordenadores afirmou que a regra geral é que se um idoso apresenta alguma doença, então o mesmo deve ser acompanhado pelo professor e deve ser observada como está sua participação física e psíquica a partir do momento do ingresso dele

no Grupo. Assim, a questão da atividade física em relação às doenças crônico-degenerativas parece estar relacionada com os cuidados que os professores dispensam a esses idosos durante as aulas.

Alguns coordenadores afirmaram que solicitam a apresentação de atestado médico aos idosos quando iniciam as atividades. Esse procedimento depende de cada coordenador, pois não é uma determinação da Instituição. Pelas respostas dos coordenadores, a questão das doenças crônico-degenerativas é tratada pela informação e orientação aos idosos. Todos confirmaram existir essa preocupação, mas nenhum apresentou um procedimento em nível de coordenação. Foi afirmado também que cada um trata essa preocupação do seu modo.

Embora as afirmações sejam subjetivas em relação à interferência na saúde dos idosos, sabe-se que o ingresso num grupo de participantes de programas para a terceira idade é um marco na vida dessas pessoas, pois substitui o período de solidão, seguinte à viuvez, por um outro de amizades, festas, encontros e passeios (DEBERT, 1999).

Na SME, de acordo com as declarações de um dos coordenadores, a questão das doenças crônico-degenerativas está sendo discutida, trabalhada e é prioritária dentro dessa área de atuação. Em contrapartida outro coordenador, referiu que essa preocupação existe e parte do professor, ela é trabalhada através da informação aos idosos e não é uma atitude da SME e não existe uma política para e essa questão.

No De Bem com a Vida existe o Bate Papo, que são encontros sobre o Envelhecimento e o Espaço Aberto, que trata dessa questão e estimula a atividade física, como benefício para a manutenção da saúde física como, por exemplo: aumento da força e do equilíbrio nos idosos. No Programa Lazer e Saúde da SME, essa questão é trabalhada diretamente com as doenças, principalmente a hipertensão. Cada idoso tem uma ficha de anamnese e a partir daí orienta-se sobre a atividade física, no caso, a caminhada. No geral os professores referiram que essa preocupação existe, mas os trabalhos são realizados em cima das limitações dos idosos provenientes das doenças e não direcionados à prevenção das mesmas.

O depoimento de um dos coordenadores foi expressivo para o trabalho. O mesmo afirmou que a Secretaria tem uma preocupação com a saúde do idoso na prevenção de doenças físicas e

psicossomáticas. Quando questionado se essa preocupação parte da Prefeitura como uma política, foi categórico em afirmar que, ainda não, talvez com a pesquisa que está sendo realizada com os idosos participando do Projeto de musculação no Ginásio Araribóia isso possa vir a acontecer.

4.3 Projeto de Atividade Física para Idosos

Na FASC, o planejamento do Projeto ocorria no fórum semanal de atividade física, em que também eram discutidas as questões sobre envelhecimento. Até o momento esse fórum havia sido eliminado, o que deixou o planejamento restrito conforme declararam os coordenadores. Os professores afirmam que nas reuniões que tratam do planejamento para o ano seguinte, cada professor e cada coordenador apresentam suas idéias e é feita uma análise das dificuldades enfrentadas naquele ano, na perspectiva de não repetir os mesmos enganos.

Referindo-se à execução, um dos coordenadores declarou que esse procedimento é individual de cada região, partindo da disponibilidade e da intenção do profissional que atua no local, principalmente depois que as reuniões de planejamento foram extintas. A sistematização das atividades varia de grupo para grupo e ocorre de uma a duas vezes por semana. Em alguns grupos em que não é possível a presença de um profissional de Ed. Física, funcionam apenas os Grupos de Convivência, e os idosos participam dos jogos adaptados em outros espaços e fazem atividades físicas com a SME.

As aulas são realizadas em média uma vez por semana, com 45 minutos de duração. Os jogos adaptados acontecem uma vez por semana e contam com a participação de idosos de vários Grupos. A articulação existe quando têm aniversário dos Grupos, festividades na cidade envolvendo idosos e na comunidade, geralmente através da Igreja. Sobre a rotina das aulas, ela vai acontecer de acordo com a especificidade do professor, mas no geral elas seguem o mesmo roteiro. É realizada uma integração na chegada do idoso e esse momento é para recados e informações, a seguir uma atividade recreativa ou uma dança e depois a atividade principal, por fim, um relaxamento.

O processo de avaliação do Projeto na FASC acontece de maneira permanente. Os coordenadores afirmaram que a avaliação é realizada na região e remetida à coordenação geral. Nesse processo não existe uma avaliação do idoso apenas no Projeto. Nos Grupos, os aspectos

observados são a frequência dos idosos, o número de adeptos e a referência do idoso sobre a melhora na sua saúde. Foi realizada uma reorganização no sistema e com as novas modificações essa avaliação ficou individual, vai ocorrer com uma supervisão direta na região que substituiu as reuniões. Essa nova forma de organização trata da autonomia dos Grupos e uma das idéias é elaborar um indicador para as avaliações.

Os objetivos do Projeto são semelhantes aos do Programa, com uma preocupação maior com a saúde dos idosos. Nessa perspectiva, os coordenadores também mencionaram que interferem na saúde do idoso de uma maneira geral, através da informação, das práticas desportivas e da recreação.

Os resultados atingidos pelo Projeto são citados como ótimos e esses são mensurados através dos depoimentos dos idosos e familiares que afirmam mudanças para melhor na saúde e na vida social do idoso. Os professores chegam a essa conclusão através do diálogo entre o professor e o aluno, pois não há um instrumento elaborado com essa finalidade. Não existe uma avaliação por escrito, o que existe, é no ingresso do idoso ao Grupo, o preenchimento de uma ficha que passa por uma revisão depois de algum tempo. Como declara Okuma (1997), essa parcela da população, para se manter funcionalmente independente precisa, dentre outras capacidades, de força muscular, resistência muscular localizada e flexibilidade. Nesse sentido, as preocupações referidas pelos colaboradores, ainda parecem muito subjetivas para que haja um resultado mais expressivo como cita a autora.

Outros fatores analisados pela pesquisa foram os recursos financeiros, entre outros. A esse respeito, no geral, os depoimentos referiram a essa questão como precária. Alguns coordenadores em 1994, com a mudança ocorrida na Instituição passaram para a SME. Com isso alguns Grupos ficaram sem recursos humanos e esse fato persiste até o momento. Quanto ao material, ele está sucateado e faltam equipamentos para as atividades. O espaço físico geralmente não é adequado, tendo problemas com o fato das salas serem de multiuso nos locais. Os coordenadores declararam que o idoso não é uma prioridade na Instituição. Nesse contexto, a verba que vem do Governo Federal do Programa Conviver é repassada pela FASC a outros Programas quando necessário.

Quanto aos critérios de escolha dos locais para implementação dos grupos, eles acontecem pela demanda da comunidade através do OP, depois a FASC avalia o local, a

população e, caso seja propício abrir um Grupo naquele local, é deslocado para esse módulo uma estrutura de atendimento.

A FASC tem um público definido, os serviços que a Instituição oferece são para pessoas carentes. A atividade física é um instrumento que a política social utiliza para auxiliar esse idoso. Nessa perspectiva, alguns coordenadores declararam que não adianta divulgar essas atividades, o público é selecionado pela vulnerabilidade e as vagas são limitadas. O que acontece é a própria unidade distribuir cartazes, anunciar na Igreja, Posto de Saúde do Bairro, embora a divulgação seja direcionada a um público definido. A FASC também tem um serviço *on-line* de informações em que são anunciados os serviços maiores, embora para os coordenadores a melhor divulgação seja feita pelos próprios idosos.

Na SME, os coordenadores afirmaram que não existe um Projeto de Atividade Física. Estas atividades não estão vinculadas a nenhum Programa ou Projeto, o que existe é um planejamento de trabalho, que vai sendo ampliado conforme os recursos humanos e os materiais que estão disponíveis.

As atividades regulares são praticadas em outros espaços e também com outros profissionais que não participam do Programa De Bem com a Vida. Os professores afirmaram que é preciso uma aproximação maior com esses profissionais, para que se possa pensar na ótica da educação do envelhecer. Nesse caso, entende-se aqui como educação, integrar essas pessoas e levá-las a praticar atividade física para melhorar a saúde e a qualidade de vida.

Através das inscrições que são abertas em março, é possível verificar a demanda. Conforme a declaração dos idosos, em alguns locais existe a espera de até 3 anos para poder participar dos Grupos. As atividades acontecem de acordo com o planejamento anual que é entregue para o coordenador da unidade e esse encaminha para assessoria pedagógica, caso haja necessidade de mudanças, retorna aos professores. Existem reuniões às segundas feiras denominadas reuniões por regiões e reuniões por equipes, que tratam do planejamento anual e da avaliação dessas atividades. Nesse planejamento são definidos os objetivos, a metodologia, as estratégias e a avaliação que o professor pretende utilizar.

Quanto à execução das atividades físicas, ela acontece de maneira pontual, isso significa dizer que ocorre de acordo com cada região, com a disponibilidade do profissional, o espaço, o

material e a especificidade desse professor. De acordo com as declarações dos professores e dos idosos, a execução das atividades acontece conforme acordo entre o professor e os idosos. Foi afirmado nas entrevistas, que a base dessa execução são as possibilidades que eles têm para o trabalho, os recursos humanos, os materiais, o local e a demanda.

As atividades são sistematizadas de acordo com a disponibilidade de horário dos professores e o espaço disponível. Sempre que é possível, as aulas são ministradas duas vezes na semana. Existem atividades festivas mensais ou semestrais que dependem de cada Grupo. Também existem as atividades maiores que integram todos os Grupos. Essas atividades são: os jogos adaptados, o Bate Papo, as caminhadas integrativas, o encontro anual sobre o envelhecimento e a integração no local de cada Grupo com outras atividades que são oferecidas à população. No que se refere à rotina das aulas, os professores de uma maneira geral utilizam o mesmo roteiro: aquecimento, desenvolvimento e relaxamento. O que varia nesse roteiro são as atividades que vão depender da especificidade de cada professor. No entanto, todos afirmaram que usam alguns minutos do início da aula para as informações e integração do Grupo.

Sobre a avaliação dessas atividades, vários professores declararam que o primeiro indicador de avaliação é a partir da assiduidade das pessoas e o segundo é o relato desses participantes. No geral as avaliações são subjetivas, não existe um instrumento, mas ela é constante e depende da interação de cada professor com o seu Grupo. Alguns professores citaram que na Secretaria não há uma avaliação, mas um processo pedagógico que acompanha o trabalho que é realizado por eles. Outros denominaram como uma avaliação semestral feita por vários segmentos, entre eles: por regiões, por programas, por área de atuação, e por fim a sistematização de todas as avaliações.

Ao analisar os documentos, percebeu-se que a atividade física para os idosos não aparece como uma política nem do Governo nem da Secretaria, mas como uma ação ou um serviço que a SME oferece para a população em todas as faixas etárias. Caberia citar o conceito de políticas públicas que as define como um conjunto de decisões relacionadas com diversas situações, pessoas, grupos e organizações, desde a sua formulação até serem postas em prática. Essa política se desenvolve em um certo período de tempo e pode comportar diversos subprocessos (SUBIRATIS apud FREICHEISEN, 2000). Neste contexto, o depoimento dos colaboradores e a

análise dos documentos nos leva a refletir se existe uma política de atividade física para o idoso ou se existe uma intenção de qualificar o trabalho no esporte, na recreação e no lazer da cidade.

Os professores da SME, em geral, avaliam como positivo os resultados adquiridos até o momento, pois afirmam ser perceptível a melhora dos idosos no aspecto físico e psicológico. Alguns professores afirmaram que avaliam seus alunos através de depoimentos, das conversas em Grupos, da frequência, da motivação e que não realizam avaliação física. Esses resultados são mensurados pela aparência e declarações do idoso. Algumas queixas foram feitas no sentido de que existem muitos alunos para poucos professores. Em seus depoimentos, os idosos afirmam sentirem-se melhor e aparentam estar melhor, mais sociáveis e mais informados.

A necessidade de uma avaliação com instrumentos que possam mensurar e registrar os resultados adquiridos, para que haja o desenvolvimento de uma política, vão ao encontro do proposto por Belloni et al (2000), quando afirma que o objetivo da avaliação de política pública é conhecer seus fatores positivos, apontar seus equívocos e insuficiências, com a finalidade de buscar seu aperfeiçoamento ou reformulação.

Sobre os recursos financeiros, na SME essa realidade parece ser um pouco diferente do que a da FASC. Segundo afirmaram os coordenadores, os recursos não são excelentes, mas suficientes. Outros referem que se fossem depender dos materiais e das instalações da SME, não fariam muita coisa. A deficiência maior é em recursos humanos. Na opinião de vários coordenadores, cada região tem sua peculiaridade e existem Grupos com mais dificuldades do que outros, mas no que se refere aos recursos humanos todos os Grupos têm a mesma dificuldade. Esse fato impede que se amplie o número de vagas e a demanda passa a ser bem maior que a oferta. Em muitos Grupos, esses locais são cedidos por Associações de bairro ou pela Igreja, assim como têm Grupos que são privilegiados se comparados com outros locais, como o Ginásio Tesourinha e o Ginásio Araribóia.

Na SME, a escolha do local dos grupos se dá quase sempre pensando na descentralização. Os coordenadores também referem a demanda como um critério na escolha do local para implementação de novos Grupos. Uma das dificuldades da SME em criar Grupos novos é pela carência de profissionais.

No geral, os coordenadores da SME declararam que não há vagas disponíveis. Já houve divulgações na mídia sobre o Programa Lazer e Saúde, em que não foi possível atender a todos pelo fato de a demanda ter sido muito alta para o número de profissionais disponíveis. A maioria das divulgações é realizada na própria região, com cartazes ou folhetos para quem já participa das atividades. O número de vagas é sempre menor do que o necessário e conforme descreveram os coordenadores, o idoso faz a melhor divulgação.

A SME faz a divulgação dos programas através de prospectos e da mídia. A Instituição convoca a população a participar das atividades nos grandes eventos e festividades da cidade, sendo que as atividades menores são divulgadas através de cartazes e panfletos na comunidade. A divulgação que mais funciona nos Projetos para idosos como já foi referida na FASC, é a divulgação feita pelo próprio idoso.

4.4 Grupos de Atividade Física para Idosos

Nessa parte do trabalho, optou-se em descrever o perfil sócioeconômico de saúde dos idosos atendidos pela FASC e pela SME. Esse estudo proporcionou identificar as opiniões e desejos dos mesmos em relação ao que vem sendo oferecido a eles pela Prefeitura em termos de atividade física. As declarações dos usuários corroboraram com as considerações finais, proporcionando a possibilidade de um confronto com as análises realizadas nas entrevistas.

Considerando-se os dados recolhidos através dos questionários, constatou-se a confirmação do chamado processo de feminização do envelhecimento devido ao número de mulheres ser bem maior que o número de homens ($K-S = 7,67$; $p < 0,01$) entre os praticantes de atividade física nas Instituições. As implicações desse processo conforme Camarano (2002) no campo social são notórios, pois grande parte das mulheres é viúva e tem um grau de escolaridade baixo. A proporção desses dados entre a FASC e a SME, estão representados no quadro a seguir e poderão ser observadas juntamente com a renda desses praticantes.

QUADRO 1**VALORES MAIS SIGNIFICATIVOS SOBRE SEXO, ESCOLARIDADE, EST. CIVIL E RENDA**

EM %

	FASC	SME
Sexo	93,8% Feminino	89,5% Feminino
Escolaridade	48,8% Primário Incompleto	10,5% primário incompleto
Estado Civil	62,8% viúvos e 22,5% casados	43,4 viúvos e 43% casados
Renda	51% 1 salário mínimo 3,1% de 5 a 7 salários mínimos	14,5% 1 salário mínimo 32% de 5 a 7 salários mínimos

Entre os idosos entrevistados, 62 idosos eram casados, 114 viúvos, 6 separados, 10 solteiros e 13 desquitados ou divorciados. Com a observação do quadro é possível perceber que os idosos praticantes de atividade física da SME têm escolaridade maior ($K-S = 3,21$; $p < 0,01$) e renda média mais alta ($K-S = 3,21$; $p < 0,01$), essa ficou entre 5 a 7 salários mínimos com 32% dos praticantes. Analisando os dados, pode-se confirmar o que foi dito pelos profissionais a respeito da vulnerabilidade dos idosos atendidos na FASC. Sobre a fonte de renda desses participantes, a aposentadoria foi a mais citada em ambas as Instituições (FASC: $K-S = 2,78$; $p < 0,01$; SME: $K-S = 3,04$; $p < 0,01$).

No que se refere à saúde desses idosos, no quadro a seguir é possível observar as doenças citadas com mais frequência. É relevante salientar que mais de 80% dos entrevistados declararam apresentar alguma doença degenerativa, consultaram o médico nos últimos seis meses e afirmaram que tomam algum tipo de medicação.

QUADRO 2-DOENÇAS MAIS CITADAS PELOS IDOSOS POR INSTITUIÇÃO EM %

DOENÇAS	FASC %	SME %
Artrite	9,3	13,2
Artrose	7,8	23,7
Cardiopatias	26,4	17,1
Diabetes	11,6	11,8
Depressão	18,6	18,4
Dores na coluna	41,1	36,8
Hipertensão	55,8	57,9
Osteoporose	20,9	28,9
Nenhuma Doença	14,0	18,4

Sobre a maneira pela qual os idosos adquirem essa medicação, ficou confirmado que 65,9% dos idosos da FASC conseguem essa medicação através do Sistema Único de Saúde (SUS) e que na SME esse percentual cai para 31,6%.

Partindo do princípio que no SUS as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150,000 internações ao ano, com um custo aproximado de R\$ 475 milhões, caberia citar que os dados do Instituto Nacional de Seguridade Social demonstram que, 40% das aposentadorias precoces estão relacionadas às doenças do aparelho cardiovascular.

Nessa perspectiva, a hipertensão arterial está relacionada com 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica e com 80% dos casos de acidente vascular encefálico, assim como 60% dos infartos do miocárdio. Estes dados nos levam a constatar que além do custo financeiro, há um custo social, conforme os dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (2002).

Nesse sentido, são pertinentes essas colocações, quando através de estudos já citados no trabalho, se obteve a comprovação dos benefícios que a atividade física ocasiona ao idoso, na prevenção e manutenção das doenças crônico-degenerativas. Nesse aspecto, 100% dos idosos responderam que se sentem melhor depois que começaram a praticar atividade física, declararam também, sentir melhora na mobilidade e no aspecto psicológico, aqui, referindo-se ao humor, tristeza e alegria. Se levarmos em conta que a maioria ($K-S = 4,93$, $p < 0,01$) dos idosos iniciou a atividade física por recomendação médica, percebe-se a conscientização por parte de alguns profissionais sobre esses benefícios. Portanto, esses fatos nos levam a refletir sobre a necessidade da existência de uma política pública de atividade física formalizada, que trate dos benefícios que a atividade física traz para a saúde, que estão relacionados às doenças crônico-degenerativas.

Tanto na FASC ($K-S = 3,23$; $p < 0,01$) quanto na SME ($K-S = 3,10$; $p < 0,01$), a ginástica é a atividade física mais praticada e conforme os idosos declararam depois vem os jogos adaptados. O que muda nesse caso é a frequência com que ela é realizada, pois na FASC as atividades são ministradas uma vez por semana na maioria dos Grupos e na SME de duas a três vezes por semana em quase todos os Grupos. Quanto ao tempo livre dos idosos, em cada uma das Instituições (FASC: $K-S = 3,08$; $p < 0,01$; SME: $K-S = 2,44$; $p < 0,01$) a atividade física foi a forma de lazer mais frequente, e a seguir veio assistir televisão como outra forma de lazer. No entanto, um número significativo (FASC: $K-S = 2,85$; $p < 0,01$; SME: $K-S = 3,14$; $p < 0,01$)

respondeu não ter tempo livre, quando lhe foi perguntado o que gostariam de fazer no tempo livre. Pode-se considerar sobre essa questão, que a atividade física está fazendo parte da vida social dessas pessoas, a partir do momento que faz com que elas saiam de casa e reconheçam esse momento como uma hora de lazer.

Como foi declarado pelos coordenadores e professores entrevistados, a melhor divulgação é a que eles chamam de boca a boca. Esse fato foi reafirmado pelos idosos que tiveram conhecimento da existência dos Grupos através de amigos. Na questão sobre como os idosos vêem os objetivos das atividades oferecidas a eles, a maioria declarou ter conhecimento de que os Grupos da Terceira idade existem com a finalidade de melhorar a saúde dos idosos e retirá-los da solidão. Afirmaram também que seus objetivos em participar dos Grupos são: a integração social, sair da solidão e melhorar a saúde.

Em relação ao material disponível para as atividades, a maioria dos praticantes da FASC afirmou que não há material e o que há é insuficiente ($K-S = 3,02$; $p < 0,01$). Na SME as declarações foram mais positivas, afirmaram que o material é suficiente e regular ($K-S = 3,22$; $p < 0,01$). Nesse segmento, no que se refere ao espaço, na FASC 44% dos idosos relataram ser pequeno ($K-S = 3,34$; $p < 0,01$) e na SME 61% relatou que o espaço é bom ($K-S = 3,86$; $p < 0,01$).

Nos procedimentos efetuados na recepção do idoso ao Grupo, as respostas são semelhantes as dos coordenadores e professores entrevistados. Os idosos se referem à apresentação ao Grupo como um procedimento de acolhida afetiva importante para eles. A solicitação de atestado médico não é um procedimento padrão das Instituições e fica em torno de 30% dependendo do profissional que atua no local.

Com relação às sugestões dos idosos para melhorar o atendimento dos serviços oferecidos pela Prefeitura, no quadro a seguir, visualiza-se os mais citados por eles.

QUADRO 3**SUGESTÕES PARA A MELHORA DOS SERVIÇOS QUE A FASC E A SME OFERECEM EM %**

SUGESTÕES	FASC %	SME %
Mais material	35,7	19,7
Melhorar o espaço físico	24,0	24,0
Espaço próprio	7,0	6,6
Aumentar os dias na Colônia de férias	7,0	XX
Mais professores	40,3	23,7
Mais passeios	3,1	5,3
Mais atividades e variar	20,2	32,9
Hidroginástica e aquecimento das piscinas	1,6	2,6

Portanto, esses dados confirmam o que já havia sido declarado anteriormente a respeito dos recursos.

Através da análise dos dados, pode-se considerar nas declarações dos idosos, que a prática de atividade física tem um papel importante na vida deles, pois passaram a se sentir melhor depois que iniciaram as atividades. Assim, partindo-se do princípio que a atividade física atua como benefício na melhora das doenças crônico-degenerativa, espera-se um reconhecimento político acerca desse fato. As pesquisas nessa área afirmam os aspectos positivos da atividade física sobre as doenças e os dados demonstram que essas doenças aumentam os ônus na área da saúde. Nesse sentido, credita-se que uma política pública de impacto que abrangesse esses fatos, pudesse corroborar em benefícios para a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, investigou-se as ações relacionadas às atividades físicas para idosos que são desenvolvidas pela FASC e pela SME na cidade de Porto Alegre. As considerações realizadas, a partir da descrição, interpretação e análise das informações demarcam um espaço de investigação específico, não objetivando generalizações.

A partir das análises das diretrizes gerais e das diretrizes específicas voltadas para os idosos, procurou-se entender as peculiaridades de cada uma destas Instituições no atendimento ao idoso. Com base nos dados levantados nas entrevistas, constatou-se que os idosos atendidos pela FASC têm um perfil de carência econômica e psicossocial. Nesse aspecto, a atividade física tem um papel social importante ao favorecer a inclusão social, através da confiança, do estímulo para a competição, da aquisição de novas amizades e da troca de apoio.

Tendo em vista que as atividades físicas proporcionam melhoria na qualidade de vida dos idosos e estimulam sua participação na comunidade, caberia aos órgãos governamentais incentivar e criar programas, principalmente, para a população de baixa renda que não têm condições de participar dessas atividades por meios próprios. Deve-se notar também que o número de idosos que participam dos programas de atividades físicas no Município de Porto Alegre é inexpressivo, uma vez que a atuação das Instituições voltada para esta área atende cerca de 3500 idosos para uma população de aproximadamente 160 mil pessoas. Neste sentido, poder-se-ia caracterizar o programa de atividades físicas para idosos mais como um programa piloto do que propriamente um programa visando atender toda a população a que se propõe.

Foi também uma preocupação do estudo, saber como ocorre a relação dos recursos financeiros e humanos disponíveis pelo governo na implementação dos projetos para os idosos. Nessa perspectiva, reafirma-se que é de responsabilidade do Estado, como agente promotor, normatizador, financiador e condutor, a elaboração e implantação das políticas públicas, exercendo, na forma da lei, as funções de planejamento, financiamento, incentivo e fiscalização. Considerando-se que o atendimento pelas Instituições é limitado, não causando impacto na população, que existe déficit de recursos humanos e que os meios, materiais e o espaço físico disponíveis são precários na maioria das Unidades, conclui-se que o Estado como agente

promotor, financiador e condutor na elaboração e implantação das políticas públicas, não está exercendo adequadamente o seu papel. Cabe ressaltar que a política, quando setorna operativa, passa a contar com recursos e discursos, envolvendo ação social que produz impacto.

Os processos de planejamento dos Programas para idosos na FASC e na SME estão estruturados e organizados com a intenção de favorecer a execução e avaliação desses Programas. Esse planejamento conta com a colaboração dos coordenadores, professores e, na maioria das vezes, a participação dos idosos. Neste aspecto, observa-se que não há uma política unificada da parte do Governo Municipal quanto à execução do programa, uma vez que os dois organismos têm coordenações independentes e em alguns lugares ocorre sobreposição de atividades de assistência, inclusive com disputa de espaço físico.

Levando-se em conta que as políticas públicas são um conjunto de decisões relacionadas com diversas situações, pessoas e grupos, torna-se necessário que exista articulação entre as diversas Secretarias e órgãos municipais responsáveis pela formulação de políticas de atividade física para o idoso. Nesse sentido, percebeu-se que a articulação vem ocorrendo de maneira esporádica por iniciativa individual do profissional que atua no local e não como uma política institucional. Ficou evidenciado que os profissionais de ambas as Instituições sentem necessidade dessa articulação para a ampliação do trabalho, principalmente com a Secretaria da Saúde.

O Programa “De Bem com a Vida”, desenvolvido pela SME tem o planejamento, a execução e a avaliação estruturada e definida. Esse programa não envolve as atividades físicas sistematizadas que a SME oferece à população. O Programa trata de preparar o idoso para o envelhecimento saudável e dentro desses objetivos há outras atividades.

No Programa PAI, desenvolvido pela FASC, o planejamento se realiza nos mesmos moldes que o da SME quanto ao ser definido e estruturado, com a diferença de que na FASC as atividades físicas estão incluídas no Programa e acontecem dentro de um Projeto específico. No entanto, esse planejamento ocorre com algumas restrições, podendo-se deduzir que as questões inclusas nele sofreram uma queda nos seus atributos. Conforme declarações dos profissionais responsáveis pela execução do Programa, o planejamento específico das atividades físicas não estaria sendo executado por falta de disponibilidade de tempo. Portanto, essas considerações nos

levam a pensar que a atividade física na FASC não faz parte de uma política institucional para o idoso, mas apresenta-se como um dispositivo facilitador para a inclusão social.

Na SME, as atividades físicas específicas para idosos não estão incluídas em nenhum Projeto e acontecem como uma ação das metas gerais de governo para a SME. O planejamento é anual, entregue ao coordenador da unidade e encaminhado para a Assessoria pedagógica, mas a execução ainda está fundamentada nas condições específicas de cada região e na especificidade de cada professor, tornando algumas regiões menos beneficiárias do que outras. Com esse fato não se pode afirmar que as metas estejam sendo aplicadas em igualdade para as regiões da cidade.

No entanto, percebe-se uma preocupação com a saúde dos idosos na prevenção de doenças físicas e psicossomáticas, essa preocupação não parte da Prefeitura como uma política, aparecendo mais como uma ação pessoal dos profissionais e por parte das Instituições como uma intenção política não caracterizada.

Destaca-se que o trabalho desenvolvido pela FASC e pela SME se reverte em benefícios para a população que faz uso dos serviços. Não obstante, considera-se que esse trabalho ainda é inexpressivo para a população de idosos da cidade, se considerarmos que existem idosos que esperam até 3 anos para usufruir desse atendimento na SME.

Por fim, cabe-nos a pensar em uma política pública de atividade física expressiva capaz de abranger uma parte significativa da população de idosos já que muitas das doenças crônico-degenerativas, principalmente as cardiovasculares, poderiam ser evitadas e/ou controladas com a atividade física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBANTI, V.J. *Aptidão Física: um Convite a Saúde*. São Paulo: Manole, 1990.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdos*. 3ª ed. Lisboa, Edições 70, 1977, 226p.

BELLONI, I. *Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional*. Coleção Questões da Nossa época; v.75. São Paulo: Cortez, 2000.

BIRREN, J.E, BIRREN, B.A.. *The concepts, models and history of the psychology of aging*. In: BIRREN, J.E., SCHAIE, K.W. (Org.). *Handbook of psychology of aging*. San Diego : Academic Press, 1990.

BOGDAN, R., BIKLEN, S. K. *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. *Anais do Seminário do I Seminário Internacional, Envelhecimento Populacional*. Uma agenda para o final do século, Brasília: MPAS, SAS, 1996.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Programa de Saúde do idoso*. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em: 22 de abril de 2004

BRASIL, *Lei Orgânica da Assistência Social* (1993). LOAS: Lei orgânica da assistência social: legislação complementar/Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado de Assistência Social, revisão do texto, Laisy Roriz et. al- 2. ed- Brasília: MPAS, SEAS, 2001.55p.

BRASIL. *Estatuto do Idoso: Lei n º 10.741 de 01 de outubro de 2003*. Disponível em www.in.gov.br , Diário Oficial em 05/10/2003.

CAMARANO, A.A., BELTRÃO, K.I., ARAÚJO, H.E., PINTO, M.S. *Transformação no Padrão Etário da Mortalidade Brasileira em 1979-1994 e no Impacto na Força de Trabalho*. Texto para discussão nº 512, Rio de Janeiro, IPEA, set, 1997. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br> . Acesso em: 22 de abril, 2004.

CAMARANO, A.A. *O envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.(Texto da discussão, 858). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br> . Acesso em: 22 de abril, 2004.

CARVALHO, Y.M. *Relação Saúde/Atividade Física: Subsídios para sua Desmitificação*. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v.14, n.1, 1992

CAVALCANTI, K.B. *Lazer e Terceira Idade: a contribuição da Educação Física no trabalho social dos idosos*. Artus: Revista de Educação Física e Desporto. Rio de Janeiro, n.8, 1981, 17-21.

COOPER, K.H. *Controlando a osteoporose*. Rio de Janeiro: Nórdica. 1991.

CORRÊA, A.C.O. *Envelhecimento, depressão e doenças de Alzheimer*. Belo Horizonte: Health, 1996.

_____. *Política Nacional do Idoso-Perspectiva governamental*. Em Ministério de Previdência Social. Anais do I seminário Internacional sobre envelhecimento populacional. Uma agenda para o final do século. 1996, p.46-64.

COSTA, L.V. *Política Nacional do Idoso-Perspectiva governamental*-Em Ministério da Previdência Social. Anais do I Seminário Internacional sobre o envelhecimento populacional. Uma agenda para o final do século. 1996, p.46-64.

COSTA, A.E.k. *Estudo sobre o problema da sexualidade nos Grupos de Convivência da Terceira Idade da Região do Vale do Taquari-Rs*. 2003. 97f. Dissertação(Mestrado em Desenvolvimento Regional) Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, 2003

DALSKY, G.P. The role of exercise in the prevention of osteoporosis. *Comprehensive Therapy*, v.15, n.9, p.30-37, 1989.

DARNTON-HILL, I. *Vivre mieux plus longtemps*. In. Organisation Mondiale de la Santé (Org), Forum Mondial de la Santé: Revue internationale de développement sanitaire (pp.365-374). Organisation Mondiale de la Santé:Genève.

DEBERT, G.G. *A Reinvenção da Velhice*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

FARIA JUNIOR, A. *Atividade física, saúde e meio ambiente*. Cap.3. In: FARIA JUNIOR, A.G.; CUNHA JUNIOR, C.F.F., ROCHA JUNIOR, C.P., NOZAKI, H.T. Introdução à Educação Física. Niterói: Corpus, 1999: 99-120.

FERNANDES, F.S. *As pessoas idosas na legislação brasileira*. São Paulo: LTR, 1997.

FLETCHER et al. Exercise statement. *Circulation*. 1996; 4: 857-862.

FREITAS, Elizabete V.; GHORAYEB, Nabil; PEREIRA, Josbel B.M.; GHORAYEB, Carolina. *Atividade física no idoso*. In: FREITAS, Elizabete et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: GUANABARRA KOOGAN, 2002.

FRISCHEISEN, F.C.L. *Políticas Públicas. A Responsabilidade do Administrador e o Ministério Público*. São Paulo: Max Limonad, 2000.

GAIARSA, J.A, *Família de que se fala, Família de que se sofre*. São Paulo.Ed. Agora. Coleção Psicologia, 7ª ed. p.192 1986, ISBN 857183268 – 4

GIL, A.C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4º ed. São Paulo: Atlas, 1995. ISBN 85.224.1041-0

GOETZ, J. P.; LECOMPTE, M. D. *Etnografia e Diseño Cualitativo en Investigación Educativa*. Madrid: Morata, 1988.

GOLDBERG, L., ELLIOT, D.L. *The effect of physical exercise on lipid and lipoprotein levels*. *Med Clin North Am*, 1985, 16, p.207-215.

GÓMEZ, G. R.; FLORES, J. G.; JIMÉNEZ, E.G. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Barcelona: Aljibe, 1996.

GONÇALVES M.T.F. *Efeitos da imobilidade prolongada no idoso*. Nursing.(edição portuguesa), a. 8, n. 93, out, 1995, p.16-21.

GONÇALVES, W. *Direitos territoriais e recursos naturais: terra, território, biodiversidade e recursos naturais*. Conferência Internacional sobre Reformas Constitucionais e Direitos dos Povos Indígenas, Cidade do México, 31/05 a 02/06, 1999.

GROSSI, R. Disponível em: <<http://home.openlink.com.br/r.grossi/artrite.html>>. Acesso em: 22 de fevereiro, 2000.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/lei11517.html>> Acesso em: 15 de maio, 2003.

GOVERNO FEDERAL. *Ministério da Saúde*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index/cfm/html>>. 15 de maio, 2003

GUEDES, C.O. *Estudos da Reação do Nível de Stress de Idosos Praticantes de Atividades Físicas*. Publicações do Centro de Ciências da Saúde e do Hospital Universitário da UFPB, v.XIV, n. 3, 1995, p.12-65.

GUEDES, D.P e GUEDES, J.E.R.P. *Crescimento, composição corporal e desempenho motor-de crianças e adolescentes*. São Paulo: CLR-Balieiro, 1997.

HAGBERG, J., GRAVES, J., LIMACHER, M., WOODS, D., CONONIE, C., LEGGET, S., GRUBER, J. & POLLOCK, M. *Cardiovascular responses of 70-79 year old men and women to exercise training*. J. Appl. Physiol. v.66, 1989, p.2589-2594.

HAGBERG, J., BLAIR, S.N., EHSANI, A., GORDON, N., KAPLAN, N., TIPTON, C. & ZAMBROSKI, E. *Position stand: physical activity, physical fitness, and hypertension*. Med. Sci. Sports Exerc. 25: i-x. 1993.

HARRIS, S.S. CASPERSEN C.J., DEFRISE G. H., ESTES H. *Physical activity counseling for healthy adults as a primary preventive intervention in the clinical setting* JAMA. 1989, 261, 3590-3598.

HAYFLICK, L. *Como e porque Envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HELMRICH, S.P., RAGLAND, D.R., LEUNG R.W., PAFFENBARGER R. S. *Physical activity and reduced occurrence of non-insulin dependent diabetes mellitus*. N. Engl. J Med, 1991, 325, p.147-152.

HING, E., BLOOM B. *Long term care the functionally dependent elderly*- National Center for Health Statistics. Vital Health Stat, 1999, 13,104.

HUGHES, H.R. *Psychological effects of habitual aerobic exercise*. A critical review. Prev. Med., 13, 1984, p.66-78.

IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, 1980.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Anuário Estatístico do Brasil* 1981, Rio de Janeiro, 1981.

IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil* 1986, Rio de Janeiro, 1986.

IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil* 1991, Rio de Janeiro, 1991.

IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil* 1997, Rio de Janeiro, 1997.

IBGE. *Pesquisa Nacional por amostra de domicílio*. V.21. Rio de Janeiro, 1999.

IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro, 2002.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2000*. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/censo/default.php>>. Acesso em: 15 de maio, 2003.

III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Ciência e Terapêutica*, 1998.

JARAMILLO, N.- Febrero 2001, Disponível em: <http://www.contusalud.com/web.site/folder/sepa_enfermidades_enfisemahtm>. Acesso em: 25 de janeiro, 2002.

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

KANE, R.A. *Assessing social function in the elderly*. Clinics in Geriatric Medicine. 3(1), 1987. p.87-98.

KLIKISBERG, B. *Repensando o estado para o desenvolvimento social: superando dogmas e convencionalismos*/Bernardo Klikisberg; tradutor Joaquim Ozório Pires da Silva. 2ª ed. São Paulo. Cortez, 2002.

KING, P., HIRSHMAN M., HORTON E.D., HORTON L.S. *Glucose Transport in Skeletal muscle membrane vesicles from control and exercised rats*. Am J Physiol, 1989, p.257.

KIVINIEMI, M. *Public policies and their trajets: a typological elaboration of the concept of implementation*. Paris, 1985. (Trabalho apresentado na reunião da IPSA sobre Policy Implementation and Policy Evaluation).

LAKATOS, E.M. MARCONI, Marina de *A Sociologia Geral*. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LOAS. *Lei Orgânica da Assistência Social: legislação suplementar*. Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado de Assistência Social, Brasília, MPAS, SEAS, 2001.

LOUCKS, A.B. *Osteoporosis prevention begins in childhood*. Human Kinetics, 1988.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. D. E. *A Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MARTIN, A.D. Osteoporosis, calcium and physical activity. *Canadian Medical Association Journal*, v.136, n.6, p.584-593, 1987.

MATSUDO, S.M.M. & MATSUDO, V.K.R. Osteoporose e atividade física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v.5, n.3, 1991, p.33-60.

_____ & ARAÚJO, T.L. *Perfil do Nível de Atividade Física e Capacidade Funcional de Mulheres maiores de 50 anos de idade de acordo com a idade cronológica*. CELAFISC. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. Paraná, v6, n1, p12-24, 2001.

MAZO, G.Z.; BENEDETTI, T.B.; MOTA, J. e BARROS, M.V.G. Validade Concorrente e Reprodutibilidade Teste-Retestes do Questionário de Baecke Modificado para Idosos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. Paraná. v.6(1). 2001: p.5-11.

MCAULEY, E.; COURNEYA, K.S.; RUDOLPH, D.L. & LOX, C.L. Enhancing exercise adherence in middle aged males and females. *Prev.Med.* v.23, p.498-506, 1994.

MACAULEY, E. & RUDOLPH, D. Physical activity, aging, and pasychological well-being. *J. Aging Physiol. Activ.* v.3, p.67-96, 1995.

MEDICAL MULTIMEDIA GROUP. *Dor Lombar (Lombalgia)*. Disponível em: <<http://web.horizontes.com.br/~sbach/Lombar.html>>. Acesso em: 22 de Fevereiro, 2001.

MEIRELLES, Morgana A.E. *Atividade Física na Terceira Idade*. 2^a ed. Rio de Janeiro: SPRINT, 1999.

MELDOLESI, N.S. *Revista do Serviço Público*. Brasília Ed. Vera Lúcia Petricci. v.120, n.1., jan/abr, 1996. ISSN 0034/9240.

MOLINA NETO, V. *Etnografia: uma opção metodológica para alguns problemas de investigação no âmbito da educação física*. In: MOLINA NETO, V., TRIVIÑOS, A. S. *A Pesquisa Qualitativa na Educação Física*. Porto Alegre: UFRGS/Sulina, p. 107 – 139, 1999.

NADEAU, M. & PÉRONNET, F. *Fisiologia Aplicada na Atividade Física*. São Paulo. Manole, 1985.

NEGRINE, A *Instrumentos de Coleta de Informações na Pesquisa Qualitativa*. In: MOLINA NETO, V., TRIVIÑOS, A.N.S. *A Pesquisa Qualitativa na Educação Física*. Porto Alegre: UFRGS/Sulina, p. 61 – 93, 1999.

NÉRI, A.L *Qualidade de Vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa*. In: Néri, A.L.(ORG). *Qualidade de Vida e idade madura*. Campinas: Papyrus, 1993, p.9-55.

_____. *Psicologia do Envelhecimento: Uma área emergente*. In: NÉRI, A.L. (ORG). *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas: Papyrus, 1998, p.13-40.

NETTO, J. *A Gerontologia Básica*. São Paulo: Lemos, 1997.

OKUMA, S.S. *O Significado da Atividade Física para o idoso: um estudo fenomenológico*. Tese de Doutorado - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: 1997, 381p.

_____. *O Idosos e a Atividade Física*. Campinas, SP: Papyrus, 1998.

OMS (Comitê Científico Consultivo da). *The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons*. JAPA, 5: 2-8, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório-2000*. Disponível em <<http://www.who/int/en>> Acesso em: 15 de maio, 2003.

ONU (Organização das Nações Unidas). *Assembléia mundial sobre o envelhecimento*. Viena, Áustria. 1982.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *United Nations Population Information Network - A guide to population information on UN system web sites*. Disponível em <<http://www.un.org/popin/>>, Acesso em: 15 de maio, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *World Population Prospects – The 2000 Revision*. Disponível em <www.un.org/esa/population/wpp2000.htm> Acesso em 20 de maio, 2003.

OURIQUES, E.P.M., FERNANDES, J.A. Atividade Física na Terceira Idade: Forma de Prevenir a Osteoporose? *Rev. Bras. De Atividade Física e Saúde*, v.2, n.1, 1997, p.53-59.

PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia-A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASCHOAL, S.M.P. *Autonomia e Independência*. In: PAPALEO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.

PETROSKI, E. L. *Efeitos de um Programa de Atividades Físicas na Terceira Idade*. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. v.2, n.2, p. 34-40, 1997.

PICKLES, B. COMPTON, A., COTT, C., SIMPSON, J. & VANDERVOORT, A., *Fisioterapia na Terceira Idade*. São Paulo: Santos, 1998.

PNAS. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília. MPAS,1999.

RAICHELIS, R.; RICO, E.M. *Gestão social uma questão em debate*. São Paulo: Educ, IEE, 2000, p.231, ISBN 85-283-0185-0.

REED, R.L., MOORADIAN, A.D. *Nutritional status and dietary management of elderly diabetic patients*. *Clin Geriatr., Med*,1990, 6, p.883-901.

REICHEL, W.M.D. *Assistência ao Idoso*. Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kookan, 2001.

REVISTA VEJA, IBGE e SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Disponível em:
<<http://www.epub.org/nutriweb/n0201/coracaoobeso.htm>>. Acesso em: 01 de fevereiro, 2003.

RODRIGUES, N.C. *Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social*. In: SHONS, C.R. e PALMA, L.T.S.(orgs.), 2ª ed. Passo Fundo, RS:UFP, 2000.

SANTOS, M.F.S. *A velhice na zona rural, representação social e identidade*. Novas Contribuições para teorização e pesquisa em representação social. v.1, n.10, 1996, p.59-83.

SCHIBUOLA C.T. Neurocirurgião de SONI-Sociedade Neurológica Integrada- Disponível em:
<http://www.ficarjovemlevatem.../montatela.php4?page=conteudo&cod_cona=81&NS=T>
Acesso em: 08 de Dezembro, 2002.

SEALS, D. & REILING, M. Effect of regular exercise on 24-hr arterial pressure in older hypertensive humans. *Hypertencion*. v.18, 1991, p.583-592.

SÉGUIN, E. (org.). *O Direito do idoso*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1999.

SÉGUIN, E. *O Idoso: Aqui e Agora*. Editora Lúmen Júris. Rio de Janeiro, 2001. ISBN 85-7387-186-5 .

SELLTIZ, C. et al. *Métodos de pesquisa social nas relações sociais*. São Paulo: Cortez, 1976.

SENADO FEDERAL, *Estatuto do Idoso* Disponível em:
<<http://www.senado.gov.br/paulopaim>>. Acesso em: 02 de outubro, 2003.

SHEPHARD, R.J *Envelhecimento Atividade Física e Saúde*. Tradução de Maria Aparecida da Silva Pereira. Araújo. Tradução de : Aging, Physical Activity, and Health. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVEIRA, T.M. *Os avós na família contemporânea*. Revista de Gestalt. São Paulo. Instituto Sedes Sapientiae, n.9, 2000, p37-44.

SOARES, C.L. *Educação física: raízes européias e Brasil*, Campinas: Autores Associados. 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Disponível em: <<http://www.geron.org>>. Acesso em: 24 jun, 2003.

TAVARES, M. Disponível em: <<http://www.geocities.com/amtavaresj/respiratorio>>. Acesso em: 25 de março, 2003.

TAYLOR, S. J., BOGDAN, R. *Introducción a los Metodos Cualitativos de Investigación: la búsqueda de significados*. Madrid: Paidós Ibérica, 1996.

THOMAS, J.R., NELSON. J.K. *Método de Pesquisa em Atividade Física*. Trad. Ricardo Petersen. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

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

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

_____ (ORG). *Terceira Idade; Desafios para o Terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Renumé Dumará/UERJ, 1997.

VIANA, A.L. Abordagem metodológica em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas, v.30, n.2, mar-abr, 1996. ISSN-0034.76.12.

VIEIRA, E.B. *Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro, Revinter, 1998.

WEINECK, J. *Sistemas Orgânicos e Treinamentos Esportivos*. Biologia do Esporte. São Paulo: Manole, 1991, p.128.

_____ *Treinamento Ideal*. 9ª ed. São Paulo: Manole, 1999.

_____ *Biologia do Esporte*. São Paulo: Manole, 2000, p.599. ISBN. 85.204.0002-7.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Diet, nutrition and prevention of chronic diseases*.
Report of WHO, study group. Technical Report Series 797, Genova, 1990.

ZANI, R. *Beleza & Auto-estima*. Rio de Janeiro, Revinter, 1998.

ANEXOS

Anexo 1

Tabela 1-Taxas totais do Brasil de fecundidade, mortalidade, natalidade e esperança de vida ao nascer.

	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000
Fecundidade	6,2	6.2	6.3	5,8	4,4	2,9	2,3
Mortalidade (n ° mortes/1000 habitantes/ano)	25	21	13	9	8	7,7	6,9
Natalidade	44	44	43	38	31,2	23,4	21,2
Esperança de vida ao nascer	42	46	52	54	54	60	68

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940-2000.

Anexo 2

DOCUMENTOS ANALISADOS

Documentos da FASC	Característica
Relação de entidades Conveniadas-Modalidade Idoso	Nº de metas, nº de metas encaminhadas p/OP, p/Conselho Tutelar.
Relação de Grupos de Convivência de Idosos	Nº de metas, atividades, professores, local em 2003.
Projeto- Caminhadas orientadas do Idoso e Família-2001	Objetivos, recursos.
Projeto Colônia de Férias do Idoso-2002	Objetivos, recursos (financeiros, humanos, hospedagem, transportes, materiais) e programação. (ativ. Culturais, sociais, recreativas e oficinas de cidadania).
Projeto 1ª Mostra Cultural dos Idosos Atendidos nos Grupos de Convivência da Fasc-2002	Objetivos, recursos (financeiros, materiais, humanos), custos e como se dará o processo avaliativo.
Projeto XVIII Semana do Idoso de Porto Alegre-2002	Objetivos, programação, recursos (transporte, humanos, materiais, custos) e o processo de avaliação.
Projeto Centro de Convivência para Idosos. Nascer do Sol-2002	Objetivos, atividades (recreação e lazer) recursos (humanos, materiais), custos, nº de metas e funcionamento.
Projeto Grupo de Convivência e Assistência Social Trabalho esclarecendo a Fasc e as entidades.	Proposta metodológica, atividades (recreação, lazer, culturais, integração social,) recursos humanos e metodologia de avaliação.
Resumo das Ações da Fasc	Metas, grupos conveniados, e alguns valores repassados
Reordenamento da Área Técnica-janeiro/2004	Descrição de cada programa, propostas, coordenações.
Folder (O que é Assistência Social)	Programas (breve histórico)
Documentos da SME	
Relação da Atividades Sistemáticas desenvolvidas para adultos e 3ª idade-2001	Relação de atividades, locais e professores.
Relação das Atividades Sistemáticas para adultos e 3ª idade-2002	Relação de atividades, locais e professores.
Relação das Atividades Sistemáticas desenvolvidas para adultos e 3ª idade-2003	Relação de atividades, locais e professores.
Projeto de Bem Com a Vida-catálogo de divulgação-2001	Objetivos, ações desenvolvidas e datas.
Programa Lazer e Saúde, Caminhadas e Corridas orientadas-2002	Específica do que trata, e traz locais e horários.
Diretrizes e Metas integrantes no Plano do Governo Municipal de Porto Alegre- relacionados ao Lazer, Esporte e Educação	Plurianual 2002 a 2005. Objetivos, estratégias, atribuições dos professores, diretrizes pedagógicas.
Projeto Espaço Aberto da Terceira Idade	Com objetivos, turmas, metodologia, estratégias e avaliação.
Documentos do Orçamento Participativo	
Elaboração e Deliberação do Orçamento Participativo-edição 2003	
Guia do Orçamento Participativo-(regiões)-2004	Datas das reuniões,
Resoluções da 4 Conferência Municipal (Assistência Social:Política de Inclusão-2001)	Discussões sobre gestão municipal. Programas/políticas/projetos/serviços
Regimento Interno do Orçamento Participativo-2004	Base de discussão do OP
Plano do Investimento e Serviços-2003	
Relação dos Projetos de Investimentos e Atividades para Regiões e toda a Cidade-2002	Descriminação e valores

Guia de Serviços Públicos-2002	
Catálogo-Orçamento Participativo	Datas dos congressos da cidade, conselhos, fórum, descrição da organização e funcionamento
Catálogo-Alguns indicadores da Cidade-2002	Propaganda da Prefeitura
Catálogo-2003- (Dados da Cidade)	Propaganda

Anexo 3

UNIDADES DE SIGNIFICADO DO QUESTIONÁRIO

QUESTÃO-26 OBJETIVOS DOS GRUPOS	1-Melhorar a vida dos idosos 2-Saúde 3-Socialização(não ficarem só, saírem de casa) 4-Se exercitar 5-Se ajudarem
QUESTÃO- 27-SEUS OBJETIVOS	1-Integração 2-Ter companhia 3-Saúde 4-Distração, lazer. 5-Viver melhor (se sentir melhor)
QUESTÃO-29- ESPAÇO	1-Pequeno 2-Bom 3-Péssimo 4-Não há lugar fixo 5-Suficiente 6-Insuficiente
QUESTÃO- 30- PROCEDIMENTOS	1-Entrevista 2-Apresentação ao grupo 3-Ficha 4-Atestado médico
QUESTÃO-31- SUGESTÕES	1-Mais material 2-Melhorar o espaço 3-Espaço próprio 4-Aumentar os dias na Colônia de Férias 5-Mais professores 6-Mais passeios 7-Mais atividades e variar 8-Hidroginástica (aquecimento das piscinas)

Anexo 4

QUESTÕES

ENTREVISTA COM COORDENADORES-FASC

NOME _____ CÓDICO _____

IDADE: _____ SEXO: _____ LOCAL: _____

FORMAÇÃO PROF: _____

N1-1C- Fale-me sobre as atribuições gerais da FASC como Secretaria de Esportes.

N1-2C- Descreva-me as diretrizes gerais da FASC na atual gestão.

N1-3C- Fale-me sobre as diretrizes para os idosos na atual gestão da FASC.

N1-4C- Descreva-me como as diretrizes atuais da FASC para os idosos se articulam com as diretrizes do governo municipal?

N1-5C- Fale-me como acontece a articulação das demais secretarias municipais com a FASC na área dos idosos.

N2-6C- Descreva-me os programas que a FASC possui para os idosos.

N2-7- Descreva os objetivos do Programa de Atenção ao Idoso.

N2-8C- Fale-me sobre o processo de planejamento do Programa de Atenção ao Idoso. (Quem, como, porquê participa).

N2-9C- Fale-me sobre o processo de execução das metas no Programa de Atenção ao Idoso. (Quem, como e porquê participa?).

N2-10C- Descreva o processo de avaliação do Programa de Atenção ao Idoso? (Quem, como, porquê participa?).

N2-11C- Como o Programa de Atenção ao Idoso se articula com os demais Programas da FASC que tem a participação de idosos.

N3-12C- - Fale-me sobre o processo de planejamento do Projeto de Atividades Físicas Sistematizadas para os idosos (Quem, como, porquê participa?).

N3-13 Descreva os objetivos do Projeto de Atividades Físicas Sistematizadas existente dentro do Programa de Atenção ao Idoso?

N3-14 Descreva como é realizada a execução do Projeto e Ativ. Fís. Sistematizadas para os idosos (Quem, como, porquê participa?).

N3-15 Como é o processo de avaliação desse Projeto de Ativ. Fís. Sist. para os idosos (Quem, como, porquê participa?).

N3-16C- Como você avalia os resultados atingidos até o momento pelo Projeto de Ativ. Fís. Sist. para os idosos na atual gestão. (Ficou algo pendente?).

N3-17C- Como o Projeto de Ativ. Fís. Sist. Se articula com os demais Projetos do Programa de Atenção ao Idoso.

N3-18- Fale-me como você avalia os recursos financeiros, humanos, materiais e das instalações na implementação do Projeto de Ativ. Fis. Sist. para os idosos.

N4-19C- Fale-me sobre os critérios de escolha dos locais para a implantação dos grupos pertencentes ao Projeto de Ativ. Fís. Sist.

N3-20- Como é tratada a questão da atividade física relacionada à saúde dos idosos, na prevenção das doenças crônico-degenerativas dentro do Projeto de Ativ. Fís. Sist.?

N3-21C Como é feita a divulgação dos Programas e Projetos da FASC junto à comunidade?

N2-22C- Descreva-me as atribuições dos coordenadores, nos Programas e Projetos com os idosos.

N2-23C- Existe alguma coisa que você gostaria de acrescentar sobre o tema que eu possa ter deixado de fora? (Fique a vontade)

Anexo 5

QUESTÕES

ENTREVISTA COM PROFESSORES- FASC

NOME FICTÍCIO: _____ CÓDICO _____

IDADE: _____ SEXO: _____ LOCAL: _____

FORMAÇÃO PROF: _____

N4-1P- Fale-me sobre sua experiência profissional com os idosos?

N1-2P- Descreva a sua participação no processo de formulação das diretrizes da FASC para os idosos?

N2-3P- Descreva a sua participação no Programa De Atenção ao Idoso.

N2-4- Fale-me dos objetivos do Programa de Atenção ao Idoso.

N3-5- Fale-me dos objetivos do Projeto de Atividades Físicas Sistematizadas para os idosos, existentes dentro do Programa de Atenção ao Idoso.

N3-6P- Fale da sua participação na elaboração do Projeto de Atividades Físicas Sistematizadas para os idosos.

N3-7- Descreva-me com é o processo de execução das metas do Projeto de Ativ. Fís. Sist. para os idosos e a sua participação.(Quem, como, porquê participa?).

N3-8- Descreva-me com o processo de avaliação do Projeto de Ativ. Fís. Sist. para os idosos.(Quem, como e porquê?).

N4-9P- Descreva as atribuições dos professores no grupo de idosos? (e na FASC).

N3-10- Como é tratada a questão da atividade física relacionada à saúde dos idosos, na prevenção das doenças crônico-degenerativas dentro do Grupo?

N4-11P- Como são os procedimentos realizados na recepção do idoso no grupo?

N4-12P- Fale-me sobre a forma de funcionamento do grupo (horário, frequência, atividades, público alvo, tempo do grupo).

N3-13- Como você avalia os recursos financeiros, humanos, materiais e das instalações na implementação do Projeto de Atividade Física para idosos.

N4-14P Como você avalia os resultados atingidos até o momento pelo grupo de idosos.

N4-15P-Fale-me sobre a rotina da sua aula:

N4-16P- Descreva como ocorre o processo de avaliação dos idosos no grupo.

N4-17P- Como é feita a divulgação dos Projetos para idosos da FASC junto à comunidade?

N4-18P- Como são sistematizadas as atividades nos grupos do Projeto de Ativ. Fís. Sist.

N4-19P- Como o Grupo se articula com o Projeto de Ativ. Fís. e com outros grupos de atividades realizadas nesse local.

N4-20P- Existe alguma coisa que você gostaria de acrescentar sobre o tema que eu possa ter deixado de fora? (Fique a vontade)

Anexo 6

QUESTÕES

ENTREVISTA COM COORDENADORES-SME

NOME _____ CÓDICO _____

IDADE: _____ SEXO: _____ LOCAL: _____

FORMAÇÃO PROF: _____

N1-1C- Fale-me sobre as atribuições gerais da SMEC como Secretaria de Esportes.

N1-2C- Descreva-me as diretrizes gerais da SME na atual gestão.

N1-3C- Fale-me sobre as diretrizes para os idosos na atual gestão da SME.

N1-4C- Descreva-me como as diretrizes atuais da SME para os idosos se articulam com as diretrizes do governo municipal?

N1-5C- Fale-me como acontece a articulação das demais secretarias municipais com a SME na área dos idosos.

N2-6C- Descreva-me os programas que a SME possui para os idosos.

N2-7- Descreva os objetivos do De Bem com a Vida.

N2-8C- Fale-me sobre o processo de planejamento do Programa De Bem com a Vida (Quem, como, porquê participa).

N2-9C- Fale-me sobre o processo de execução das metas no Programa De Bem com a Vida (Quem, como e porquê participa?).

N2-10C- Descreva o processo de avaliação do Programa de Atenção ao Idoso? (Quem, como, porquê participa?).

N2-11C- Como o Programa De Bem com a Vida se articula com os demais Programas da SME que tem a participação de idosos.

N3-12C- - Fale-me sobre o processo de planejamento do Projeto de Atividades Físicas Sistematizadas para os idosos (Quem, como, porquê participa?).

N3-13 Descreva os objetivos do Projeto de Atividades Físicas Sistematizadas existente dentro do Programa De Bem com a Vida?

N3-14 Descreva como é realizada a execução do Projeto e Ativ. Fís. Sistematizadas para os idosos (Quem, como, porquê participa?).

N3-15 Como é o processo de avaliação desse Projeto de Ativ. Fís. Sist. para os idosos (Quem, como, porquê participa?).

N3-16C- Como você avalia os resultados atingidos até o momento pelo Projeto de Ativ. Fís. Sist. para os idosos na atual gestão. (Ficou algo pendente?).

N3-17C- Como o Projeto de Ativ. Fís. Sist. se articula com os demais Projetos do Programa de Atenção ao Idoso.

N3-18- Fale-me como você avalia os recursos financeiros, humanos, materiais e das instalações na implementação do Projeto de Ativ. Fis. Sist. para os idosos.

N4-19C- Fale-me sobre os critérios de escolha dos locais para a implantação dos grupos pertencentes ao Projeto de Ativ. Fís. Sist.

N3-20- Como é tratada a questão da atividade física relacionada à saúde dos idosos, na prevenção das doenças crônico-degenerativas dentro do Projeto de Ativ. Fís. Sist.?

N3-21C Como é feita a divulgação dos Programas e Projetos da SME junto à comunidade?

N2-22C- Descreva-me as atribuições dos coordenadores, nos Programas e Projetos com os idosos.

N2-23C- Existe alguma coisa que você gostaria de acrescentar sobre o tema que eu possa ter deixado de fora? (Fique a vontade)

Anexo 7

QUESTÕES

ENTREVISTA COM PROFESSORES- SME

NOME FICTÍCIO: _____ CÓDIGO _____

IDADE: _____ SEXO: _____ LOCAL: _____

FORMAÇÃO PROF: _____

N4-1P- Fale-me sobre sua experiência profissional com os idosos?

N1-2P- Descreva a sua participação no processo de formulação das diretrizes da FASC para os idosos?

N2-3P- Descreva a sua participação no Programa De Bem com a Vida.

N2-4- Fale-me dos objetivos do Programa De Bem com a Vida.

N3-5- Fale-me dos objetivos do Projeto de Atividades Físicas Sistematizadas para os idosos, existentes dentro do Programa De Bem com a Vida.

N3-6P- Fale da sua participação na elaboração do Projeto de Atividades Físicas Sistematizadas para os idosos.

N3-7- Descreva-me com é o processo de execução das metas do Projeto de Ativ. Fís. Sist. para os idosos e a sua participação.(Quem, como, porquê participa?).

N3-8- Descreva-me com o processo de avaliação do Projeto de Ativ. Fís. Sist. para os idosos.(Quem, como e porquê?).

N4-9P- Descreva as atribuições dos professores no grupo de idosos? (e na SME).

N3-10- Como é tratada a questão da atividade física relacionada à saúde dos idosos, na prevenção das doenças crônico-degenerativas dentro do Grupo?

N4-11P- Como são os procedimentos realizados na recepção do idoso no grupo?

N4-12P- Fale-me sobre a forma de funcionamento do grupo (horário, frequência, atividades, público alvo, tempo do grupo).

N3-13- Como você avalia os recursos financeiros, humanos, materiais e das instalações na implementação do Projeto de Atividade Física para idosos.

N4-14P Como você avalia os resultados atingidos até o momento pelo grupo de idosos.

N4-15P-Fale-me sobre a rotina da sua aula:

N4-16P- Descreva como ocorre o processo de avaliação dos idosos no grupo.

N4-17P- Como é feita a divulgação dos Projetos para idosos da SME junto à comunidade?

N4-18P- Como são sistematizadas as atividades nos grupos do Projeto de Ativ. Fís. Sist.

N4-19P- Como o Grupo se articula com o Projeto de Ativ. Fís. e com outros grupos de atividades realizadas nesse local.

N4-20P- Existe alguma coisa que você gostaria de acrescentar sobre o tema que eu possa ter deixado de fora? (Fique a vontade)

Anexo 8

TERMO DE CONSENTIMENTO FORMAL PÓS-INFORMAÇÃO

Ao assinar este documento, estou consentindo formalmente em ser questionado pela pesquisadora **Marieni Bello Corrêa**, aluna Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Rio Grande do Sul. O tema abordado pela pesquisadora é: **Um estudo das ações do Governo Municipal de Porto Alegre na área da atividade física para idosos.**

Recebi da pesquisadora as seguintes informações:

1. Serei informado sobre todos os procedimentos referentes ao questionário que será realizado comigo.
2. O questionário será anotado na íntegra. Após o término, as informações serão lidas, para eu confirmá-las.
3. Terei garantido o anonimato e o sigilo referente a minha pessoa, vinculada às informações anotadas.
4. Minha participação será voluntária, não sendo obrigado a responder todas as perguntas, e podendo interromper ou cancelar a qualquer momento. Não haverá ônus financeiro para nenhuma das partes.
5. Achando necessário, outros esclarecimentos sobre minha participação, ou querendo cancelar o questionário realizado, entrarei em contato pessoal com a pesquisadora, ou pelo telefone: **32241454**

Aluno: (rubricar) :.....Data:.....

Anexo 9

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO-CURSO DE MESTRADO
**ASPECTOS RELACIONADOS AOS PARTICIPANTES DO GRUPO DE ATIVIDADE
FÍSICA-QUESTIONÁRIO**

BAIRRO: _____ CÓDIGO: _____

DATA: _____ GRUPO: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1A- SEXO: 1 - () Masculino 2 () Feminino

2A -IDADE: _____

3A - Estado Civil

1 () casado(a) 4 () solteiro(a)
2 () viúvo(a) 5 () desquitado ou divorciado
3 () separado(a) 6 () outro _____

4A – Escolaridade

1 () não lê e não escreve 5 () ginásio completo
2 () primário incompleto 6 () 2º grau incompleto
3 () ginásio incompleto 7 () 2º grau completo
4 () primário completo 8 () superior

B) ASPECTOS ECONÔMICOS

5B- Sua renda é de quantos salários mínimos?

1 () menos de 1 salário 4 () 3 a 4 7 () acima de 10
2 () 1 5 () 5 a 7
3 () 2 6 () 8 a 10

6B- Qual a origem da sua renda?

1 () salário 5 () serviço temporário
2 () aposentadoria 6 () poupança
3 () pensão 7 () licença. Qual? _____
4 () aluguel 8 () aposentadoria por doença. Qual _____

7B-Quantas pessoas dependem da sua renda no momento?

- 1 () filho(a)_____ 3 () cônjuge 5 () outros _____
2 () netos_____ 4 () amigos _____

8B- Moradia:

- 1 () aluguel 3 () cedida
2 () própria 4 () invadida

C) SAÚDE

9C-Em geral diria que sua saúde é:

- 1 () ótima 3 () regular 5 () péssima
2 () boa 4 () má 6 () outra: _____

10C-Você tem algum problema de doença em tratamento? (múltipla escolha)

- 1 () nenhum 7 () depressão 13 () outra _____
2 () artrose 8 () dores da coluna
3 () bronquite 9 () alguma doença no coração
4 () enfisema 10 () pressão alta
5 () osteoporose 11 () Incontinência Urinária
6 () artrite 12 () diabetes

11C-Consultou o médico nos últimos seis meses?

- 1 () sim 2 () não

12C-Em que lugar consultou o médico?

- 1 () posto de saúde do bairro 4 () consultório médico IPE ou SUS
2 () outro posto de saúde 5 () consultório médico outros convênios
3 () consultório médico particular 6 () outros _____

13C-Toma alguma medicação? 1 () Sim 2 () Não

Para quê? _____

14C-Como consegue sua medicação?

- 1 () comprou 3 () não conseguiu 6 () outro: _____

E)- ASPECTOS NO GRUPO

23E-Como você tomou conhecimento da existência do grupo?_____

24E-Além do grupo de Ativ. Fís. você participa de outras atividades do Programa de Bem com a Vida?_____

25E-Quais?_____

26E-Descreva dos objetivos do grupo de atividade física._____

27E-Quais os seus objetivos participando das atividades?_____

28E-Qual a sua opinião sobre o material disponível para as atividades?

1 () Suficiente 2 () Regular 3 () Nenhum 4 () insuficiente

29E-Qual a sua opinião sobre o espaço disponível para as atividades?_____

30E Quais os procedimentos realizados com você, quando chegou no grupo pela primeira vez?_____

31E--Dê a sua sugestão, para o melhoramento nos serviços que a Prefeitura tem oferecido, em relação à atividade física para beneficiar a sua saúde: