

Delcio Antônio Agliardi  
Vania Beatriz Merlotti Herédia  
[orgs.]

# CIDADE E ENVELHECIMENTO:

uma experiência de  
pesquisa interdisciplinar



# **CIDADE E ENVELHECIMENTO:**

uma experiência de  
pesquisa interdisciplinar

## **Fundação Universidade de Caxias do Sul**

*Presidente:*  
Dom José Gislon

### **Universidade de Caxias do Sul**

*Reitor:*  
Gelson Leonardo Rech

*Vice-Reitor:*  
Asdrubal Falavigna

*Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação:*  
Everaldo Cescon

*Pró-Reitora de Graduação:*  
Terciane Ângela Luchese

*Pró-Reitora de Inovação e  
Desenvolvimento Tecnológico:*  
Neide Pessin

*Chefe de Gabinete:*  
Givanildo Garlet

*Coordenadora da EDUCS:*  
Simone Côrte Real Barbieri

### **Conselho Editorial da EDUCS**

André Felipe Streck  
Alexandre Cortez Fernandes  
Cleide Calgaro – Presidente do Conselho  
Everaldo Cescon  
Flávia Brocchetto Ramos  
Francisco Catelli  
Guilherme Brambatti Guzzo  
Jaqueline Stefani  
Karen Mello de Mattos Margutti  
Márcio Miranda Alves  
Simone Côrte Real Barbieri – Secretária  
Suzana Maria de Conto  
Terciane Ângela Luchese

## **Comitê Editorial**

Alberto Barausse  
*Università degli Studi del Molise/Itália*

Alejandro González-Varas Ibáñez  
*Universidad de Zaragoza/Espanha*

Alexandra Aragão  
*Universidade de Coimbra/Portugal*

Joaquim Pintassilgo  
*Universidade de Lisboa/Portugal*

Jorge Isaac Torres Manrique  
*Escuela Interdisciplinar de Derechos  
Fundamentales Praeeminentia Iustitia/  
Peru*

Juan Emmerich  
*Universidad Nacional de La Plata/  
Argentina*

Ludmilson Abritta Mendes  
*Universidade Federal de Sergipe/Brasil*

Margarita Sgró  
*Universidad Nacional del Centro/  
Argentina*

Nathália Cristine Vieceli  
*Chalmers University of Technology/Suécia*

Tristan McCowan  
*University of London/Inglaterra*



Delcio Antônio Agliardi  
Vania Beatriz Merlotti Herédia  
[orgs.]

# **CIDADE E ENVELHECIMENTO:**

uma experiência de  
pesquisa interdisciplinar

## **Autores**

Adriana Speggorin  
Bruna Tronca  
Delcio Antônio Agliardi  
Dino Roberto Soares De Lorenzi  
Fernanda de Quadros Koch  
João Ignacio Pires Lucas  
Margareth Lucia Paese Capra  
Nilva Lúcia Rech Stedile  
Pedro de Alcântara de Bitencourt César  
Suzana Maria de Conto  
Vania Beatriz Merlotti Herédia  
Verônica Bohm



© dos organizadores  
1ª edição: 2024  
Preparação de texto: Giovana Letícia Reolon  
Revisão: Maria Teresa Echenvenguá Maldonado  
Editoração e Capa: Igor Rodrigues de Almeida

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Universidade de Caxias do Sul  
UCS – BICE – Processamento Técnico

C568 Cidade e envelhecimento [recurso eletrônico] : uma experiência de pesquisa interdisciplinar / organizadores Delcio Antônio Agliardi e Vania Beatriz Merlotti Herédia. – Caxias do Sul, RS : EducS, 2024. Dados eletrônicos (1 arquivo).

Vários autores.  
Apresenta bibliografia.  
Modo de acesso: World Wide Web.  
ISBN 978-65-5807-374-1

1. Idosos. 2. Idosos - Gramado - Pesquisa. 3. Velhice. I. Agliardi, Delcio Antônio. II. Herédia, Vania Beatriz Merlotti.

CDU 2. ed.: 316.346.32-053.9

Índice para o catálogo sistemático:

1. Idosos	316.346.32-053.9
2. Idosos - Gramado - Pesquisa	316.346.32-053.9(816.5)
3. Velhice	613.98

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária  
Márcia Servi Gonçalves - CRB 10/1500.

Direitos reservados a:



EDUCS – Editora da Universidade de Caxias do Sul  
Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 – Bairro Petrópolis – CEP 95070-560 –  
Caxias do Sul – RS – Brasil  
Ou: Caixa Postal 1352 – CEP 95020-972 – Caxias do Sul – RS – Brasil  
Telefone/Telefax: (54) 3218 2100 – Ramais: 2197 e 2281 – DDR (54) 3218 2197  
Home Page: [www.ucs.br](http://www.ucs.br) – E-mail: [educs@ucs.br](mailto:educs@ucs.br)

Pesquisa realizada pela Universidade de Caxias do Sul (UCS)  
em colaboração com a Prefeitura Municipal de Gramado – RS  
e apoio da CPFL Energia através do Fundo Municipal do Idoso  
de Gramado

# SUMÁRIO

## **Apresentação/ 9**

### **1. Introdução / 16**

### **2. Aspectos metodológicos/ 22**

- 2.1. Desenho da pesquisa/ 23
- 2.2. Técnicas de pesquisa/ 24
- 2.3. Fontes de dados/ 29
- 2.4. Procedimentos metodológicos/ 30
- 2.5. Amostra da pesquisa/ 31
- 2.6. Local de estudo/ 33
- 2.7. Limites enfrentados na realização da pesquisa/ 37

### **3. Dados do município de Gramado/ 39**

- 3.1. Perfil sociodemográfico de Gramado/ 39
- 3.2. Perfil social de gramado/ 44
- 3.3. Dados urbanos de Gramado/ 50
- 3.4. Dados ambientais de Gramado/ 51
  - 3.4.1. Qualidade do ar/ 51
  - 3.4.2. Níveis de poluição sonora/ 52
  - 3.4.3. Saneamento básico/ 52
- 3.5. Dados de educação, esporte e lazer/ 55

### **4. Análise dos dados: percepção dos idosos acerca do município/ 66**

- 4.1. Aspectos gerais acerca dos idosos entrevistados/ 67
- 4.2. Aspectos gerais: condições de moradia/ 76
- 4.3. Aspectos gerais: condições socioeconômicas dos entrevistados/ 79
- 4.4. Aspectos gerais: condições de saúde, autonomia e independência/ 83
- 4.5. Aspectos gerais: mobilidade urbana, acessibilidade e questões urbanas/ 89
- 4.6. Aspectos gerais: comunicação e informação/ 95
- 4.7. Aspectos gerais: participação social e espaços de lazer/ 99
- 4.8. Aspectos acerca da segurança/ 106

## **5. Inventário de políticas públicas, serviços e programas/ 108**

### **5.1. Sistema municipal de saúde de Gramado/ 109**

- 5.1.1. Marco legal e bases que orientam a Política Nacional de Saúde/ 109
- 5.1.2. Estrutura, organização e funcionamento do sistema de saúde em Gramado/ 115
- 5.1.3. Organização e gestão da Rede Básica de Saúde/ 116
- 5.1.4. Descrição do processo de trabalho da maior Unidade Básica de Saúde do município – Centro de Saúde Altreiter Filho, bairro Várzea Grande/ 130
- 5.1.5. Rede Municipal de Atenção Psicossocial – RAPS/ 133
- 5.1.6. Atenção especializada e hospitalar/ 137
- 5.1.7. Análise das condições de saúde segundo dados oficiais do município de Gramado/ 142
- 5.1.8. Percepção de gestores e profissionais de saúde quanto às potencialidades, fragilidades e soluções vislumbradas em relação ao Sistema Municipal de Saúde (grupos focais)/ 155
  - 5.1.8.1. Grupo 1 – Representantes da gestão/ 156
  - 5.1.8.2. Grupo 2 – Profissionais que atuam no Município/ 160
- 5.1.9. Síntese analítica quanto ao Sistema Municipal de Saúde/ 162

### **5.2. Sistema Municipal de Assistência Social/ 169**

- 5.2.1. Marco legal e bases que orientam a Política Nacional de Assistência Social/ 170
- 5.2.2. Estrutura, organização e funcionamento do Sistema de Assistência Social de Gramado/ 173
- 5.2.3. Perfil da população idosa cadastrada no CadÚnico/ 190
- 5.2.4. Percepção de profissionais quanto às potencialidades, fragilidades e soluções vislumbradas em relação ao Sistema Municipal de Assistência Social (grupo focal)/ 202
- 5.2.5. Síntese analítica quanto ao Sistema Municipal de Assistência Social/ 205

## **6. Identificação das potencialidades, dificuldades e recomendações/ 209**

## **7. Considerações finais/ 221**

## **Referências/ 225**



<b>Apêndice A</b>	– Lista de aplicadores dos questionários da pesquisa/	<b>234</b>
<b>Apêndice B</b>	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Questionário)/	<b>235</b>
<b>Apêndice C</b>	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo focal)/	<b>237</b>
<b>Apêndice D</b>	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista com profundidade)/	<b>239</b>
<b>Apêndice E</b>	– Questionário/	<b>241</b>
<b>BLOCO A</b>	– Perfil do idoso/	<b>242</b>
<b>BLOCO B</b>	– Moradia/	<b>244</b>
<b>BLOCO C</b>	– Participação cívica e emprego/	<b>246</b>
<b>BLOCO D</b>	– Participação social/	<b>249</b>
<b>BLOCO E</b>	– Apoio comunitário e serviços de saúde/	<b>251</b>
<b>BLOCO F</b>	– Vida diária/ autonomia/	<b>253</b>
<b>BLOCO G</b>	– Transporte/	<b>254</b>
<b>BLOCO H</b>	– Respeito e inclusão social/	<b>255</b>
<b>BLOCO I</b>	– Espaços abertos e prédios/	<b>256</b>
<b>BLOCO J</b>	– Comunicação e informação/	<b>257</b>
<b>Lista de abreviaturas e siglas/</b>		<b>258</b>

# APRESENTAÇÃO

A Universidade de Caxias do Sul tem a satisfação de apresentar esta obra, *Cidade e envelhecimento: uma experiência de pesquisa interdisciplinar*, que é fruto de uma exaustiva pesquisa, realizada no período de 2020 a 2022 no município de Gramado. A proposta deste estudo nasceu anos antes, quando a universidade se candidatou para fazer o projeto para o Conselho Municipal do Idoso de Gramado, com o intuito de que o município se candidatasse para a certificação internacional de ser “a cidade amiga do idoso”.

Essa proposta e os recursos referentes a ela ficaram adormecidos por um período, apesar do projeto ter sido encaminhado e aprovado pelo Conselho Municipal do Idoso de Gramado. Entretanto, teve andamento anos depois pela Prefeitura daquele município que entendeu a importância de efetivar as condições que eram exigidas para disputar a candidatura de ser “a cidade amiga do idoso” pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Naquele momento, julho de 2020, a Universidade de Caxias do Sul foi contratada para realizar o estudo que constitui a primeira etapa do processo de certificação, sendo que a instituição que assumiu a segunda etapa referente aos encaminhamentos da certificação foi o Centro Internacional de Longevidade (ILC) e o Instituto Moriguchi (RS).

Esse certificado é uma demonstração das reais condições que a cidade oferece aos idosos e, conseqüentemente, àqueles que nela habitam. Para recebê-lo, é necessário cumprir etapas por parte das cidades que o solicitam pela comprovação de exigências que constam no protocolo que rege essa certificação internacional. Isso significa o uso da metodologia, a observação dos protocolos estabelecidos pela OMS.

A primeira etapa consiste na apresentação de um “diagnóstico participativo” sobre a cidade que envolve uma descrição minuciosa das condições que ela oferece aos seus habitantes, em que os diversos agentes sociais estejam envolvidos e apresentem as percepções sobre a vida coletiva naquele território. A etapa seguinte prevê um plano de ação cujos resultados são apresentados à OMS para garantir a concessão da certificação.

Quais os ganhos dessa certificação? Ela é uma comprovação de que a cidade em questão tem condições de oferecer à sua população idosa meios adequados para estar na rede global – cidade amiga do idoso – e suporte em alguns serviços para o envelhecimento ativo. Nasce como produto de uma pesquisa que ocorre em cidades em diversas regiões do mundo com a finalidade de “avaliar a adaptação das cidades às necessidades de idosos como base para identificar áreas de ação” (OMS, 2007, p. 3). Diante do crescimento da população idosa mundial, a premissa básica da proposta da OMS é promover o “envelhecimento ativo”, ou seja, uma população que possa envelhecer de forma saudável. Para garantir que o projeto tivesse resultados, foi proposto o “Protocolo de Vancouver”, que define a metodologia a ser aplicada para a realização do diagnóstico. No Brasil, esse protocolo foi adequado às condições do país e chamado de “Protocolo do Rio”. Diversas cidades brasileiras já possuem essa certificação, o que tem motivado a procura de novas cidades, em vista do benefício que representa para quem a conquista.

Nesse contexto, a Universidade de Caxias do Sul, pela sua longa história de vanguarda no campo do envelhecimento humano, reconhecida pelas diversas iniciativas acadêmicas que desenvolve nos seus espaços acadêmicos, candidata-se para a elaboração e execução deste projeto, por sua larga experiência em pesquisa construída por

programas e ações desenvolvidas como uma das primeiras universidades no Rio Grande do Sul que se habilitou para atuar nesse campo em nível de graduação, pós-graduação, pesquisa e extensão. Ainda na década de 1990, criou uma Associação Regional da Terceira Idade e desde 1991 recebe alunos para frequentarem a Universidade da Terceira Idade num Programa denominado “Preparando e construindo a Terceira Idade”. Essa iniciativa teve vários desdobramentos, e até 2024 continua recebendo alunos interessados em atividades pedagógicas voltadas para um envelhecimento saudável.

A história da Universidade da Terceira Idade na Universidade de Caxias do Sul, inovadora e inspiradora, teve um papel fundamental na vida de centenas e centenas de idosos que foram para a Universidade realizar um sonho esperado ao longo da vida e chegaram na Academia por conta própria, cursaram algumas disciplinas do Ensino Superior e se integraram nas propostas oferecidas. Ao mesmo tempo que abriu esse espaço oficial, de ensino e pesquisa, a Universidade capacitou-se para incluir nas aulas de graduação os alunos idosos que desejassem cursar diversas disciplinas, em blocos selecionados pela Pró-Reitoria de Graduação. Eram disciplinas selecionadas que davam uma visão de conjunto na área escolhida e foram oferecidas nas áreas de conhecimento da vida, das ciências humanas e em algumas áreas de tecnologia. Essa experiência permitiu que a universidade cumprisse com seu papel de extensão, de oferecer cursos, oficinas e atividades dirigidas para adultos e idosos que tivessem interesse de frequentar os espaços universitários. O resultado positivo promoveu um crescimento desses alunos, e a Universidade da Terceira Idade (UNTI) cresceu, qualificou-se e ampliou o atendimento aos interessados. Hoje chamada de UCS Sênior, continua

cumprindo um papel importante na preparação do envelhecimento pela oferta de sua programação semestral.

Em 1995, foi oferecido o primeiro programa de pós-graduação *lato sensu* em “gerontologia social”, com o intuito de aprimorar o conhecimento na área do envelhecimento e preparar recursos humanos para atuarem nesse campo de conhecimento. O curso previa execução de atividades práticas junto a idosos e foi realmente uma porta aberta para a capacitação nessa área. Em 1993, a Universidade desenvolveu pesquisa junto ao Conselho Estadual do Idoso, coordenado por Zilla Maria Daros Sander, com a finalidade de traçar o perfil urbano dos idosos no Rio Grande do Sul. Esse projeto, financiado pelo governo do Estado e por 14 universidades localizadas no Rio Grande do Sul, deu um lastro para a pesquisa na área do envelhecimento e foi impulsor de programas de pós-graduação em diversas universidades gaúchas.

Mas do que trata esta obra? *Cidade e envelhecimento: uma experiência de pesquisa interdisciplinar* oferece ao leitor uma síntese do projeto de pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” e dos resultados que foram alcançados para a organização do plano de ação que colabora para o município buscar a certificação. A pesquisa interdisciplinar oferece a oportunidade de ter experiência das diversas disciplinas integradas com foco no envelhecimento e na vida em cidades. Segundo Pombo<sup>1</sup>, é preciso reconhecer que, por detrás das palavras *inter*, *multi*, *pluri* e *transdisciplinaridade* está a palavra *disciplina*, isto é, as disciplinas se

---

<sup>1</sup> Do texto “Interdisciplinaridade e integração dos saberes”, apresentado na conferência do Congresso Luso-Brasileiro sobre Epistemologia e Interdisciplinaridade na Pós-Graduação, realizado em Porto Alegre, na PUCRS, nos dias 21, 22 e 23 de junho de 2004. Disponível em: <https://cfcul.mcmlxxvi.net/biblioteca/online/pdf/olgapombo/interdisciplinaridadeintegracao.pdf>.

comunicam umas com as outras, confrontam e discutem as suas perspectivas, estabelecem entre si uma interação.

A obra é dividida em seis capítulos, não incluindo a apresentação, as considerações finais, as referências bibliográficas e os anexos. O primeiro introduz o tema, os objetivos da pesquisa, os principais aspectos que a motivaram, seu financiamento, as parcerias e a relevância da proposta frente à política de envelhecimento ativo, postulada pela OMS.

O segundo capítulo descreve a metodologia aplicada para a realização do diagnóstico participativo e traz como evidência os pressupostos da rede global da OMS pelo *Guia global – cidade amiga do idoso*, que entende a cidade como “núcleo de atividade e de progresso social” e defende a ideia de que as cidades amigas dos idosos são “mais eficazes para responder ao envelhecimento demográfico” (OMS, 2008). Utiliza o Protocolo de Vancouver (2006) e o Protocolo do Rio (2015) para eleger as variáveis que foram utilizadas na pesquisa como interrogações do que a cidade oferece ou deve oferecer à sua população idosa. O estudo foi dividido em diversos momentos que envolveram: a pesquisa documental sobre a cidade de Gramado, a pesquisa empírica junto à população idosa e a participação em grupos focais que representaram os diversos segmentos e estratos sociais da cidade, bem como a análise de dados. Para definir a amostra da pesquisa de campo foram utilizados dados do Censo Demográfico de 2010 e estimativas para 2020, uma vez que ela foi realizada de novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

O terceiro capítulo trata de dados sobre o município de Gramado que abrangem o perfil socioeconômico, social bem como os dados urbanos, ambientais (qualidade do ar, poluição sonora e saneamento básico) e os dados referentes à educação, ao esporte e ao lazer.

O quarto capítulo analisa os resultados da pesquisa empírica que identifica a percepção dos idosos sobre sua vida no município. A análise inclui a descrição da amostra e a percepção dos idosos sobre suas condições socioeconômicas, relacionadas a: saúde, mobilidade urbana, acessibilidade, comunicação, informação, participação social, espaços de lazer e aspectos de segurança. Na metodologia da “rede global de cidades amigas do idoso” é fundamental o envolvimento de idosos na proposta participativa, o que cria um espaço de diálogo destes sobre a cidade que vivem.

O quinto capítulo apresenta o inventário de políticas públicas, os serviços e os programas que o município de Gramado oferece para sua população. No inventário destacam-se os fundamentos do Sistema Municipal de Saúde e o Sistema Municipal de Assistência Social, e para amparar a análise são descritos o marco legal e as bases que orientam a Política Nacional de Saúde e a de Assistência Social. Além disso, são descritos a estrutura, a organização e o funcionamento do sistema de saúde e de assistência de Gramado. Ainda nesse capítulo são apresentadas a percepção de gestores e profissionais de saúde e de assistência que atuam no município, fruto de grupos focais que permite identificar fragilidades, potencialidades e soluções desses sistemas, sustentadas pela experiência desses estratos.

No sexto capítulo a análise salienta as potencialidades, dificuldades e recomendações previstas no diagnóstico participativo que pode qualificar a cidade por meio de ações propositivas que nascem dessas recomendações. A identificação das condições em que vive a população idosa é um ganho para a população na medida em que o município pode providenciar atenção e solução às demandas localizadas pelo diagnóstico e ao mesmo tempo potencializar os aspectos positivos apresentados. A produção de um “plano de ação para o envelhecimento” parte do princípio do co-

nhecimento para aqueles à qual se aplica, e o diagnóstico oferece os dados nesse sentido. A publicação conta com a conclusão, as referências bibliográficas utilizadas e diversos anexos, entre eles o instrumento de pesquisa.

A presente obra foi produzida por uma equipe de profissionais especializados em suas áreas de atuação, o que viabilizou o uso da metodologia proposta pela OMS que está expressa no próprio diagnóstico. A pesquisa interdisciplinar, de relevância científica, é uma demonstração das possibilidades que a academia oferece pela base sólida que tem na prática de pesquisa. A universidade tem o papel de promoção da pesquisa científica, pois é preparada para tal, e o estudo é uma demonstração desse papel de produção de conhecimento. A importância da pesquisa “cidade mais amiga do idoso” para municípios que desejem elaborar uma política municipal para a população idosa, por meio do conhecimento do perfil da sua população, das condições socioeconômicas do município, das suas fragilidades e potencialidades e da meta de oferecer espaços e conjunções que qualifiquem a vida coletiva da população de todas as idades é uma constatação.

O protagonismo do idoso só acontece se ele estiver envolvido com as questões da cidade, com suas transformações, com sua história. Discutir o tema e pensar juntos soluções para resolver questões que envolvem maior inclusão social, garantias de cidadania e participação comunitária continua a ser um grande desafio.

Enfim, esta obra, resultado de uma exaustiva pesquisa, é uma experiência de estudo interdisciplinar que pode colaborar para estudos futuros de cidades que aspirem melhorar as condições de vida de seus idosos e, de uma maneira geral, de sua população. Ter planos para ser uma cidade amiga do idoso é uma estratégia de possibilidades de ser uma cidade amiga de todas as idades.



# 1. INTRODUÇÃO

Este projeto nasce do interesse do Município de Gramado pela candidatura de se tornar uma cidade para todas as idades. A proposta do projeto utiliza como referência o *Guia Global – cidade amiga do idoso*<sup>2</sup>, da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Tem-se ciência de que algumas cidades brasileiras já receberam essa certificação internacional. Nesse sentido, a experiência evidencia a importância de que as cidades promovam a integração de todas as idades ao oferecer ambientes seguros, participação social e comunitária e serviços que atendam à população de forma geral. As premissas que constituem a proposta que o guia global traz baseiam-se nos pressupostos de que a população atual vive mais tempo e busca condições de viver bem, em lugares seguros e adequados, que lhes proporcionem acesso às políticas sociais públicas.

A defesa dessa proposta, pelo Centro Internacional de Longevidade (ILC), que tem sede no Rio de Janeiro, sustentou-se nos postulados da política de envelhecimento ativo. Essa política parte do princípio de que é necessário otimizar “as oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que elas envelhecem” (OMS, 2008, p. 63). Segundo a OMS, o conceito “ativo” refere-se à participação da população idosa nas diversas instâncias da vida coletiva, contribuindo socialmente, a partir de sua experiência de vida.

O documento proposto pela OMS explicita os determinantes do envelhecimento ativo, considerando que cada um tem um papel decisivo nesse processo, que tem como

---

<sup>2</sup> A concepção de “cidade amiga do idoso” foi sendo modificada e qualificada ao longo da última década para “cidade de todas as idades” e recentemente denomina-se “cidade para todas as idades”.

fim maior colaborar para que haja avanços na busca de um envelhecimento saudável. O envelhecimento ativo depende de vários determinantes: ambiente físico; determinantes pessoais, sociais, econômicos e comportamentais; e serviços sociais e de saúde.

A Universidade de Caxias do Sul (UCS) habilitou-se para realizar esse projeto de pesquisa no campo do envelhecimento pela longa história que construiu nesse campo de conhecimento. Nos últimos 30 anos, realizou inúmeras pesquisas voltadas para o avanço da área de conhecimento por meio do Núcleo de Pesquisa “Estudos do Envelhecimento”, que, desde 1993, está inscrito no Diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Atenta às mudanças que têm ocorrido no país ante as políticas públicas que dizem respeito à população idosa e às experiências realizadas nesse campo, a UCS é parceira nesse projeto, uma vez que se candidatou para realizar o diagnóstico do município de Gramado, que está interessado em participar da Rede Global de cidades amigas de todas as idades. Essa intenção teve início alguns anos atrás, quando a empresa Rio Grande Energia (RGE), do Grupo CPFL Energia, concessionária responsável pelo serviço de distribuição de energia elétrica em vários municípios do Rio Grande do Sul, mostrou interesse em financiar esta pesquisa, porque beneficiaria Gramado e seria uma referência para outros municípios gaúchos, sendo uma ação que reflete o interesse em contribuir com as políticas públicas voltadas à pessoa idosa.

No Rio Grande do Sul, cálculos baseados no Censo de 2010 mostram que 13,6% da população têm mais de 60 anos, o que torna o estado o mais envelhecido do Brasil. Nos próximos 40 anos, estima-se que a população idosa no país triplicará e em 2060 corresponderá a um terço da po-

pulação total. Segundo as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2030 haverá mais pessoas acima de 60 anos que crianças – de 0 a 14 anos (IBGE, 2011).

Dessa forma, a presente publicação apresenta o diagnóstico de Gramado – RS. A pesquisa, de corte transversal, tem como tema esse município e sua população. Gramado integra a região das Hortênsias, com área territorial de 239,341 km<sup>2</sup>, e está a 117 km de distância de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, numa altitude de 821m acima do nível do mar. Sua população, segundo dados disponíveis no Censo 2010 (IBGE, 2011), é de aproximadamente 32 mil pessoas, e o delineamento populacional mostra uma população majoritariamente autodeclarada branca (28.321 pessoas), de residência urbana (29.013 pessoas), com 3.874 pessoas acima de 60 anos, sendo que, destas, 3.222 vivem na área urbana da cidade. Dos residentes permanentes, 20.368 são naturais do município. Da população total, 15.040 mulheres e 13.973 homens vivem em área urbana, enquanto 1.560 mulheres e 1.700 homens vivem na área rural (IBGE, 2011).

Essa publicação traz o resultado do diagnóstico sobre Gramado e teve como objetivo identificar as condições sociais que esse município oferece para a população idosa, de modo a elaborar um diagnóstico participativo que fornecesse elementos para examinar as suas condições econômicas, políticas e sociais como exigência de se tornar uma “cidade amiga do idoso”. Para tal, o diagnóstico é condição *sine qua non* da exigência dessa modalidade e deve subsidiar o “plano de envelhecimento” a ser construído pelos responsáveis envolvendo o Município, o Instituto Moriguchi, o Centro Internacional de Longevidade, a fim de obtenção da certificação na rede global de cidades para todas as idades.

Entre os objetivos específicos do estudo, destacam-se: a) identificar as condições econômicas, políticas e sociais em que Gramado se encontra para atender às exigências previstas na proposta da rede global de “cidade amiga do idoso”; b) identificar, a partir dos indicadores sociais, políticos e econômicos, como vive a população idosa em Gramado e de quais condições dispõem quanto a serviços sociais, de saúde, de educação e de assistência para atender às demandas básicas; c) realizar um inventário de serviços e programas sociais que o município dispõe para a população idosa; e d) identificar oportunidades e potencialidades, problemas e obstáculos que o município apresenta em relação ao objeto do estudo, a fim de colaborar com a proposição de ações que favoreçam o desenvolvimento da cidade como “amiga de todas as idades”.

A elaboração deste projeto partiu das seguintes questões norteadoras:

1. Os principais serviços e programas sociais oferecidos pelo município de Gramado contemplam as exigências da rede global para “cidade de todas as idades”?
2. Os indicadores sociais, políticos e econômicos de Gramado atendem às exigências para o ingresso na rede global para “cidades de todas as idades”?
3. Como o plano de governo municipal contempla as políticas do idoso?
4. Como os idosos percebem os serviços oferecidos para a população idosa pelo Município?
5. Como as lideranças percebem a situação do idoso no município?
6. O idoso (morador) de Gramado é protagonista na sua cidade?

É importante salientar que a proposta de pesquisa seguiu os pressupostos teórico-metodológicos da rede global da OMS. A ideia do *Guia global – cidade amiga do idoso* é facilitar que governos, organizações, empresas do setor privado e grupo de cidadãos com interesse tornem a sua cidade mais amiga do idoso. Os itens que foram analisados constam na Figura 1: prédios públicos e espaços abertos; transporte; moradia; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; e apoio comunitário e serviços de saúde. É importante salientar que, nesta proposta metodológica, as “cidades são o centro das atividades culturais, sociais e políticas” (OMS, 2008, p. 9) e, portanto, devem ser adequadas a cidadãos de todas as idades.

Figura 1 – Quesitos do projeto “Cidade amiga do idoso”



Fonte: OMS (2008, p. 14).

Os dados apresentados visam a atender às exigências previstas no projeto de pesquisa e no plano de intenções estabelecidos pela Rede Global da OMS para o Município aderir à candidatura, ou seja: 1) criar um mecanismo para envolver pessoas idosas em todas as fases do projeto; 2) fazer uma avaliação inicial dos ambientes favoráveis para o envelhecimento ativo; 3) desenvolver um plano de ação baseado na avaliação inicial com o comprometimento de sua implementação; 4) identificar os indicadores de monitoramento da implementação do plano; e 5) promover o comprometimento formal da prefeitura para implementar o plano de ação e observar os critérios estabelecidos pela OMS.

Dessa forma, o diagnóstico foi dividido em sete seções, assim distribuídas: Apresentação; Aspectos metodológicos; Dados gerais de Gramado; Análise dos dados: percepção dos idosos entrevistados acerca do município; Inventário de políticas públicas, serviços e programas para a população idosa; Identificação das potencialidades, das dificuldades e das recomendações para o município se tornar uma cidade amiga do idoso; e, por fim, Considerações finais.

## 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa utiliza como suporte teórico a abordagem histórico-estrutural (Becker, 1997). A proposta de análise é dinâmica e tem como intenção abarcar todos os aspectos que constituem a vida do município com a finalidade de identificar os serviços e programas sociais que o Município oferece, bem como suas possibilidades e obstáculos para se tornar uma “cidade para todas as idades”.

A pesquisa utilizou como referências o Protocolo de Vancouver e o Protocolo do Rio (ILC-BR, 2015), cujos temas são contemplados: (1) *ambiente físico* inclui espaços externos e internos, sejam públicos ou comerciais; (2) *transporte*, o que envolve todos os serviços de transporte público, estradas, estacionamentos e condições que afetam a direção de veículos; (3) *moradia*, ou seja, as configurações externas e internas da habitação pessoal, custeio, manutenção e acessibilidade a serviços e oportunidades; (4) *oportunidades para participação*, por meio de socialização, recreação, atividade física, trabalho remunerado, voluntariado, participação cidadã; (5) *respeito e inclusão social*, comportamento, facilidades e serviços que demonstram o respeito dos membros da comunidade pelas pessoas idosas bem como direitos e privilégios iguais; (6) *comunicação e informação*, incluindo toda a comunicação midiática e conteúdo que oferece informação útil para pessoas idosas; (7) *oportunidades para aprender* novas informações e habilidades propiciadoras de bem-estar, trabalho e participação na sociedade, formais e informais; (8) *apoio e cuidado*, com disponibilidade de recursos para o autocuidado e suporte e cuidado de família, amigos, vizinhos e serviços comunitários e institucionais; (9) *proteção e segurança* como tema

transversal abordado em todos os oito temas, relacionado à prevenção de acidentes, agravos físicos e de risco de crimes nos vários ambientes da vida diária.

O Protocolo de Vancouver foi desenvolvido pela OMS em 2006, com base na proposta de envelhecimento ativo e crescimento da população idosa, objetivando constatar as necessidades dessa população, a fim de criar orientações para a “cidade amiga do idoso” (OMS, 2008). O protocolo apresenta diretrizes qualificativas às cidades para serem classificadas como amigas do idoso.

Para a OMS (2008, p. 7), “em termos práticos, uma cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para que estes sejam acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidade”. Desse modo, o protocolo visa a identificar aspectos nos quais a cidade precisa melhorar para o bem-estar do idoso.

## **2.1. Desenho da pesquisa**

O estudo, de natureza transversal, foi dividido em três etapas: a pesquisa documental, a pesquisa de campo e a análise de dados. A primeira foi constituída pela busca de dados demográficos, econômicos, políticos e sociais sobre o município, a fim de descrever suas principais características e o que ele oferece para sua população. Para tanto, prevê como fontes o uso das principais bases que registram dados oficiais sobre Gramado. A segunda foi a aplicação de questionários, entrevistas de profundidade e de grupos focais e observação direta. A terceira envolveu a análise de dados das duas fases anteriores.

A pesquisa documental referiu-se a dados de Gramado, a fim de descrever as principais características do que é oferecido para a sua população, bem como à coleta de dados sobre o funcionamento de programas e ações relacionados às políticas públicas para os idosos e a população em geral.



A mineração de dados, derivada da análise documental, fez uso da extração de dados oficiais (municipais, estaduais e federais) e buscas em bases de dados confiáveis sobre os idosos de Gramado e as informações locais relevantes.

A pesquisa de campo consistiu na aplicação de **diversas técnicas**, entre elas: aplicação de questionários com idosos de Gramado; entrevistas em profundidade com gestores, técnicos (das políticas públicas locais) e idosos; observação direta; e realização de grupos focais com gestores, técnicos e idosos.

## 2.2. Técnicas de pesquisa

A coleta de dados sustentou-se numa série de técnicas utilizadas no intuito de que cada uma pudesse atender aos objetivos de sua utilização. As principais utilizadas no projeto foram: observação direta, questionário, entrevistas individuais e entrevistas com profundidade e grupos focais. A observação direta se fez necessária para o entendimento dos dados coletados na pesquisa documental. Como técnica, a observação direta oferece uma série de vantagens, e entre elas está a intervenção mínima do pesquisador e os esclarecimentos quanto a fontes primárias e secundárias (Bruyne *et al.*, 1977).

Quanto ao questionário, ele foi elaborado com a intenção de conhecer a posição do entrevistado sobre os diversos aspectos que constituem sua vida no município. O questionário foi estruturado numa sequência de módulos de questões que pudessem atender aos quesitos previstos no *Guia Global – cidade amiga do idoso* (OMS, 2008). O questionário é “um instrumento de pesquisa fundamental na medida em que apresenta uma bateria de questões ou sequência de questões cada uma se referindo a um tema ou variável diferente” (Abegg, 2002, p. 141-142).

Outra técnica utilizada foi a entrevista com profundidade, selecionada como fonte de informações sobre a percepção dos participantes quanto às variáveis de interesse deste estudo, por ser “uma técnica privilegiada de comunicação”, que possibilita “coleta de informações sobre determinado tema específico” (Minayo, 2008, p. 262). É considerada uma estratégia adequada para a pesquisa de campo por acolher a voz dos entrevistados. Foram realizadas ainda diversas entrevistas com profissionais e gestores para conhecer o tema e buscar informações específicas, os quais deveriam assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, que consta no Apêndice D.

Além disso, foi utilizada a técnica de grupos focais. Sua escolha deu-se pelo fato de ela permitir o diálogo com os sujeitos da pesquisa com a finalidade de ouvir os diversos grupos de forma integrada. Gaskell (2002, p. 75) diz que os grupos focais têm como objetivo “estimular os participantes a falar e a reagir àquilo que outras pessoas no grupo dizem”. O autor chama a atenção para o fato de que nos grupos focais “a partilha e o contraste de experiências constrói um quadro de interesses e preocupações comuns”, e o grupo focal é “um ambiente mais natural e holístico em que os participantes levam em consideração os pontos de vista dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros” (Gaskell, 2002, p. 75-76).

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que registra várias vozes sobre o mesmo tema e abre espaço nessa conversa para ver pontos comuns e distintos dos diversos narradores. A escolha deve-se também pelo fato de o grupo focal se constituir “num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos que, para serem bem-sucedidos, precisam ser planejados” (Minayo, 2008, p. 269).

Na pesquisa foram realizados três grupos focais: com profissionais e gestores da área da assistência social do município; com profissionais e gestores da área da saúde; e com os membros da comunidade, os quais foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que consta no Apêndice C.

Para organizar os grupos focais foi utilizada uma técnica de visualização<sup>3</sup> e organização de ideias para a coleta de dados, com a moderação dos pesquisadores, para estimular o diálogo e promover a objetivação das ideias. Cordioli (2010, p. 22) reflete acerca da importância do enfoque participativo no trabalho com grupos: “O desenvolvimento de um processo participativo permite uma interação interdisciplinar e multissetorial, facilitando o surgimento de soluções criativas e ajustadas a cada realidade”.

Nesse sentido, o referido autor recomenda o uso de instrumentos para facilitar a participação grupal, entre eles a técnica de visualização e organização das ideias, que consiste no registro visual contínuo do processo de diálogo, mantendo as ideias sempre acessíveis a todos, por meio do uso de tarjetas/cartões móveis de colagem em suporte de papel ou de lousa. Cordioli (2010) destaca as principais vantagens desse procedimento: o aumento da assimilação de ideias; o estabelecimento de um foco comum de atenção, concentrando a discussão e estimulando a objetividade; a facilitação da coleta e da estruturação das ideias, de forma sintética e objetiva; o registro de todas as ideias de modo acessível para todos durante todo o tempo; a participação das pessoas mais tímidas pela possibilidade de se expressarem por escrito; a ausência de repetição de debates; e a regulação do tempo de exposição das pessoas mais falantes.

---

<sup>3</sup> Na obra *Metodologia Participativa*, organizada por Markus Brose (Tomo Editorial, 2010), Cordioli explicita as características da técnica de visualização.

Seguindo essa técnica, os participantes dos grupos focais da pesquisa foram estimulados a escrever sinteticamente suas ideias em cartões (frases curtas e com sentido), partindo de questões norteadoras, mediante a seguinte formulação: *Para que a cidade de Gramado possa projetar-se ao título de “cidade para todas as idades”*: a) *Quais são as potencialidades e oportunidades já existentes?* b) *Quais são as fragilidades ou dificuldades a serem enfrentadas?* c) *Quais são as propostas de solução vislumbradas para enfrentar as dificuldades?*. Primeiramente essas questões foram discutidas de modo ampliado, posteriormente focalizou-se a pessoa idosa.

Em seguida, os cartões foram lidos pelo moderador em voz alta e, após validados pelo grupo, fixados em um painel, agrupados em grandes categorias. Oportunizou-se que o conteúdo dos cartões fosse complementado e melhor redigido durante o processo, ao mesmo tempo que retirado, recolocado, reescrito e/ou mudado de lugar, sempre que necessário, para dar mais clareza às formulações. Em caso de similaridade, por decisão do grupo, considerou-se o cartão mais completo e objetivo. Quando houve ideias complementares entre si, reescreveu-se uma terceira versão em substituição às anteriores. A visualização móvel, portanto, permitiu maior flexibilidade ao ordenamento das ideias, bem como facilitou a comunicação e a exposição dos resultados. A Figura 2 apresenta registros durante a coleta de dados.

Figura 2 – Realização dos grupos focais



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Para análise das narrativas que emergiram dos grupos focais, foram utilizadas categorias que ajudaram a identificar a posição dos entrevistados quanto aos questionamentos propostos para cada grupo focal – as potencialidades, as fragilidades/dificuldades e as soluções vislumbradas para o alcance do título *Gramado: cidade para todas as idades*. Em todos os grupos focais, as questões norteadoras foram utilizadas para desencadear a discussão e identificar as posições dos grupos. Os moderadores tiveram um papel fundamental de conduzir a discussão.

É importante esclarecer que a análise dos dados quantitativos primários foi realizada a partir do uso de técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. A análise dos dados secundários seguiu os passos de pré-processamento, classificação dos dados (em termos de sua relevância para o

estudo) e agrupamento de dados para sua transformação em informações que atendessem aos objetivos do estudo.

### **2.3. Fontes de dados**

As fontes de dados são de diferentes características e validações. Para o perfil sociodemográfico dos habitantes de Gramado foram utilizados os dados censitários do IBGE desde os anos 70 do século XX. Porém, o último Censo do IBGE foi realizado em 2010, o que implicou a necessária utilização de estimativas da população de Gramado, bem como de projeções para a população do Rio Grande do Sul e Brasil, ambas realizadas pelo IBGE.

Também foram utilizadas outras fontes governamentais, especialmente as do próprio Município de Gramado, fornecidas pela prefeitura, além de dados dos sistemas nacionais de saúde (Datasus), de assistência (Datasuas), entre outros, selecionados para os últimos cinco anos (em geral) e atualmente acessíveis no Portal de Dados Abertos do Brasil. Outros dados que serviram de fonte foram os do Sisap-Fiocruz. Por isso há diferentes datas para as fontes que serviram para a mineração.

Na pesquisa documental, além das fontes citadas, foram utilizados como base de discussão os planos municipais de Gramado, entre eles o Plano de Mobilidade Urbana, o Plano de Saúde e o Plano de Assistência Social. A equipe também tomou conhecimento de vários documentos que nortearam ações da prefeitura municipal, apresentados nas reuniões com secretarias municipais da Saúde, da Cidadania, da Assistência Social e Defesa Civil, do Meio Ambiente, do Esporte e Lazer, do Planejamento, Urbanismo e Publicidade.

O Plano de Mobilidade Urbana forneceu informações para o entendimento de quesitos importantes previstos no *Guia Global – cidade amiga do idoso*, entre eles as normas

gerais para o planejamento integrado da gestão urbana e de transportes, o esquema viário para o transporte coletivo urbano e rural, as áreas de circulação de pedestres e de estacionamento público e privado. Esse plano colaborou para o entendimento da agenda estratégica de desenvolvimento sustentável e mobilidade urbana. Vale ressaltar que o plano prevê a promoção de uma “cidade compacta e multifocal” (Gramado, 2018b, p. 112) e para tal está discutindo o “Novo Plano Diretor”, que se propõe a discutir e distribuir no território as atividades existentes e propor medidas de sua descentralização. Quanto ao Plano Municipal de Saúde e ao de Assistência 2022-2025, deles foram extraídos dados discutidos com os representantes de cada área.

## **2.4. Procedimentos metodológicos**

A pesquisa teve início no mês de maio de 2021 com a elaboração do projeto que foi enviado para o comitê de ética para que pudesse ser realizada. Após a aprovação desse comitê, com o parecer nº 4.933.096, no final do mês de julho de 2021, a equipe de pesquisadores se envolveu na organização do instrumento de pesquisa, na preparação do campo e nos contatos necessários para a realização da pesquisa.

Em outubro de 2021, foi realizado um estudo piloto para testar o instrumento de pesquisa e em novembro de 2021 a pesquisa de campo teve início com a aplicação dos questionários.

Entre novembro de 2021 e fevereiro de 2022 foram aplicados 349 instrumentos em diversos locais de Gramado a fim de atender aos quesitos do projeto. Essa realização contou com a participação de pesquisadores e estudantes da Universidade de Caxias do Sul (UCS)<sup>4</sup> que aplicaram

---

<sup>4</sup> Lista de entrevistadores e pesquisadores consta no Apêndice A.

o instrumento da pesquisa, o quais foram treinados para a aplicação.

A pesquisa de campo teve como ponto de apoio a Secretaria de Saúde pela localização central desse serviço. A pesquisa foi realizada em diversas Unidades Básicas de Saúde, em espaços públicos no centro da cidade, em algumas áreas de concentração de idosos, como no Serviço Social do Comércio (Sesc), no Clube Azaleia, e em áreas mais distantes, como nas regiões administrativas de Várzea Grande, Carniel, Altos da Viação Férrea e na região rural do Pórtico I e do Pórtico II.

## 2.5. Amostra da pesquisa

É importante ressaltar que no último Censo Demográfico realizado pelo IBGE (2010), a população de Gramado era de 32.273 pessoas, sendo 29.013 urbana e 3.260 rural. Já a população estimada pelo IBGE para 2020 era de 36.555 pessoas, dado importante para o cálculo da amostra.

O dimensionamento da amostra de idosos moradores de Gramado (60 anos ou mais) é composto pela fórmula estruturada, uma variável, critério de nível nominal (percentual de idosos na população) e uma população finita de idosos, estimados em 3.765, cerca de 10,3% da população estimada de Gramado pelo IBGE para 2020 (36.555).

O percentual de 10,3% é resultado da projeção do IBGE para a população de 60 anos ou mais do Rio Grande do Sul em 2021. Nesse sentido, a variável *critério* é de cunho homogêneo, podendo a amostra ser planejada na proporção nominal de 80/20 (como margem de segurança para a estimação de idosos de Gramado).

Então, com uma população finita (estimada) de idosos de 3.765, com um erro amostral de 4 e 95% de confiança (abscissa da curva Normal de 1,96), mais a variável de cri-



tério homogênea de 80/20, resultou-se numa amostra projetada de 349 idosos, calculada a partir da fórmula a seguir (Fonseca; Martins, 1994).

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{d^2(N-1) + Z^2 * p * q}$$

Em que:

Z = abscissa da curva Normal do nível de confiança de 95%;  
p = estimativa da proporção de uma das classes da variável para uma população homogênea;  
q = 1 - p;  
d = erro amostral;  
N = tamanho da população.

A técnica probabilística empregada é a de Conglomerados (Padua, 1993), em vista do contexto do distanciamento social provocado pela pandemia de Covid-19. Tal técnica está estruturada nos seguintes passos, para garantir a aleatoriedade e possibilidade de integralização do tamanho amostral: divisão da população idosa em *clusters* heterogêneos representativos da variabilidade social a partir das redes de equipamentos das políticas públicas, como no caso das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e das demais instituições sociais e organizacionais (como o Sesc, clubes esportivos e sociais); seleção dos *clusters* com diferentes perfis para a configuração de uma “listagem” de membros/participantes específicos, a partir da qual se estabelece uma amostra sistemática aleatória de casos.

A técnica de conglomerado é mais apropriada para um contexto de impossibilidade de uma coleta de circulação mais livre de entrevistadores. Por isso, a partir de contatos de entidades e serviços que funcionaram como *clusters*, foi integralizada de forma aleatória a seleção final dos idosos participantes da pesquisa.

Os critérios de seleção da amostra foram que os entrevistados fossem residentes do município, com idade superior a 60 anos, dos meios rural e urbano. Os participantes que aceitassem fazer parte da pesquisa deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que consta no Apêndice B.

## 2.6. Local de estudo

Gramado está localizado na Região Nordeste do Rio Grande do Sul, conforme mostra a Figura 3. Segundo o Ministério do Turismo (MTur) (Brasil, 2010), é um dos 65 destinos indutores do desenvolvimento turístico no país. O município está inserido da região turística denominada Hortênsias, junto com Canela, Caxias do Sul, Nova Petrópolis, Picada Café, Cambará do Sul, Jaquirana e São Francisco de Paula, porém destaca-se na governança regional como categoria A.

Figura 3 – Mapa do Rio Grande do Sul



Fonte: Gramado (2021d).

A história da cidade iniciou muito antes da chegada dos primeiros imigrantes europeus. A divisão geopolítica do local iniciou, num primeiro momento, como parte de

Santo Antônio da Patrulha, instituída cidade por Dom João VI em 1808. Com a emancipação do território de Taquara, toda a região passou a configurar distritos e, em 19 de abril de 1904, transformou-se em Território do 5º Distrito de Taquara. Posteriormente, tornou-se Vila de Gramado, até chegar a município independente, em 15 de dezembro de 1954 (Casagrande, 2006). Em 1875, teve início sua ocupação com descendentes de portugueses, que se estabeleceram na atual Linha 28. Em seguida, chegaram os primeiros imigrantes italianos, vindos a partir da região de Caxias do Sul, e alemães, pelo Sul e Oeste (a partir da região do Vale do Rio dos Sinos) (Gramado, 2017).

Porém, foi apenas com a chegada do trem, em 1919, que o desenvolvimento turístico e industrial da cidade teve um crescimento. Essa ferrovia ligava a capital do estado a Gramado e facilitava tanto o comércio como a visitação. J a nessa época, veranistas moradores do que hoje configura a região metropolitana, em sua maioria descendentes de alemães, começaram a frequentar a localidade e construir nela suas casas de férias, atra idos pela natureza.

Além disso, sua característica serrana, seu clima ameno e suas belezas naturais locais passaram a atrair muitas pessoas “que buscavam recupera o de doenças respiratórias comuns da época, como pneumonia e tuberculose” (Gramado, 2017, p. 6). Essas condi oes estimularam a instala o de uma infraestrutura hoteleira e a estrutura o de sua identidade cultural peculiar.

Figura 4 – Mapa do município de Gramado, com divisão de bairros



Fonte: Adaptado de Gramado (2014).

A organização de seu território demarca principalmente a ocupação da área urbana em detrimento da área

rural. O número de bairros de Gramado é bastante elevado (69), e se identificam quatro grandes saídas, que são eixos importantes de ligação com outros municípios: Caxias do Sul, Nova Petrópolis, Canela, Três Coroas e Santa Maria do Herval. A área urbana encobre, aproximadamente, 50 km<sup>2</sup> do território, abrangendo 30 bairros. Essa área distribui-se marcadamente ao longo das rodovias estaduais que cortam a cidade: RS-235, RS-373 e RS-155. Além disso, a RS-235 consolida um eixo de conurbação urbana com Canela, e as avenidas das Hortênsias e Borges de Medeiros criam conexões centrais, conforme ilustra a Figura 4. De acordo com o Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado (PPDI) municipal, tem-se os seguintes bairros: Alto da Viação Férrea, Arroio Forquilha, Aspen, Avenida Central, Bavária, Caboclo, Campestre do Tigre, Caracol, Carahá, Carazal, Carniel, Casagrande, Centro, Dutra, Floresta, Forqueta, Fundos Belvedere, Gambelo, Ipê Amarelo, Jardim Bela Vista, Lagos do Bosque, Lajeana, Linha 28, Linha 15 de Novembro, Linha Araripe A, Linha Araripe B, Linha Ávila Baixa, Linha Ávila Alta, Linha Bonita Alemã, Linha Bonita Italiana, Linha Furna, Linha Hörlle, Linha Marcondes A, Linha Marcondes B, Linha Nova, Mato Queimado, Minuano, Moleque, Moreira, Moura, Nova Renânia, Parque das Orquídeas, Parque dos Pinheiros, Pedra Branca da Linha Furna, Pedra Branca da Linha Nova, Piratini, Planalto, Pórtico, Prinstrop, Quilombo, Quilombo Baixo, São Roque, Serra Grande Alemã, Serra Grande Italiana, Serra Grande Morro Agudo, Sierra Park, Tapera Alemã, Tapera Alta, Tapera Italiana, Tirol, Três Pinheiros, Vale do Bosque, Várzea Grande Avenida do Trabalhador, Várzea Grande Belvedere, Várzea Grande 1º de Maio, Várzea Grande Pizzeta, Várzea Grande São Luiz, Vila do Sol, Vila Jardim (Gramado, 2014).

O cruzamento desses eixos viários forma a estrutura urbana do município, os quais acabam sendo indutores de sua ocupação. A partir deles, tem-se uma malha viária ortogonal no entorno da Avenida Borges de Medeiros e do Loteamento Planalto. A partir daí, distribui-se de forma mais orgânica nas demais áreas ocupadas, em vista, principalmente, do relevo. Destaca-se que, na década de 30, a localidade passou por grande expansão em direção ao Sul, com a implantação do loteamento Planalto. Já entre os anos 1950 e 1960, desenvolveu-se especialmente a Oeste da avenida Borges de Medeiros, preenchendo áreas nas quais atualmente situam-se os bairros Floresta, Prinstrop e Piratini, além da expansão do bairro Planalto (Gramado, 2017).

Ainda segundo o levantamento do município, posteriormente, no período de 1970 a 1990, ampliaram-se com mais intensidade as ocupações ao longo da avenida das Hortênsias, no sentido Nordeste, fazendo ligação com Canela, “induzidas pelo traçado do leito antigo da estrada de ferro” (Gramado, 2017, p. 8). Ainda nesse período, desenvolveu-se ao Norte, onde hoje encontram-se os bairros Dutra e Moura. Na conexão da avenida das Hortênsias com a antiga ligação Linha Nova, surgiram dois núcleos de ocupação, entre eles o Carniel, de maior extensão. Recentemente, a densidade populacional da área urbana concentra-se, principalmente, na região central e no loteamento Planalto, que possui condomínios e edifícios multifamiliares.

## **2.7. Limites enfrentados na realização da pesquisa**

Devido à pandemia do novo Coronavírus (Covid-19), é importante lembrar que, no período da pesquisa, no Brasil e no Rio Grande do Sul, houve muitas restrições quanto à mobilidade urbana. Muitas viagens planejadas tiveram que ser transferidas quando a equipe de pesquisa era alertada

pela Secretaria de Saúde Municipal sobre o comportamento da pandemia em Gramado e a necessidade de intensificar as restrições. Por esse mesmo motivo, algumas reuniões com gestores e entrevistas foram realizadas de modo *online*.

A realização da pesquisa aconteceu entre novembro de 2021 e fevereiro de 2022, sendo que, nesse intervalo, muitos profissionais de saúde, que deveriam colaborar na pesquisa, estiveram afastados devido à contaminação. A equipe teve muitos cuidados para que as entrevistas ocorressem, preservando tanto os idosos envolvidos como a equipe de entrevistadores.

Registra-se a desinformação da população de Gramado quanto à execução da pesquisa. Sua realização teria sido facilitada caso tivesse ocorrido uma maior divulgação. Muitas desconfianças foram identificadas por parte da população idosa em relação à equipe de pesquisa, por não ter conhecimento sobre o desenvolvimento do projeto. Não apenas a população de Gramado desconhecia o teor do projeto como também funcionários públicos de diversos setores que fazem parte da administração da cidade.

Outra observação quanto à realização do diagnóstico é que o último Censo Demográfico do IBGE disponível era o de 2010, e existia um intervalo longo entre os dados desse ano e os utilizados em 2022. Em muitos momentos foram utilizadas informações fornecidas pelo Município.

Outra questão importante que se cita como limite foi a troca de sistema de informação da prefeitura de Gramado. Com a troca de gestão política, houve também uma troca de sistema de informação, o que dificultou o uso de dados anteriores à gestão atual. Alguns setores da prefeitura justificaram a ausência de informações devido à troca de sistema.

## **3. DADOS DO MUNICÍPIO DE GRAMADO**

Os dados aqui apresentados estão divididos em cinco seções para a discussão. A primeira traz o perfil sociodemográfico de Gramado; e a segunda a análise de seu perfil social, a partir do uso de vários índices desenvolvidos para a avaliação dos municípios brasileiros quanto ao desenvolvimento humano, à exclusão e vulnerabilidade social e ao bem-estar urbano. Junto com os dados dos Censos do IBGE, são agregadas outras fontes e dados, como os do Ministério da Saúde (importante para a formação do índice de exclusão/inclusão social). O *ranking* de Gramado perante o cenário do conjunto dos municípios brasileiros permite uma visão comparativa mais aguçada.

Além disso, nas seções seguintes, apresentam-se dados urbanos de Gramado que trazem considerações acerca do Plano Diretor vigente; aspectos ambientais relevantes do município, como qualidade do ar, níveis de população sonora e saneamento básico – que envolve água, esgoto e resíduos sólidos; e, por fim, a quinta seção apresenta dados de educação, esporte e lazer.

### **3.1. Perfil sociodemográfico de Gramado**

Gramado possui uma área de 237.827 km<sup>2</sup>, com uma população estimada, em 2021, de 36.864 habitantes. Faz parte da microrregião 024, da Região das Hortênsias, e foi criado em 15 de dezembro de 1954, pela Lei Estadual nº 2.522, sendo desmembrado do município de Taquara.

Entretanto, deve-se considerar que, no último Censo do IBGE, realizado em 2010, Gramado apresentava densidade demográfica de 135,70 hab/km<sup>2</sup> e uma população de 32.273 pessoas (IBGE, 2010). Destas, 48,6% eram homens



(15.673) e 51,4% eram mulheres (16.600). A população idosa representava 12% dos habitantes, sendo 1.682 homens e 2.191 mulheres.

Vale destacar que no Rio Grande do Sul o percentual, em 2010, dos idosos era de 13,7% enquanto no Brasil era de 11%. Dessa forma, Gramado tinha, percentualmente, menos idosos do que o RS e mais do que o Brasil. Já a diferença entre idosos homens e mulheres em Gramado era de 1,82% em 2010. Na comparação com a população brasileira, a diferença entre homens idosos e mulheres idosas era de 2,60%, e no Rio Grande do Sul era de 2,07%, ou seja, Gramado tinha uma diferença menor entre idosos homens e mulheres do que o estado e o país.

O perfil sociodemográfico apontado pelos dados disponíveis no Censo 2010 (IBGE, 2011) mostra uma população majoritariamente autodeclarada branca (28.321 pessoas), de residência urbana (29.013 pessoas) e, das pessoas com mais de 10 anos de idade, cerca de 57% com Ensino Fundamental incompleto. Com relação aos idosos, dos 3.873 que viviam em Gramado em 2010, 83,2% (3.222) viviam na área urbana e 72% eram de analfabetos ou de idosos com Ensino Fundamental incompleto. Apenas 8% dos idosos, em 2010, tinham concluído o Ensino Superior.

A população de Gramado cresceu 160% em cinco décadas (entre 1970 e 2010), e houve uma maior concentração na área urbana em detrimento da rural, como poder ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – População residente em Gramado (RS) no período de 1970 a 2010

<b>Ano</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>	<b>Total</b>
1970	4.467	7.911	12.378
1980	11.348	4.974	16.322
1991	17.920	4.175	22.095

2000	23.328	5.265	28.593
2010	29.013	3.260	32.273

Fonte: IBGE (1970, 1980, 1991, 2000, 2011).

No que diz respeito à população idosa, houve um crescimento da mesma proporção de Gramado, sendo que em 1970 o número de idosos no município era de 847, de uma população de 12.378 pessoas. Na década de 70, a população concentrava-se nas áreas rurais, onde viviam 7.911 pessoas, e apenas 4.467 pessoas nas áreas urbanas. As Tabelas 2 e 3 mostram que a população urbana cresceu mais de 549,5% em cinco décadas, e a rural teve um crescimento negativo de -58,8%.

Tabela 2 – Distribuição e taxa de crescimento da população de Gramado (1970 a 2010)

Ano	População Total	Taxa de crescimento %	População Idosa	idosos %	Taxa de crescimento %
1970	12.378	–	847	6,8	–
1980	16.322	31,9	1.226	7,5	44,7
1991	22.095	35,4	1.889	8,5	54,1
2000	28.593	29,4	2.649	9,3	40,2
2010	32.273	12,9	3.873	12,0	46,2

Fonte: IBGE (1970, 1980, 1991, 2000, 2011).

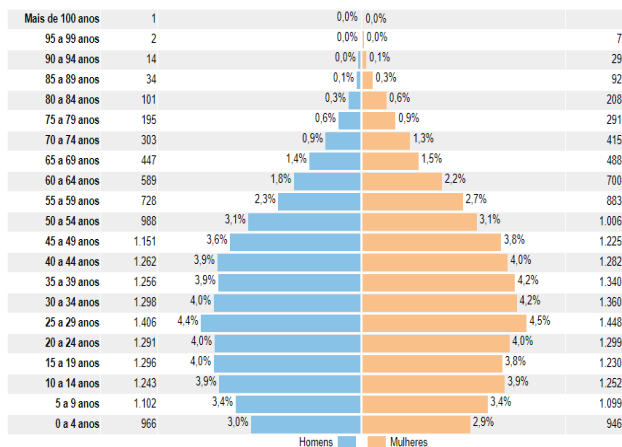
Tabela 3 – Distribuição da população de Gramado (1970 a 2010)

Anos	Urbano				Rural				Total			
	H	M	Ido.	Total	H	M	Ido.	Total	H	M	Ido.	Total
1970	2.069	2.398	295	4.467	4.076	3.835	276	7.911	6.145	6.233	847	12.378
1980	5.424	5.924	760	11.348	2.585	2.389	227	4.974	8.009	8.313	1.226	16.322
1991	8.855	9.065	1.355	17.920	2.149	2.026	262	4.175	11.004	11.091	1.889	22.095
2000	11.458	11.870	1.918	23.328	2.746	2.519	368	5.265	14.204	14.389	2.649	28.593
2010	13.973	15.040	3.221	29.013	1.700	1.560	359	3.260	15.673	16.600	3.873	32.273

Fonte: IBGE (1970, 1980, 1991, 2000, 2011).

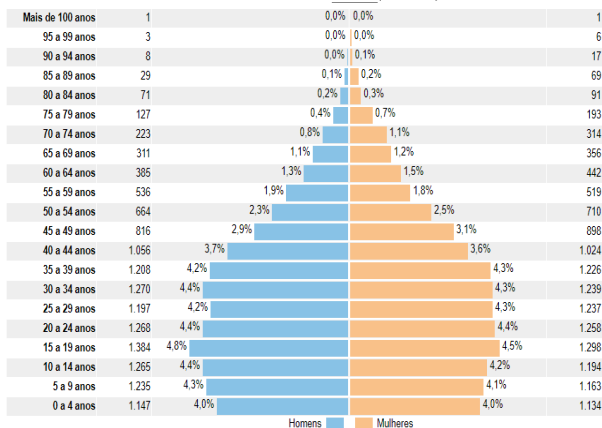
Os Gráficos 1 e 2 mostram como a pirâmide etária de Gramado mudou entre os Censos de 2000 e 2010. A pirâmide de 2010 evidencia, principalmente, o aumento de pessoas com mais de 60 anos.

Gráfico 1 – Distribuição da população de Gramado por sexo segundo os grupos de idade (2010)



Fonte: IBGE (2010).

Gráfico 2 – Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade de Gramado (2000)



Fonte: IBGE (2000).

Quando se trata da longevidade, ambas as taxas são importantes, pois, à medida que diminuem as taxas de natalidade e de mortalidade, aumenta a longevidade. Sem sombra de dúvida, haverá uma perda de anos na expectativa de vida devido à pandemia. Outro dado importante que a pirâmide etária evidencia é que as mulheres têm uma vida mais longa que os homens, mesmo que sejam apenas alguns anos de vida.

Os gráficos mostram que, numa década, houve crescimento da população total, bem como da população idosa. Com isso, encontra-se uma pirâmide bastante objetiva dos que possuem idade superior a 60 anos. Tem-se, portanto, na distribuição etária do Município de Gramado, um número crescente de idosos que vivem no território.

Quanto ao rendimento<sup>5</sup> da população que reside em Gramado, constata-se que, dos 28.160 residentes que possuem renda, 3.916 são idosos. Destes, 22 idosos recebem de  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$  salário-mínimo; 1.461 idosos de meio salário-mínimo a um salário-mínimo; 1.052 idosos de 1 a 2 salários-mínimos; 395 idosos de 2 a 3 salários-mínimos; 292 idosos de 3 a 5 salários-mínimos; 210 idosos de 5 a 10 salários-mínimos; 65 idosos de 10 a 15 salários-mínimos; 51 idosos de 15 a 20 salários-mínimos; e 42 idosos mais de 20 salários-mínimos. Dos que não têm rendimento, o registro é de 326 idosos.

Os dados mostram que a renda mais alta dos idosos é bastante reduzida, e, à medida que cresce a faixa etária, diminui o número de pessoas que percebem salários mais altos. Essas informações indicam que, possivelmente, os

<sup>5</sup> Em 2019, o salário médio mensal era de 2,5 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 67,2%. Na comparação com os outros municípios do estado, Gramado ocupava as posições 98 de 497 e 1 de 497, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 482 de 5.570 e 17 de 5.570. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 20,6% da população nessas condições (DATASEBRAE, 2019).

valores das aposentadorias desse segmento não correspondem a somas elevadas. A concentração de idosos em domicílios situados na área urbana é significativamente maior que na rural. Outro dado que chama a atenção é que são poucas pessoas sem renda, e muitos recebem recursos do sistema previdenciário, mesmo que seja um valor bastante reduzido.

Tabela 4 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por classes de rendimento nominal mensal, segundo a situação do domicílio

<b>Rendimento mensal em salário-mínimo</b>	<b>População</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>	<b>Total</b>
Até 1	Idoso	1.120	363	1.483
	Pop. Total	4.451	968	5.419
Mais de 1 a 2	Idoso	897	155	1052
	Pop. Total	8.874	879	9.753
Mais de 2 a 3	Idoso	354	41	395
	Pop. Total	2.822	214	3.036
Mais de 3 a 5	Idoso	282	10	292
	Pop. Total	1.889	87	1.976
Mais de 5 a 10	Idoso	203	7	210
	Pop. Total	1.147	64	1.211
Acima de 10	Idoso	150	8	158
	Pop. Total	454	13	467
Sem rendimento	Idoso	301	25	326
	Pop. Total	5.648	650	6.298
Total	Idoso	3.307	609	3.916
	Pop. Total	25.285	2.875	28.160

Fonte: IBGE (2011).

### 3.2. Perfil social de Gramado

O Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese) busca medir o desenvolvimento dos municípios gaúchos.

São 12 indicadores divididos em três blocos: educação, renda e saúde. O bloco da *educação* é composto de informações sobre escolaridade ou matrícula, sendo que para as crianças entre 6 e 14 anos há também a informação sobre a qualidade do Ensino Fundamental. O resultado do índice *educação* é a média aritmética dos sub-blocos por faixas etárias e níveis escolares (Pré-Escola, Fundamental, Médio e Adulta). O bloco da *renda* é dividido em dois sub-blocos relacionados à apropriação (renda domiciliar *per capita*) e à geração de renda – Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*. Também como na *educação*, o índice do bloco é a média aritmética dos sub-blocos. E o bloco *saúde* é formado por cinco indicadores e três sub-blocos formados por saúde materno-infantil, condições gerais de saúde e longevidade. No caso da longevidade, o indicador é a taxa de mortalidade bruta padronizada (FEE, 2016. A Tabela 5 revela os resultados da série entre 2011 a 2016.

Tabela 5 – IDESE de Gramado (2011 a 2019)

Ano	Educação		Renda		Saúde		Idese	
	Índice	Ordem	Índice	Ordem	Índice	Ordem	Índice	Ordem
2011	0,71	101°	0,78	37°	0,83	234°	0,78	54°
2012	0,72	143°	0,8	26°	0,83	251°	0,78	60°
2013	0,75	130°	0,82	46°	0,85	196°	0,8	60°
2014	0,76	126°	0,84	35°	0,86	144°	0,82	42°
2015	0,78	79°	0,82	34°	0,87	113°	0,82	22°
2016	0,77	92°	0,82	37°	0,87	152°	0,82	36°
2017	0,77	131°	0,82	28°	0,87	187°	0,82	46°
2018	0,78	93°	0,82	37°	0,87	152°	0,82	37°
2019	0,79	96°	0,84	22°	0,88	134°	0,84	16°

Fonte: FEE (2016) e DEE ([2022]).

Tanto para o Idese geral como para os índices dos três blocos, os resultados para Gramado avançaram entre 2011 e 2019, seja pelos valores dos índices, seja pela ordem da posição de Gramado entre os municípios do RS. Entre os blocos, a renda é o melhor índice comparativo de Gramado com os outros municípios, enquanto a saúde contém o pior resultado comparativo. De uma perspectiva geral, Gramado terminou a série no 16º lugar.

Os índices criados e disponibilizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) são o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). O IVS é a média aritmética de três subíndices: de infraestrutura urbana (IVS/I), de capital humano (IVS/CH) e de renda e trabalho (IVS/RT). Os três subíndices são retirados de 16 indicadores dos Censos do IBGE, de 2000 e 2010. O IVS varia entre 0 e 1, sendo que a situação ideal é 0, sem vulnerabilidade, e 1 é a pior vulnerabilidade. Até 0,200, a vulnerabilidade é considerada muito baixa, e entre 0,200 e 0,300 é considerada baixa.

O IDHM é uma adaptação que o Ipea fez do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a partir da adaptação dos mesmos blocos (vida longa e saudável, acesso ao conhecimento e padrão de vida) à realidade dos indicadores brasileiros coletados pelos Censos do IBGE. Por isso, o IDHM é composto, no Brasil, por três blocos com os índices de longevidade, indicador que mostra o número médio de anos que uma pessoa nascida em determinado município viveria a partir do nascimento, mantidos os mesmos padrões de mortalidade; índice de educação, com a escolaridade da população adulta e o fluxo escolar da população jovem; e o índice de renda, com o indicador da renda *per capita*. Diferentemente do IVS, o IDHM é marcado pelo aumento gradativo do desenvolvimento na medida em que os municípios passam de 0 a 1. Por exemplo, um índice

igual e acima de 0,800 é considerado “muito alto”; entre 0,700 e 0,799 é considerado “alto”; entre 0,600 e 0,699 é considerado “médio”; entre 0,500 e 0,599 é considerado “baixo”; e até 0,499 é considerado “muito baixo”. A Tabela 6 apresenta os índices IDS e IDHM de Gramado, de 2000 e 2010.

Tabela 6 – IVS e IDHM de Gramado (2000 e 2010)

Ano	IVS				IDHM			
	IVS/I	IVS/CH	IVS/RT	IVS	IDHM/R	IDHM/E	IDHM/L	IDHM
2000	0,012	0,274	0,270	0,185	0,737	0,548	0,842	0,698
2010	0,001	0,228	0,123	0,117	0,783	0,662	0,861	0,764

IVS: Índice de Vulnerabilidade Social. IVS/I: Índice de Infraestrutura. IVS/CH: Índice de Capital Humano. IVS/RT: Índice de Renda e Trabalho. IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. IDHM/R: Índice de Renda. IDHM/E: Índice de Educação. IDHM/L: Índice de Longevidade. Fonte: Ipea (2022).

Para a análise do IVS de Gramado, pode-se observar que dos oito índices de 2000 e 2010, em apenas três valores o resultado ficou na faixa da “vulnerabilidade baixa”, porque os demais ficaram todos na faixa da vulnerabilidade “muito baixa”. O IVS/I de 2010 ficou perto de zero, o que demonstra um resultado muito positivo em termos da infraestrutura urbana no Censo de 2010.

Para os oito resultados do IDHM de Gramado, apenas os índices de longevidade estavam no patamar de “muito alto” desenvolvimento. O IDHM/R permaneceu na faixa do “alto” desenvolvimento entre 2000 e 2010, e o IDHM/E oscilou da faixa do “baixo” desenvolvimento para a faixa do “médio” desenvolvimento entre 2000 e 2010.



Em todos os índices, tanto os de IVS como os de IDHM, Gramado obteve melhoras entre 2000 e 2010, destacando-se a infraestrutura urbana para o IVS e a longevidade para o IDHM.

O Índice de Exclusão Social (IES) é obra de um grupo de pesquisadores brasileiros liderado pelo economista Marcio Pochmann (Pochmann; Amorin, 2003, 2015). O IES é baseado no IDH, com algumas inclusões diferentes para a tradução de um indicador para o Brasil. Para dimensionar o padrão de vida, os pesquisadores utilizaram os dados dos Censos do IBGE de 2000 e 2010 quanto aos indicadores de renda, de emprego, acrescentando o Índice de Gini (que mede a desigualdade). Para identificar a dimensão educação, os pesquisadores buscaram também, nos Censos de 2000 e 2010, as taxas de alfabetização e a proporção de pessoas com 17 anos ou mais que concluíram o Ensino Médio.

E, por fim, a nova dimensão da vulnerabilidade foi entendida como exposição das pessoas à violência. Foram buscadas junto ao Ministério da Saúde as informações sobre mortalidade, as taxas de homicídios para cada 100 mil habitantes, além da proporção de pessoas com até 19 anos (sempre um grupo mais vulnerável aos homicídios). Dessa forma, como no IDHM, valores mais próximos de 0 representam uma vida com os piores perigos para a exclusão social, enquanto os valores mais próximos de 1 representam uma vida com mais inclusão. Além disso, pode-se ver a posição de Gramado quanto ao índice de exclusão social, que era de 68° para 55°, conforme a Tabela 7.

Tabela 7 – Índice de exclusão social de Gramado (2000 e 2010)

<b>Ano</b>	<b>Ordem</b>	<b>IES</b>
2000	68	0,641
2010	55	0,767

Fonte: Pochmann e Amorim (2003, 2015).

Gramado evoluiu quanto à inclusão social, segundo o IES de 2000 e 2010. Pelos critérios do IDHM, o município teria passado de uma situação de “média” inclusão/exclusão em 2000 para uma nova situação de “alta” inclusão/exclusão em 2010.

Apesar de o índice de infraestrutura ter tido um bom desempenho no IVS, no estudo mais detalhado do Índice de Bem-Estar Urbano Municipal (IBEU-M), realizado pelo Observatório das Metrópoles (2022) a partir dos dados do Censo de 2010, Gramado não está com uma situação adequada para as variáveis urbanas. O IBEU-M é formado por cinco dimensões: mobilidade urbana (indicador do deslocamento casa-trabalho), condições ambientais urbanas (composto por três indicadores, a arborização do entorno dos domicílios, o esgoto a céu aberto no entorno dos domicílios e o lixo acumulado no entorno dos domicílios), condições habitacionais urbanas (composto por cinco indicadores, o aglomerado subnormal, a densidade domiciliar e morador/banheiro, o material das paredes dos domicílios e a espécie dos domicílios), atendimentos de serviços coletivos urbanos (composto por quatro indicadores, o atendimento adequado de água, o atendimento adequado de esgoto, o atendimento adequado de energia e a coleta adequada de lixo) e infraestrutura urbana (composto por sete indicadores, a iluminação pública, a pavimentação, a calçada, o meio-fio/guia, o bueiro ou boca de lobo, a rampa para cadeirantes e os logradouros).

O IBEU-M varia de 0 a 1, sendo que de 0 a 0,500 o bem-estar urbano é considerado “muito ruim”, entre 0,501 e 0,700 é considerado “ruim”, entre 0,701 e 0,800 é considerado “médio”, entre 0,801 e 0,900 é considerado “bom” e acima de 0,901 é considerado “muito bom”. Além disso, o município é colocado num *ranking* nacional.

Gramado obteve um IBEU-M de 0,845 (valor considerado “bom”), mas o *ranking* nacional foi a 1.152<sup>a</sup> posição entre os municípios brasileiros. Contribuiu negativamente para esse resultado o índice de 0,628 da infraestrutura (valor considerado “ruim”). O índice de serviços coletivos urbanos também não ficou aquém (0,772, considerado “médio”). Os melhores índices para Gramado ficaram com as três dimensões restantes: mobilidade (0,990), ambiental (0,914) e habitacional (0,920).

### 3.3. Dados urbanos de Gramado

Utilizando o Plano Diretor em vigor (2014), pode-se observar a direção que a sua sociedade, ou suas forças hegemônicas, promovem para o crescimento da cidade. Assim, nota-se que o PDDI de Gramado tem como objetivo a sua consolidação como destino nacional/internacional, entretanto não refere a qualidade da população como objetivo (Gramado, 2014, art. 2).

O art. 10º do plano aponta as diretrizes a serem observadas. Nele, prioriza-se a questão estética, mas não se aponta para uma acessibilidade plena. Adiante, refere-se à “qualidade de vida dos seus cidadãos, com vista ao desenvolvimento do turismo” (Gramado, 2014, art. 11). No item do sistema viário, foi considerada somente a questão rodoviária. Não há indicação com relação ao ciclista ou à peatonal<sup>6</sup>. O art. 100 prevê a acessibilidade segundo a Lei Federal nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, e a NBR 9050, de 31 de maio de 2004, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em prédios públicos e comerciais. A indicação de rebaixo de meio-fio restringe-se à entrada de veículos. O art. 111 prevê: “Para atendimento ao Estatuto da Pessoa Idosa, Lei nº 10.741, art. 41, deverá ser destinada uma vaga para cada 5% das vagas exigidas, as

---

<sup>6</sup> Espaço ou área usada restritamente por pedestres: via pedonal.

quais deverão ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao idoso” (Gramado, 2014). Embora no plano haja dois artigos (art. 114 e 115) referindo-se à mobilidade, eles somente apontam a necessidade de leis complementares acerca dela.

É importante reforçar que, na ótica apresentada acerca da questão urbana, alguns pontos são basilares. A cidade inclusiva para todos, atende as demandas do idoso, e a adaptação de equipamentos e dos mobiliários urbanos não pode ser promovida apenas por ações paliativas.

Sabe-se também que Políticas Públicas Urbanas, segundo a “Agenda 21”, no que diz respeito à sustentabilidade da cidade, envolvem habitações, saneamento, ordenação do espaço urbano, entre outras questões. Deve-se também indicar a adoção de ações de maneira participativa a partir de uma construção coletiva (Brasil, 2021).

### **3.4. Dados ambientais de Gramado**

Os dados aqui apresentados oferecem informações sobre aspectos importantes do meio ambiente, como qualidade do ar, níveis de poluição sonora e saneamento básico, que envolve água, esgoto e resíduos sólidos de Gramado.

#### **3.4.1. Qualidade do ar**

Os indicadores relacionados à qualidade do ar, como a concentração de material particulado (PM 2,5), a emissão de gases de efeito estufa (medida em toneladas *per capita*) e a concentração de dióxido de nitrogênio (NO<sub>2</sub>) e dióxido de enxofre (SO<sub>2</sub>), necessitam ser implantados no espaço urbano como medida para avaliar problemas de saúde na população. De acordo com a ABNT (2021a), o material particulado fino (PM 2,5) pode causar problemas de saúde nas cidades, uma vez que é cancerígeno e prejudicial aos sistemas circulatório e respiratório. A referida norma destaca

que os idosos, além das crianças e das pessoas com doenças de coração ou de pulmão, têm maior risco à poluição por material particulado.

A Secretaria do Meio Ambiente de Gramado, de acordo com a entrevista, não possui as informações sobre esses indicadores, não havendo previsão quanto à análise de material particulado e gases de efeito estufa. Porém, realiza, nesse sentido, a verificação *in loco* das ações de fiscalização quanto à coloração da fumaça de fontes fixas (aspecto visual), conforme a Escala de Ringelmann. Convém que o Município de Gramado planeje a instalação de estações de monitoramento da qualidade do ar, atendendo às diretrizes da OMS.

### **3.4.2. Níveis de poluição sonora**

Os níveis de poluição sonora, conforme informações da Secretaria do Meio Ambiente de Gramado, encontram-se estabelecidos na Lei Complementar nº 001/2018 – Código de Posturas do Município de Gramado (Gramado, 2018a). De acordo com a referida lei, os índices de ruído para ambientes externos dependem da tipologia de área, variando de 40 a 70 decibéis (dB) no turno diurno. Para o turno noturno, os índices variam de 35 a 60 decibéis. Para ambientes internos, a lei prevê uma correção nos índices apresentados em seu Anexo II, cujos níveis previstos na tabela deverão ter a correção de menos 10dB para janela aberta e menos 15 dB para janela fechada.

### **3.4.3. Saneamento básico**

A qualidade de vida dos idosos está associada a diferentes fatores, destacando-se, entre eles, as condições de saneamento básico nos Municípios. O Instituto Trata Brasil ([2022]) comenta como a falta de saneamento afeta os idosos do Brasil. Os indicadores de saneamento no país apontados

pelo Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) (Brasil, 2021) e pelo Trata Brasil ([2022]) são preocupantes: aproximadamente 35 milhões de habitantes não têm acesso à água tratada, e em torno de 100 milhões de brasileiros não têm rede de esgotos. Somente 46,3% do volume de esgoto gerado no Brasil é tratado.

De acordo com o Instituto Trata Brasil ([2022], n.p.), “os investimentos em água e esgotamento sanitário durante 2010 a 2018 não foram suficientes para o avanço do setor no Brasil, o que afetou a saúde da população, ocorrendo diversos casos de doenças por veiculação hídrica, principalmente em idosos de 60 anos ou mais”. O instituto também destaca que no ano de 2018 a incidência de internações de idosos entre 60 e 80 anos foi de 10,46 a cada 10 mil brasileiros devido à falta de saneamento. Já com idosos acima dos 80 anos, a incidência chegou 27,66 a cada 10 mil brasileiros internados no mesmo ano (Trata Brasil, [2022]).

Mesmo com o passar dos anos, as internações de idosos ainda estão altas. Em **2018 foram registradas mais de 41 mil internações de idosos acima dos 60** anos relacionadas a falta de saneamento, cerca de um quinto de todas as internações por veiculação hídrica do país. Para ter uma noção, em **2010 esse número era de 86.644**, porém mesmo caindo pela metade ainda é pouco para um período de nove anos. Além de que, em 2010 o número total de internações relacionadas a saneamento era de quase 610 mil pessoas e em 2018 são de 235 mil, deixando claro como o número de idosos está aumentando cada vez mais (Trata Brasil, [2022], n.p.).

O Saneamento Básico, conforme disposto na Lei nº 14.026 (Brasil, 2020) é assim definido:

[...] conjunto de serviços públicos, infraestruturas e instalações operacionais de:

a) abastecimento de água potável: constituído pelas atividades e pela disponibilização e manutenção de infraestruturas e instalações operacionais necessárias ao

abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e seus instrumentos de medição; b) esgotamento sanitário: constituído pelas atividades e pela disponibilização e manutenção de infraestruturas e instalações operacionais necessárias à coleta, ao transporte, ao tratamento e à disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até sua destinação final para produção de água de reuso ou seu lançamento de forma adequada no meio ambiente; c) limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos: constituídos pelas atividades e pela disponibilização e manutenção de infraestruturas e instalações operacionais de coleta, varrição manual e mecanizada, asseio e conservação urbana, transporte, transbordo, tratamento e destinação final ambientalmente adequada dos resíduos sólidos domiciliares e dos resíduos de limpeza urbana; e d) drenagem e manejo das águas pluviais urbanas: constituídos pelas atividades, pela infraestrutura e pelas instalações operacionais de drenagem de águas pluviais, transporte, detenção ou retenção para o amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final das águas pluviais drenadas, contempladas a limpeza e a fiscalização preventiva das redes (Brasil, 2020, art. 3º).

As informações relacionadas aos serviços de saneamento básico (água, esgoto e resíduos sólidos) de Gramado foram obtidas a partir da entrevista realizada com um técnico da Secretaria do Meio Ambiente e da consulta ao SNIS (Brasil, 2021). Os dados constantes no Sistema Nacional referem-se aos serviços de saneamento de 2020, publicados em dezembro de 2021.

O índice de coleta de esgoto de Gramado é de 27,30%, e o de tratamento de esgoto coletado é de 76,46% (Brasil, 2021). Cabe destacar que o Município, em dezembro de 2021, firmou com a Companhia Riograndense de Saneamento (Corsan) o Termo Aditivo de Conformidade ao Novo Marco Regulatório do Saneamento Básico, no sentido de atender às metas fixadas na Lei nº 14.026 (Brasil, 2020). Consta no art. 11-B da referida lei:

Os contratos de prestação dos serviços públicos de saneamento básico deverão definir metas de universalização que garantam o atendimento de 99% (noventa e nove por cento) da população com água potável e de 90% (noventa por cento) da população com coleta e tratamento de esgotos até 31 de dezembro de 2033, assim como metas quantitativas de não intermitência do abastecimento, de redução de perdas e de melhoria dos processos de tratamento (Brasil, 2020).

Nessa direção, constam no cronograma físico do Termo Aditivo (2021) as obras a serem executadas na ampliação do sistema de coleta e de tratamento de esgoto ao longo do tempo (2021-2034).

Com relação ao sistema de abastecimento de água, os índices de atendimento total de água é de 90,84% e de atendimento urbano de água é de 100% (Brasil, 2021).

Consta no SNIS (Brasil, 2021) que a taxa de cobertura da coleta de resíduos sólidos domésticos em relação à população total (rural e urbana) é de 100%; a massa de resíduos sólidos domiciliares e públicos de limpeza urbana coletada *per capita*, em relação à população urbana [Kg/(hab. dia)], é de 1,20; a taxa de cobertura da coleta seletiva porta a porta em relação à população urbana é de 100%. Quanto aos resíduos sólidos perigosos (geração e coleta), Gramado carece de indicadores. De acordo com a Secretaria do Meio Ambiente, existem apenas pontos de entrega voluntária para lâmpadas, pilhas e baterias. Os resíduos potencialmente recicláveis são encaminhados para uma empresa no município de Parobé. Os demais resíduos são encaminhados para o Aterro Sanitário de São Leopoldo.

### **3.5. Dados de educação, esporte e lazer**

A educação é uma política transversal para todas as idades. No âmbito da velhice, a educação permanente e a educação ao longo da vida aparecem como duas oportuni-



dades essenciais, que carregam como marca o princípio da aprendizagem.

A aprendizagem ao longo da vida tem sido entendida por alguns autores como um pilar da Política do Envelhecimento Ativo (PEA) (WHO, 2005). Essa compreensão foi incorporada no âmbito da PEA a partir da Conferência Internacional de Envelhecimento Ativo (Rodríguez, 2010), assumindo uma posição de que aprender ao longo da vida se constitui como uma condição indispensável.

A educação passa a ser compreendida noutra paradigma: como um recurso renovável intrínseco ao capital humano, sendo fonte de empoderamento pessoal e social. É um recurso renovável, uma vez que é infinito enquanto visto como possibilidade, contudo depende de mobilização do indivíduo (motivação) e da sociedade (acesso). O capital humano é entendido como os recursos que podem desenvolver as competências e habilidades das pessoas diante das questões da vida.

*Por que aprender ao longo da vida?* A pergunta carrega, em si, uma problematização complexa. De modo geral, o aprender está vinculado aos saberes da educação escolar. Assim, os outros processos de aprendizagem, que acontecem fora dos muros escolares, nem sempre são valorizados, especialmente aquelas aprendizagens que acontecem em fases da vida em que não há a obrigatoriedade da educação escolar nas demandas do mundo do trabalho e da cidadania.

O envelhecimento ativo tem relação com os processos educacionais formais, não formais e informais. Entende-se por *formais* aqueles que acontecem em instituições oficiais de ensino, com currículos estruturados que oferecem uma certificação de conclusão de grau, legitimado pelo sistema educacional; *não formais* aqueles que acontecem em espaços e tempos de organizações sociais de matrícula não

obrigatória, podendo acontecer, inclusive, em instituições próprias de ensino; e *informais* aqueles que acontecem em todos os espaços (a escola da vida). As dimensões culturais, recreativas e de lazer se materializam, também, na escola da vida, isto é, ações culturais, de lazer e de esportes são permeadas pelo prazer e pela fruição, no encontro com amigos, que constroem e consolidam aprendizagens bem como impactam a saúde física e a psíquica.

Na concepção de aprendizagem, enquanto um dos pilares do envelhecimento ativo, o aprender é um ato que acompanha a vida em seu percurso. Em termos ideais, ao longo da vida, a aprendizagem possibilita que a pessoa supere os seus limites, progrida e tenha condições de pensar por si sobre o mundo e a sociedade. Esse ideal, infelizmente, não acontece de forma plena para todas as pessoas. Nesse sentido, a limitação de condições para a efetivação de uma aprendizagem que empodere deve ser preocupação constante de gestores públicos que desejem uma cidade para todas as idades.

Pessoas que aprendem a conhecer têm condições de viver a vida de forma mais autônoma, e autonomia aqui é entendida como a capacidade de escolha, de tomada de decisão, que permite, entre outras questões, a renúncia a situações que descaracterizem os valores individuais e sociais. Nesse sentido, a escolaridade assume elevada importância para possibilitar melhores acessos ao mundo da cultura, do lazer, do trabalho e da renda, enfim, sua inserção social em condições favoráveis e dignas.

Embora este estudo tenha como objeto principal as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, para chegar bem à velhice o acesso à educação escolar é um acontecimento de destaque. Em Gramado (IBGE, 2020), os indicadores de escolaridade da série histórica a partir de 1991 sinalizam a evolução dessa realidade educacional. A categorização que

consta nos Quadros 1 e 2 remete à utilizada pelo IBGE na apresentação dos dados censitários da população brasileira (2010 e suas atualizações).

Quadro 1 – Relação entre escolaridade, sexo, idade e meio em que vive a população idosa de Gramado

Grau de instrução	Total	Urbano				Rural			
		Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
		60 a 69 anos	70 ou +	60 a 69 anos	70 ou +	60 a 69 anos	70 ou +	60 a 69 anos	70 ou +
Sem instrução ou Ensino Fundamental incompleto	2806	603	308	589	749	151	165	102	139
Fundamental completo e Ensino Médio incompleto	463	118	45	148	101	9	10	22	10
Ensino Médio e Ensino Superior incompleto	279	80	24	110	53	12	0	0	0
Superior completo	326	114	30	143	7	13	0	10	9
Indeterminado	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: IBGE (2020).

O aumento da escolaridade da população brasileira é uma bandeira histórica que se associa à ideia de desenvolvimento e redução das desigualdades. Ela está associada ao processo de industrialização (Frigotto, 2002), ao mundo do trabalho, e tem relação com o crescente ingresso da mulher no mercado laboral. A escolaridade, quando comparada entre urbana e rural, é desigual, assim como entre homens e mulheres.

Percebe-se uma fragilidade importante em termos de escolaridade de homens e mulheres sem instrução ou com Ensino Fundamental incompleto. Se a sociedade contemporânea exige, ao menos, 10 anos de escolaridade, em termos

de inclusão e desenvolvimento, esses indicadores devem ser considerados. Em números absolutos, em Gramado, 1.445 pessoas entre 60 e 69 anos de idade e 1.361 com 70 anos de idade ou mais, que vivem na cidade e na área rural, não têm instrução ou Ensino Fundamental completo, o que corresponde a 75% da população idosa (IBGE, 2020).

Essa constatação coloca em relevo uma fragilidade das políticas educacionais para todos. O número significativo de pessoas idosas com baixa ou nenhuma instrução coloca-as em uma condição de risco, uma vez que elas podem ter dificuldades, entre outros aspectos, de acesso aos bens e serviços que favorecem as melhores condições de vida. Contudo, mesmo com esses indicadores desfavoráveis no campo educacional formal, Gramado está com menores taxas de desigualdades sociais, em comparação com outros municípios do RS e do Brasil.

É expressiva a constatação de que as mulheres tiveram ganhos em termos de grau de escolaridade, sobretudo na área urbana. Ao comparar mulheres de 60 a 69 anos que têm Ensino Superior completo às de 70 anos ou mais, vê-se um aumento de aproximadamente 20 vezes. Em relação ao Ensino Médio, ao comparar mulheres dessas mesmas faixas etárias, também se constata significativa melhora no nível educacional das idosas mais jovens, aproximadamente o dobro da taxa de escolaridade. O aumento da escolaridade da mulher do meio urbano pode significar ganhos à sociedade, à família e a ela própria, na medida em que conquista maior autonomia, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, além dos cuidados com os membros do grupo familiar. Isso tudo desonera os serviços de proteção e promoção social, uma vez que a relação de cuidado, construída no ambiente familiar, se torna mais qualificada e duradoura.

Quanto à população idosa de homens da área urbana, nota-se uma expressiva melhoria dos indicadores em todos

os níveis de escolaridade, exceto nos níveis sem instrução e Ensino Fundamental incompleto. Em relação aos homens idosos da área, a melhora dos indicadores é percebida em todos os níveis, mantendo-se estável em relação ao Ensino Médio incompleto. No entanto, preocupa o fato de que é expressivo o número de homens idosos, tanto da área urbana como da rural, sem instrução ou com Ensino Fundamental incompleto. Em número absolutos, 911 homens idosos, de um universo de 1.683, encontram-se nessa situação de escolaridade.

Quadro 2 – Relação entre escolaridade, sexo, idade e situação econômica da população idosa de Gramado

Nível de escolaridade	Total	Economicamente ativo				Não economicamente ativo			
		Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
		60 a 69 anos	70 ou +	60 a 69 anos	70 ou +	60 a 69 anos	70 ou +	60 a 69 anos	70 ou +
Sem instrução ou Ensino Fundamental incompleto	2807	448	106	203	78	306	367	489	810
Fundamental completo e Ensino Médio incompleto	462	98	15	53	19	29	41	116	91
Ensino Médio e Ensino Superior incompleto	279	72	9	55	11	20	16	55	41
Superior completo	327	81	5	57	0	46	25	96	17
Indeterminado	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: IBGE (2020).

A educação, especialmente a formal, tem impacto expressivo nas oportunidades ocupacionais das pessoas ao longo de sua vida. Quando analisados os números referentes à renda das pessoas idosas e seu nível de escolaridade, ganha expressivo destaque constatar que as pessoas idosas de Gramado com 11 anos de educação formal, o que corresponde ao Ensino Médio atual, têm renda 23 vezes superior

se comparadas aos idosos sem instrução ou com Ensino Fundamental incompleto.

Essa constatação merece atenção especial, pois comprova a necessidade de políticas educacionais inclusivas e efetivas. Pessoas que, ao longo da vida, têm a possibilidade de desempenhar atividades ocupacionais privilegiadas tendem a conquistar um padrão de vida que possibilita maior qualidade, inclusive na velhice. Também é possível identificar que maiores níveis de escolaridade formal são fator facilitador não apenas para a conquista de rendas superiores, mas para a permanência dessas pessoas no mercado formal ao chegarem à velhice. Nesse sentido, seu papel social de trabalhador permanece ativo, o que facilita maior envolvimento e participação social, contribuindo, com isso, também para a manutenção das saúdes física e mental.

Em relação ao nível de escolaridade e à ocupação profissional da população economicamente ativa de idosos de Gramado, conclui-se que 46% das mulheres idosas não economicamente ativas não possuem instrução ou Ensino Fundamental ou têm Ensino Fundamental incompleto, enquanto os homens idosos nessa mesma condição instrucional representam 23%.

De acordo com o IBGE (2011), em Gramado, nenhuma mulher idosa com idade igual ou superior a 70 anos com nível superior completo estava economicamente ativa quando do Censo de 2010. Nessa faixa etária e nível de escolaridade, foram identificados 5 (cinco) homens. Ao analisar essas informações, duas possibilidades se apresentam: a primeira hipótese é a de que os níveis de escolaridade mais elevados possibilitam a saída intencional do mercado formal de trabalho, por terem tido a oportunidade de, ao longo de sua trajetória profissional, gerar reservas financeiras e uma aposentadoria com valor mais significativo. A segunda hipótese refere-se ao possível etarismo presente na sociedade.

de, que impacta as oportunidades de trabalho das pessoas mais velhas.

Ao analisar os dados das pessoas economicamente ativas com 70 anos de idade ou mais sem instrução ou com Ensino Fundamental incompleto, 5% eram economicamente ativas. Isso pode significar que essa parcela da população precisa seguir ativa profissionalmente para complementar a renda e garantir a sobrevivência.

Embora a escolaridade formal da população idosa mostra-se imprescindível nos dados analisados, também impacta o fato de que a pessoa precisa construir múltiplas aprendizagens ao longo de sua vida. Nesse cenário, a educação não formal ganha destaque. Para além do que é ensinado e aprendido na escola, o mundo moderno requer que as pessoas desenvolvam aprendizagens que possibilitem a administração de recursos financeiros, práticas de autocuidado, manejo de recursos tecnológicos digitais, capacidade de ler e compreender o mundo a partir do lugar em que vivem. Na impossibilidade de construção de novas habilidades, há maior probabilidade de o sujeito viver a experiência de vida na condição de vulnerabilidade, fato que impacta negativamente nas suas condições de vida e tende a onerar os cofres públicos, uma vez que será preciso acionar a rede de serviços socioassistenciais.

Quanto às políticas e às práticas de esporte e lazer, estas estão sustentadas na perspectiva do envelhecimento ativo e saudável, de modo indissociável da saúde física e da psíquica. As legislações de direitos humanos de última geração consagram o direito ao esporte e ao lazer à pessoa idosa como condição primordial para uma vida digna e saudável.

O Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003) assegura o direito ao esporte e ao lazer no capítulo que trata também

do direito à educação e à cultura, ou seja, são direitos indissociáveis e devem respeitar o idoso na sua peculiar da condição de idade. Para possibilitar oportunidades de envelhecimento saudável, a oferta de atividades de esporte e lazer, bem como de acesso e participação em diversões, espetáculos, produtos e serviços, é fundamental.

Em Gramado, as iniciativas públicas e privadas de efetivação do direito ao esporte e ao lazer estão organizadas e oferecidas por intermédio de Serviço Social do Comércio (Sesc), Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, associações, academias (privadas e uma pública, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde), clubes e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos.

A Secretaria Municipal de Esporte e Lazer oferece o Projeto “Melhor Idade”. No Quadro 3 estão identificados os locais, o número de vagas e a atividade oferecida aos idosos.

Quadro 3 – Atividades de lazer oferecidas aos idosos

<b>Local</b>	<b>Vagas</b>	<b>Modalidade</b>	<b>Frequência</b>
B. Centro	40	Ginástica e Câmbio	Semanal
B. Floresta	20	Ginástica	Semanal
B. Piratini	20	Ginástica	Semanal
B. Várzea Grande	20	Ginástica	Semanal
B. Altos da Viação Férrea	20	Ginástica	Semanal
B. Belvedere	20	Ginástica	Semanal

Fonte: Secretaria Municipal de Esporte e Lazer de Gramado, julho de 2022.

De acordo com o gestor público municipal, busca-se identificar o interesse e a pertinência para a escolha da modalidade de esporte e ações de lazer. Há limitações quanto ao acesso à informação pelos idosos dessas ofertas, embora publicizadas em vários canais de comunicação. A busca



pela descentralização das atividades de esporte e lazer é uma constante preocupação, bem como o cuidado sanitário desse público durante a pandemia, o que causou a diminuição ou até mesmo a interrupção de atividades. As academias abertas, dispostas em parques, praças e centros de esporte, são vistas como espaços e equipamentos de esporte e lazer de alcance reduzido, considerando a pouca presença, o uso por parte das pessoas idosas e as limitações decorrentes das condições de clima desfavorável durante um longo período do ano.

O Sesc oferece atividades de esporte e lazer por intermédio do programa Maturidade Ativa. A programação semanal dessas atividades é desenvolvida no Centro Municipal de Esportes Prefeito José Francisco Perini, no bairro Planalto. O público atendido são os idosos moradores de diversos bairros de Gramado. Os profissionais que trabalham nesse programa possuem formação e treinamento para realizarem seu serviço com a população idosa.

O Clube da Terceira Idade de Gramado – “Geração Azaleia” é outra iniciativa da sociedade civil organizada que oferece oportunidades culturais, de esporte e lazer, com a participação de pessoas de diferentes bairros e regiões da cidade, inclusive da área não urbana.

Nas práticas de esporte e lazer pelos idosos, percebe-se uma limitação quanto à frequência e ao uso de praças e parques, que poderia ocorrer de forma mais intensa e de proveito para um maior número de pessoas. Nas atividades da pesquisa de campo, observa-se existirem bancos e banheiros à disposição dos frequentadores, bem como reserva de vagas de estacionamento para idosos nas proximidades ou estacionamento dos centros de esportivos da cidade.



Em 2013, Gramado deverá receber o prêmio “Cidade Sul-Americana do Esporte”. O prêmio é um selo de excelência que conta com a chancela da União Europeia e da Unesco, além de uma demonstração da capacidade que o município apresenta em relação aos esportes.

## **4. ANÁLISE DOS DADOS: PERCEÇÃO DOS IDOSOS ACERCA DO MUNICÍPIO**

Para atender ao objetivo proposto nesta pesquisa, como citado, foi realizado um levantamento de dados de Gramado em diversas bases, utilizados para cruzamentos, comparações e análises em relação às informações obtidas nos questionários, nas entrevistas, nos grupos focais e na observação direta.

O instrumento de pesquisa foi organizado para atender às exigências do projeto, levando em consideração a metodologia utilizada, e se apresenta no Apêndice E. A primeira parte do instrumento busca a identificação do idoso a fim de caracterizar a amostra e verificar sua representatividade; a segunda parte envolve dados sobre moradia e convivência familiar; a terceira diz respeito à participação cívica e ao emprego, verificando condições econômicas, de ocupação e de benefícios; a quarta envolve a participação social; a quinta relaciona-se ao apoio comunitário e aos serviços de saúde, considerando ainda condições de saúde; a sexta remete à vida diária, à autonomia e à independência; a sétima abrange aspectos de mobilidade pelo transporte municipal; a oitava envolve respeito e inclusão social; a seguinte aborda aspectos dos espaços abertos e prédios; e, por fim, a última relaciona-se a aspectos de comunicação e informação dos idosos.

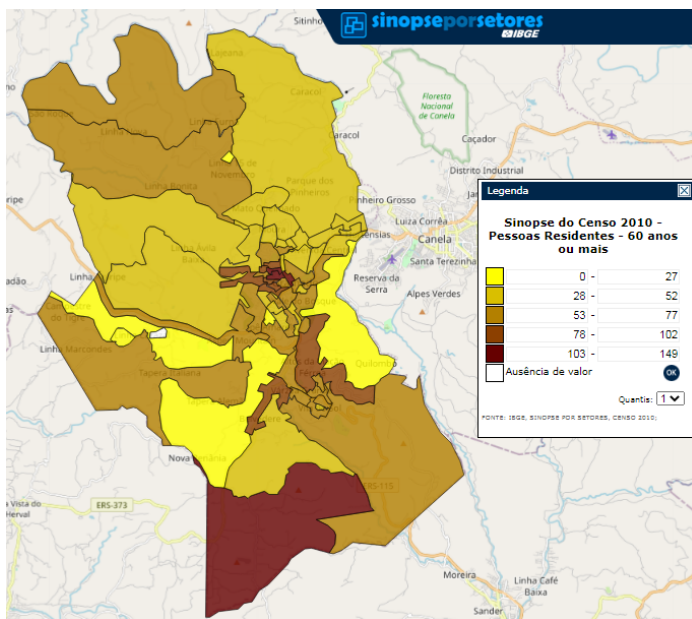
Para a análise das respostas, os cruzamentos e as comparações, estabelecem-se seções que analisam diferentes aspectos, a fim de viabilizar o diagnóstico. Inicialmente, têm-se os aspectos gerais dos idosos entrevistados, seguido das condições socioeconômicas e de moradia, saúde, autonomia e independência. Na sequência, apresentam-se as-

pectos gerais acerca de mobilidade urbana, acessibilidade, questões urbanas, comunicação e informação, participação social, espaços de lazer, e segurança.

#### **4.1. Aspectos gerais acerca dos idosos entrevistados**

Dos entrevistados, 77,65% residem em zona urbana e 12,32% em zona rural. O restante dos entrevistados não respondeu ou não soube identificar a zona de inserção do seu bairro. A configuração da amostra vai ao encontro da proporção de residentes das áreas urbana (89,9%) e rural (10,1%) do município, segundo o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2011). Além disso, em comparação com os setores censitários, conforme a Figura 5, pode-se perceber uma maior concentração de idosos residentes na área central, na região do bairro Várzea Grande, e na porção sul da zona rural, embora distribuídos por todo o território.

Figura 5 – Mapa dos residentes de Gramado acima de 60 anos



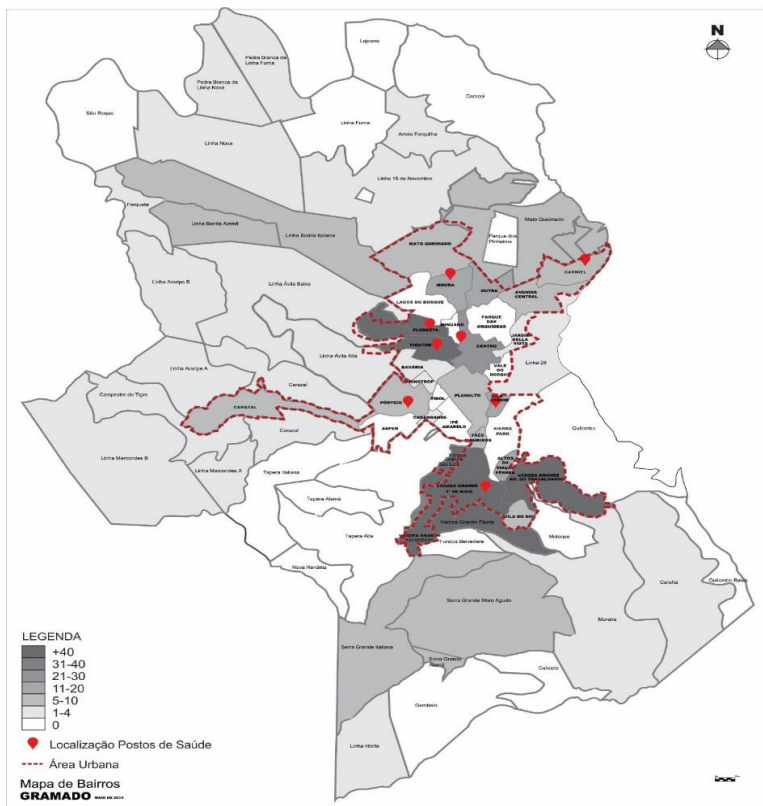
Fonte: IBGE (2011).

Dos 69 bairros existentes no município, os entrevistados citaram pertencer a 45, entre eles: Alto da Viação Férrea, Arroio Forquilha, Avenida Central, Ávila, Bavária, Campestre do Tigre, Carahá, Carazal, Carniel, Casa Grande, Centro Dutra, Floresta, Forqueta, Jardim Bela Vista, Linha 15 de novembro, Linha 28, Linha Araripe, Linha Bonita, Linha Bonita Alemã, Linha Carazal, Linha Hörlle, Linha Marcondes, Linha Nova, Mato Queimado, Moreira, Moura, Pedra Branca, Piratini, Planalto, Pórtico, Prinstrop, Serra Grande, Três Pinheiros, Vale Verde, Várzea Grande, Vila do Sol e Vila Jardim.

Essa distribuição indica que a maioria dos bairros foi contemplada, sendo que Floresta, Piratini e Várzea Grande são os mais representados, conforme indica a Figura 6.

É oportuno destacar que alguns bairros, segundo o Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado do Município (Gramado, 2014), encontram-se na área urbana, apesar da distância que apresentam e do seu tipo de ocupação. Isso, porque o PDDI considera as zonas de expansão da cidade, as quais se configuram, principalmente, na direção das rodovias estaduais e da conturbação com cidades vizinhas.

Figura 6 – Mapa de Gramado com incidência dos respondentes por bairro



Fonte: Adaptado de Gramado (2014).

A Tabela 8 apresenta a distribuição de idosos entrevistados por sexo, sendo o número de mulheres igual a 59,89% e o de homens a 40,11%. Essa diferença representa a tendência de haver um número maior de mulheres do que de homens na população idosa, sendo que, em Gramado, 56,58% da população acima de 60 anos são mulheres e 43,42% são homens (IBGE, 2011). A feminilização da velhice não é um fenômeno desconhecido e representa, ainda, que as mulheres vivem mais que os homens. Na amostra, não houve estratificação por sexo.

Tabela 8 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo o sexo

Sexo	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Masculino	140	40,11	5,14
Feminino	209	59,89	5,14
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

A Tabela 9 apresenta o estado civil dos entrevistados. Constata-se que um número considerável de entrevistados, ou seja, quase a metade da amostra, estava casado ou em união estável no momento da pesquisa. Chama a atenção que o número de divorciados e de separados é significativo, pelo fato de eles terem tido uma experiência familiar. Além disso, o número de viúvos é bastante elevado, o que traz para a pesquisa realidades distintas representadas nesse universo de entrevistados. O número de solteiros é reduzido e representa, no conjunto da amostra, apenas 7,45% deles.

Tabela 9 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo o estado civil

Estado civil	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Solteiro(a)	26	7,45	2,75
Casado(a)/União estável	169	48,42	5,24
Separado(a)	18	5,16	2,32
Divorciado(a)	39	11,17	3,31
Viúvo(a)	93	26,65	4,64
Não sabe/Não respondeu	4	1,15	1,12
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Constata-se, na Tabela 10, uma concentração de entrevistados nas faixas etárias de idosos mais jovens em relação aos mais velhos, ou seja, de 60 a 69 anos 56,74%; de 70 a 79 anos, 36,10%; de 80 a 89 anos, 6,30%; e acima de 90 anos, os mais longevos, apenas 0,86%. Importante é que a amostra contempla todas as faixas etárias a partir dos 60 anos, tendo, portanto, respostas desde os idosos mais jovens até os mais velhos.

Tabela 10 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a faixa etária

Faixa etária	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
60 – 64 anos	90	25,79	4,59
65 – 69 anos	108	30,95	4,85
70 – 74 anos	80	22,92	4,41
75 – 79 anos	46	13,18	3,55
80 – 84 anos	16	4,58	2,19



85 – 89 anos	6	1,72	1,36
90 anos ou mais	3	0,86	0,97
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Quanto ao número de filhos dos entrevistados, observou-se que mais da metade da amostra teve 2 ou 3 filhos, o que caracteriza como predominância a família nuclear. O número de entrevistados sem filhos foi de 6,02%; e com apenas 1 filho, de 14,61%. O número de prole elevada (de 8 a 12 filhos) se apresenta bastante reduzido (2,57%), se for considerado que no passado eram frequentes famílias numerosas. Entrevistados com 4 filhos representam 12,89% da amostra; e com 5 a 7 filhos, 10,31%, o que é um número expressivo para o período.

Conforme a Tabela 11, o número de analfabetos correspondeu a 4,58%, o que pode refletir em dificuldades de inserção e participação comunitária. Além disso, dos entrevistados, 58,45% possuem escolaridade correspondente ao Ensino Fundamental incompleto. É comum, em estudos acerca de população idosa, encontrar essa característica, principalmente em localidades em que a população começava a trabalhar muito cedo, a escola era colocada em segundo plano após o trabalho familiar, o Ensino Médio foi implantado mais tarde, e, para a população, era necessário dispor de deslocamento para estudar.

Tabela 11 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a escolaridade

Escolaridade	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Analfabeto	16	4,58	2,19

Alfabetizado fora da escola	5	1,43	1,25
Ensino Fundamental incompleto	204	58,45	5,17
Ensino Fundamental completo	20	5,73	2,44
Ensino Médio incompleto	17	4,87	2,26
Ensino Médio completo	52	14,90	3,74
Ensino Superior incompleto	8	2,29	1,57
Ensino Superior completo	19	5,44	2,38
Pós-Graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado, Pós-Doutorado)	7	2,01	1,47
Não sabe/Não respondeu	1	0,29	0,56
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

A baixa escolaridade dos idosos entrevistados pode ser um elemento que aponta à necessidade de trabalhar, cuidar da casa, dos filhos e dos netos e dispor de pouco tempo para o lazer. Até os dias atuais, a população rural tem problemas de deslocamento para as áreas mais centrais, o que pode ser, também, um fator da dificuldade de acesso à escola, se considerarem-se 60, 70 ou 80 anos atrás. Entretanto, o percentual de idosos entrevistados com escolaridade média completa corresponde a 14,90%; e com nível superior completo, 5,44%.

A população de Gramado, segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2011), autodeclarava-se branca. Na pesquisa atual,

dos 349 entrevistados, 86,53% se disseram brancos; 7,16%, pardos; 4,01%, pretos; e apenas 0,57% amarelos (Tabela 12). Essa distribuição evidencia a presença, na amostra, da grande maioria constituída por brancos. É possível falar de uma área de ocupação europeia no passado, na ocupação do território sem a presença de escravos. Também há um deslocamento de residentes que escolheram morar em Gramado pela sua qualidade de vida.

Tabela 12 – Distribuição das respostas dos entrevistados segundo a cor

Cor	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Branca	302	86,53	3,58
Parda	25	7,16	2,71
Preta	14	4,01	2,06
Amarela	2	0,57	0,79
Indígena	0	0,00	0,00
Não sabe/Não respondeu	6	1,72	1,36
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

A Tabela 13 traz dados sobre a religião dos entrevistados, sendo que 69,05% afirmaram ser católicos; e 24,36%, evangélicos. As demais crenças apresentaram percentuais bastante reduzidos. É oportuno lembrar que a presença de católicos na região sempre foi predominante e, no Censo 2010, representava 73,42% da população (IBGE, 2011), seguida pela dos evangélicos (20,33%). As demais religiões apresentam percentuais reduzidos (6,25%). O número dos que não tem uma crença também é reduzido, sendo 2,29% dos entrevistados. É comum que a religião seja um valor frequente.

Tabela 13 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a religião

Religião	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Católica (romana, ortodoxa e brasileira)	241	69,05	4,85
Evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, congregação cristã do Brasil, pentecostal, adventista, testemunha de Jeová, outras)	85	24,36	4,50
Espírita (kardecista)	7	2,01	1,47
Judaica (israelita)	0	0,00	0,00
Afro-brasileira (umbanda, candomblé)	0	0,00	0,00
Outra (budista, xintoísta, maometana, esotérica, etc.)	4	1,15	1,12
Nenhuma	8	2,29	1,57
Não sabe/Não respondeu	4	1,15	1,12
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Assim, tem-se a identificação dos idosos entrevistados, a fim de caracterizar a amostra e verificar sua representatividade. Ressalta-se um universo de 349 respondentes, entre 60 e 94 anos, sendo 60% mulheres e 40% homens,

78% residentes da zona urbana e 12% da zona rural, índices que vão ao encontro do perfil censitário do município. A seguir, são analisados aspectos gerais quanto às condições de moradia dos idosos entrevistados.

## 4.2. Aspectos gerais: condições de moradia

A condição de moradia dos entrevistados reflete uma situação privilegiada. Ter onde morar e não precisar pagar aluguel são condições importantes para idosos nos dias atuais. Sem sombra de dúvida, vale questionar as condições de moradia. Ter um local próprio é uma condição não mais frequente e favorável. As demais variáveis também refletem questões estratégicas utilizadas pelo Município em relação aos que vêm de fora para trabalhar e residir em Gramado. Na composição da amostra, conforme Tabela 14, a grande maioria possui moradia própria (81,66%), 12,89% necessitam de aluguel para residir, 3,44% possuem moradia cedida e para 0,29% a ocupação é irregular. No que se refere a outras formas, são propriedades que estão em processos judiciais.

Tabela 14 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a condição de moradia

Moradia	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Própria	285	81,66	4,06
Alugada	45	12,89	3,52
Cedida	12	3,44	1,91
Ocupação irregular	1	0,29	0,56
Outra	6	1,72	1,36
Não sabe/Não respondeu	0	0,00	0,00
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

A Tabela 15 mostra que a maioria dos entrevistados diz morar em casas, tendo um percentual de 91,12%, enquanto os que moram em apartamentos representam apenas 6,88%. Aparecem com menos expressão os que moram em um quarto ou cômodo, com percentual de 1,56%.

Tabela 15 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo o tipo de moradia

Tipo de moradia	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Casa	318	91,12	2,98
Apartamento	24	6,88	2,66
Quarto/Cômodo	1	0,29	0,56
Outro	3	0,86	0,97
Não sabe/Não respondeu	3	0,86	0,97
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Quanto ao número de pessoas que residem com o entrevistado, constatou-se que a maioria não reside sozinha. Isso é importante para idosos, pois viver só tem uma série de consequências, mesmo que represente certo grau de autonomia e independência. Nas respostas, identificou-se que 21,78% vivem com uma pessoa, 28,94% com duas, 13,75% com três, 10,32% com quatro, 3,72%, com mais de cinco, 1,15% com seis e 1,15% com sete. Identificou-se, também, que 31,52% vivem com o cônjuge, 10,32% com filhos e 22,64% sozinhos.

O número de pessoas que mora na residência com os entrevistados concentra-se em três grupos, sendo os dois

primeiros predominantes: os de uma a duas pessoas, os de três a quatro pessoas e os de cinco ou mais pessoas. O número médio de moradores por residência dos entrevistados é de 2,41 pessoas. Em média, segundo o Censo 2010, o número de moradores por residência é de 2,67 pessoas (IBGE, 2011).

Segundo Camarano (2020, p. 8),

[...] a família é vista como a fonte de apoio informal mais importante para os seus membros. Em muitos países, aparece como a única alternativa. Isso tem se verificado tanto pela co-residência como pela transferência de bens, serviços e recursos financeiros. Os seus membros se ajudam na busca do alcance do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de “conflito cooperativo”, em que se cruzam as diferenças de gênero e geração.

Nas respostas quanto às condições sanitárias da moradia, quase a totalidade da amostra respondeu que sua residência possui banheiro com vaso sanitário e chuveiro. Apenas um dos entrevistados afirmou não ter chuveiro nas instalações sanitárias. Quanto ao local em que dormem, 97,99% dizem dormir em quarto e apenas dois em sala. A Tabela 16 apresenta informações sobre a percepção dos entrevistados quanto a limitações de sua moradia.

Tabela 16 – Distribuição de idosos entrevistados segundo as limitações da moradia para mobilidade

Limitações na moradia	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Sim	56	16,05	3,85
Não	283	81,09	4,11
Não sabe/Não respondeu	10	2,87	1,75
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Ao serem questionados sobre as limitações que a sua moradia oferece quanto à mobilidade, 81,09% responderam que não possuem. Essa percepção, por parte dos respondentes, indica que consideram suas casas, em sua maioria, adequadas para suas condições de mobilidade. Mas vale destacar que muitas vezes as limitações não são percebidas ou assumidas pelos idosos. Os que descreveram as limitações, entre barreiras urbano-arquitetônicas, elencaram: escadas, degraus, rampas, falta de corrimão, acesso à moradia, pavimentação inadequada, falta de iluminação pública, entre outras.

Com base no último Censo do IBGE (2011), tem-se conhecimento de algumas barreiras urbano-arquitetônicas existentes no entorno dos domicílios em áreas com ordenamento urbano regular de Gramado. Sabe-se que, à época, com relação a residentes idosos, para 3% não havia iluminação pública, nem pavimentação para 11,56% ou calçadas para 59,21%. Além disso, não existia meio-fio/guia para 18,31% e 94,51% indicaram não haver rampa de acessibilidade para cadeirantes.

### **4.3. Aspectos gerais: condições socioeconômicas dos entrevistados**

A Tabela 17 descreve a ocupação dos entrevistados. A maioria (83,38%) afirma ser aposentada ou pensionista, o que significa que estão protegidos pelo benefício previdenciário, no sentido da renda. A luta para garantir a aposentadoria é muito importante, pois existe dificuldade de encontrar trabalho remunerado a partir de idades mais avançadas. Isso não significa que os idosos não trabalhem, mas a remuneração do trabalho é baixa, e muitos trabalham na informalidade.



Tabela 17 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a ocupação

Ocupação atual	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Aposentado ou pensionista	291	83,38	3,91
Autônomo	12	3,44	1,91
Empregado <b>com</b> carteira de trabalho assinada	9	2,58	1,66
Dona de casa	8	2,29	1,57
Desempregado	8	2,29	1,57
Empregado <b>sem</b> carteira de trabalho assinada (informal)	5	1,43	1,25
Funcionário público	4	1,15	1,12
Empregador	1	0,29	0,56
Outra	9	2,58	1,66
Não sabe/Não respondeu	2	0,57	0,79
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Quando perguntados sobre a ocupação atual, 3,44% responderam que são autônomos, 2,58%, que têm emprego com carteira assinada e 1,43%, que não tem carteira assinada, o que representa trabalhar na informalidade. Na categoria *outra*, os registros foram de cuidadores de familiares e/ou de doentes, ou trabalho na agricultura sem renda fixa. A renda mensal dos idosos foi outro aspecto investigado, conforme consta na Tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a renda mensal em salários-mínimos

Renda mensal	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Até 1	139	39,83	5,14
De 1 a 2	106	30,37	4,82
2 a 3	44	12,61	3,48
3 a 4	17	4,87	2,26
4 a 5	10	2,87	1,75
5 a 6	4	1,15	1,12
6 a 7	4	1,15	1,12
7 a 8	2	0,57	0,79
8 a 9	3	0,86	0,97
9 ou mais	8	2,29	1,57
Não tem renda própria	5	1,43	1,25
Não sabe/Não respondeu	7	2,01	1,47
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Conforme a Tabela 18, quanto à renda dos entrevistados, há uma concentração nas faixas inferiores em relação às mais elevadas. Observou-se que 39,83% recebem até 1 salário-mínimo; 30,37%, de 1 a 2 salários-mínimos; 12,61%, 3 salários-mínimos; e 4,87%, de 3 a 4 salários-mínimos. Nas faixas salariais mais elevadas, o percentual é bem reduzido (8,88%). Chama a atenção que 1,43% não tem renda. Quanto à origem de renda, a maior fonte é a aposentadoria (67,26%); seguido por remuneração por trabalho (salário regular) (11,93%), pensões (6,35%), aluguéis (3,05%) e ajuda de familiares (1,52%); e 2,79% declararam não possuir renda regular, como apresentado na Tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a fonte de renda

Fonte de renda	Frequência	
	Absoluta	Percentual
Aposentadoria	265	67,26
Remuneração pelo trabalho atual	47	11,93
Pensão	25	6,35
Aluguel	12	3,05
Não possui renda regular	11	2,79
Ajuda de familiares	6	1,52
Aplicações bancárias	1	0,25
Outras	25	6,35
Não sabe/Não respondeu	2	0,51
Total	394*	100,00

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022). \*Nota: Alguns idosos responderam ter mais de uma fonte de renda.

A renda familiar dos idosos (Tabela 20) tem um aumento se comparada com a renda mensal por indivíduo. Entretanto, esse incremento não representa uma mudança significativa de modo que pudesse justificar uma melhora no padrão de vida.

Tabela 20 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a renda familiar em salários-mínimos

Renda mensal familiar	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Até 1	72	20,63	4,25
1 a 2	95	27,22	4,67
2 a 3	66	18,91	4,11
3 a 4	34	9,74	3,11
4 a 5	19	5,44	2,38

5 a 6	5	1,43	1,25
6 a 7	3	0,86	0,97
7 a 8	6	1,72	1,36
8 a 9	4	1,15	1,12
9 ou mais	16	4,58	2,19
Não tem renda própria	1	0,29	0,56
Não sabe/Não respondeu	28	8,02	2,85
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Conforme dados apresentados na Tabela 20, 48% dos idosos tem renda familiar de até 2 salários-mínimos. Apenas 6% da população recebe mais de 6 salários-mínimos.

#### **4.4. Aspectos gerais: condições de saúde, autonomia e independência**

Um bloco importante do instrumento referiu-se à percepção que os idosos têm sobre sua saúde. A saúde no campo do envelhecimento é muito valorizada, pois reflete aspectos fundamentais do ser humano como capacidade de resolver problemas, ser independente e ser autônomo.

Para entender como os idosos se percebem quando questionados sobre sua saúde, 37,82% responderam que sua saúde é boa, e o mesmo número diz que é regular, conforme a Tabela 21. Esses dados mostram que os extremos são referências para identificar essa percepção, ou seja, 16,62% consideram que sua saúde é ótima e 7,16% que é péssima. O questionamento sobre a autopercepção evidencia como os entrevistados se sentiam no momento da entrevista. Não se pode deixar de considerar que, em meio a uma pandemia, 16,62% veem sua saúde como ótima. Outro dado importan-

te é que, quando respondem que sua saúde é regular, pode significar que têm consciência dos seus problemas de saúde.

Tabela 21 – Distribuição de idosos entrevistados segundo a percepção de saúde

Percepção de saúde	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Ótima	58	16,62	3,91
Boa	132	37,82	5,09
Regular	132	37,82	5,09
Péssima	25	7,16	2,71
Não sabe/Não respondeu	2	0,57	0,79
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Nas entrevistas, os idosos declararam que procuram o Sistema Único de Saúde (SUS) nos seus diversos serviços como forma de atendimento principal, como pode ser observado na Tabela 22. Na descrição de serviços, aparece o atendimento no posto de saúde, ou seja, na Unidade Básica de Saúde (UBS), no pronto-atendimento e no hospital. Apenas 9,5% da amostra tem plano de saúde privado e procurou esse serviço de saúde. Vale destacar que muitos dos entrevistados referem-se à UBS como “posto de saúde”, identificação encontrada até mesmo em informações da prefeitura municipal.

Tabela 22 – Distribuição das respostas dos idosos segundo os serviços de saúde acessados

Serviços de saúde	Frequência	
	Absoluta	Percentual
Unidade Básica de Saúde/SUS	313	75,60
Hospital	36	8,70

Plano privado de saúde	33	7,97
Plantão hospitalar 24 horas/SUS	21	5,07
Outro	11	2,66
Total	414*	100,00

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022). \*Nota: Alguns idosos responderam que usam mais de um serviço.

Nas entrevistas, ficou evidente que também os idosos que têm plano de saúde utilizam o SUS pelo fato de declararem que o serviço é ágil, eficiente e atende às necessidades básicas. Alguns consideraram que o problema no SUS começa quando precisam de cirurgias ou de algum tratamento especializado. Entretanto, identifica-se que o Centro Municipal de Saúde atende às demandas imediatas, de modo que dá encaminhamentos aos demais serviços de saúde. No quesito *outros*, os entrevistados responderam que procuram consultórios particulares em urgências, usam o sistema de saúde oferecido pelo sindicato rural, pelo serviço “Amigo São Miguel”, e serviços de cardiologia.

A Tabela 23 apresenta a distribuição das respostas dos idosos segundo as dificuldades de realização de atividades de vida diária.

Tabela 23 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo as dificuldades de realização de atividades de vida diária

Dificuldades de realização de atividades de vida diária	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Sim	46	13,18	3,55
Não	299	85,67	3,68
Não sabe/Não respondeu	4	1,15	1,12
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Na Tabela 23, identificou-se a participação de idosos em atividades diárias. Isso significa que o idoso tem capacidade de executar atividades básicas na vida diária, como tomar banho sozinho, preparar seu alimento, tomar sua medicação, cuidar do lugar onde mora, fazer compras, entre tantas outras atividades. Constatou-se, também, que o número de idosos que precisam de ajuda não é tão reduzido, ou seja, 13,18%, o que conduz à conclusão de que são idosos que não moram sozinhos e, conseqüentemente, precisam da ajuda de outros. O número de idosos que não responderam foi bastante reduzido, ou seja, 1,15%.

As atividades de vida diária são importantes para certificar se o idoso é independente para a política de envelhecimento ativo. Os idosos que declararam ter dificuldades s elencaram as seguintes: baixa visão, falta de ar, tendinite, dificuldades de caminhar, de se comunicar e de subir e descer escadas. Algumas dificuldades citadas se localizaram muito mais na realização de atividades fora de casa do que nas atividades diárias em casa, ou seja, dirigir, estacionar e enfrentar engarrafamentos contínuos.

Essa questão confirma as respostas apresentadas na Tabela 24, sendo o mesmo percentual daqueles que não conseguem realizar atividades sem ajuda de outros. Dessa forma, o percentual de idosos, referente a essa amostra, que não são totalmente independentes é de 11,75%, e dos independentes é de 86,25%.

Tabela 24 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo as condições de consultar médico sozinho

Condições para consultar médico sozinho	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Sim	301	86,25	3,61
Não	41	11,75	3,38

Não se aplica	3	0,86	0,97
Não sabe/Não respondeu	4	1,15	1,12
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

A Tabela 25 apresenta informações sobre a hospitalização de idosos nos últimos 12 meses.

Tabela 25 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a hospitalização nos últimos 12 meses

Hospitalização nos últimos 12 meses	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Sim	63	18,05	4,04
Não	272	77,94	4,35
Não sabe/Não respondeu	14	4,01	2,06
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

No item *hospitalização*, um dado importante para o entendimento da saúde da população idosa refere-se ao fato de que 77,94% dos entrevistados responderem que não foram hospitalizados nos últimos 12 meses, o que pode significar um percentual considerável de pessoas com estado de saúde bom ou satisfatório. Importante é salientar que esse indicador, que se refere à hospitalização, corresponde ao segundo ano da pandemia de Covid-19.

Nesse sentido, ao mesmo tempo que pode ser considerado um aspecto positivo em relação à saúde dos idosos, não se pode ignorar o fato de que muitas pessoas evitaram ir até hospitais ou buscar outros tipos de atendimento ligados à saúde por medo de contágio, ou de não serem atendidos



por priorizarem atendimentos a casos de emergência ou ligados à Covid-19.

Embora o número de hospitalizações de idosos nos últimos 12 meses se mostre relativamente bom (apenas 18,05% precisou de internação), outro dado importante nas hospitalizações que precisa ser considerado é referente ao número de vezes que esses idosos foram hospitalizados. A grande maioria dos entrevistados, 82,54%, esteve internada apenas uma vez, como mostra a Tabela 26. Isso pode indicar a qualidade do atendimento no sentido de possibilitar a recuperação do problema que desencadeou a internação, uma vez que foram os próprios idosos que haviam sido internados que responderam.

Tabela 26 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo o número de hospitalizações nos últimos 12 meses

Número de hospitalizações nos últimos 12 meses	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
1	52	82,54	3,98
2	4	6,35	2,56
4	2	3,17	1,84
6	1	1,59	1,31
Não sabe/Não respondeu	4	6,35	2,56
Total	63	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Outro aspecto que precisa ser considerado quanto à quantidade de vezes que a pessoa esteve hospitalizada nos últimos 12 meses é em relação à atenção à cronicidade de doenças. Se menos de 20% dos idosos entrevistados estiveram hospitalizados no período investigado, e praticamente 80% faz uso de medicação contínua, conforme a Tabela 27,

isso indica a presença de doenças crônicas que estão sendo tratadas.

Tabela 27 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a medicação contínua

Uso de medicação contínua	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Sim	279	79,94	4,20
Não	50	14,33	3,68
Não sabe/Não respondeu	20	5,73	2,44
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

#### **4.5. Aspectos gerais: mobilidade urbana, acessibilidade e questões urbanas**

Como a pesquisa tem o objetivo de verificar como vive o idoso em Gramado, questões de mobilidade e acessibilidade foram avaliadas. Dessa forma, uma parte do instrumento questiona como o idoso se movimenta na cidade e como são alguns de seus hábitos. A utilização de transporte coletivo foi uma das questões que levou a evidenciar que nem todos fazem uso dele, pois o trajeto do transporte não é adequado ao que necessitam, pela dificuldade de subir no ônibus ou pela incompatibilidade de horários, e que não necessariamente usam o transporte de forma gratuita, com o passe livre.

O transporte público se apresenta como uma facilidade urbana que contribui para um envelhecimento ativo, tendo em vista que, por meio dele, o idoso tem acesso a outros serviços e comodidades, e possibilita que o cidadão se desloque pela cidade, por vezes, sendo determinante para a

participação cívica e social e o acesso a serviços comunitários e de saúde (OMS, 2008).

Em Gramado, o ônibus é a modalidade de transporte público disponível. No que se refere à disponibilidade, observa-se que está acessível em todos os bairros da zona urbana. O itinerário da empresa de transporte que atua nesse município evidencia uma frequência em determinadas rotas, entretanto não são suficientemente publicizadas aos usuários. É importante frisar que o funcionamento ocorre regularmente durante a semana, de segunda a sexta-feira. Foi identificado que o atendimento do transporte coletivo nas áreas rurais apresenta dificuldades tanto pelo horário como pela frequência.

Observa-se que, comumente, o idoso se programa para se movimentar ao centro da cidade nos poucos horários que o transporte funciona. Logo, identificam-se duas dificuldades no transporte coletivo: a carência de conexão com a internet nos coletivos públicos e às restrições quanto ao sinal de qualidade da internet para uso de aplicativo de transporte privado-urbano, a exemplo da Uber. Alguns idosos registraram também o valor elevado do transporte por aplicativo.

Destaca-se, ainda, a presença de poucos ônibus adaptados para uso de idosos que necessitam de cadeira de rodas. Desse modo, os embarques/desembarques podem ser um transtorno ou impossibilitar o uso. Assim, identifica-se como uma fragilidade o transporte coletivo para usuários de cadeira de rodas.

A prefeitura mostra preocupação e atenção em relação ao transporte público, especialmente na pandemia de Covid-19, pela alteração da dinâmica da cidade. Entre as ações do Poder Público municipal para amortecer o impacto para a companhia e o usuário, pode-se citar o aumento

mínimo da tarifa nos últimos anos e o subsídio para parte do prejuízo.

Chamam a atenção a localização, a estrutura e as condições das paradas de ônibus. Observa-se em alguns bairros, como, por exemplo, no Centro e no Moura, que as paradas de ônibus apresentam condições favoráveis em sua maioria, dispondo de bancos, iluminação adequada, cobertura superior e laterais. Nos demais bairros não há abrigo adequado, além de as paradas de ônibus apresentarem apenas uma placa de sinalização.

O uso do passe livre é comum a, aproximadamente,  $\frac{1}{3}$  da amostra, como identifica a Tabela 28. Muitos idosos indicaram que não necessitam, já que não usam esse transporte, como referendado. O número que desconhece esse direito é reduzido, ou seja, 2,58% da amostra, e 1,72% registrou que estava solicitando o benefício. Vale destacar que, para idosos de 60 a 65 anos, é necessária a emissão de uma carteira específica indicando a gratuidade, emitida pela Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social.

Tabela 28 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo o uso de passe livre municipal

Dispõe de passe livre municipal	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Sim	103	29,51	4,79
Não necessito	218	62,46	5,08
Desconheço esse direito	9	2,58	1,66
Em processo de solicitação	6	1,72	1,36
Não sabe/Não respondeu	13	3,72	1,99
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Para tratar de acessibilidade, define-se, inicialmente, seu entendimento enquanto

[...] possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (Brasil, 2015, capítulo I, art. 3º).

Na análise de mobilidade reduzida, é importante considerar os indivíduos com alguma condição temporal que limita sua capacidade de se relacionar com o meio, em diferentes níveis de intensidade, “gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção”, desde que sua condição não se enquadre nas definições de pessoa com deficiência (Brasil, 2015, Capítulo I, art. 3º). Além disso, deve-se considerar que qualquer pessoa está sujeita, “em algum momento de sua vida, a enfrentar dificuldades para a realização de atividades devido a acidentes, doenças ou, simplesmente, pelo processo natural de envelhecimento” (Dischinger; Ely; Piardi, 2012, p. 11).

Para atingir a premissa de acessibilidade, deve-se evitar qualquer tipo de barreira, tangível ou intangível, “que limite ou impeça a participação social da pessoa [...] e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança” (Brasil, 2015, Capítulo I, art. 3º). Assim, ao realizar um inventário sobre o município de Gramado, a fim de possibilitar sua qualificação como cidade para todas as idades, destaca-se a necessidade de torná-lo acessível em diversas esferas e a todas as pessoas, sem exceção.

Em Gramado, enquanto potencialidades, pensando na acessibilidade em dimensões urbano-arquitetônicas, comunicacional e informacional, pode-se identificar, por observação direta, a existência de rampas ou rebaixamento de calçadas em pontos de travessia de pedestres em vias públicas, placas de identificação do logradouro, vagas de estacionamento identificadas destinadas a pessoas com deficiência e idosos (principalmente nas proximidades de prédios públicos), bancos para descanso e sanitários públicos. Essas condições concentram-se em vias centrais do município, principalmente nas áreas turísticas, nem sempre estando disponíveis nos demais bairros das zonas urbana e rural. A Figura 7 ilustra o contraste dessas condições entre a avenida Borges de Medeiros, localizada no Centro, e um trecho de outra rua (Amapá), localizada próximo ao Centro, no bairro Moura, em que não há faixa de travessia de pedestres, rampa de acessibilidade ou pavimentação do passeio.

Figura 7 – Imagens da avenida Borges de Medeiros, no Centro (1), e rua Amapá, no bairro Moura (2)



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Além disso, a execução de estratégias de acessibilidade não segue os padrões definidos pela NBR 9050, norma brasileira referente à acessibilidade. As condições dos passeios, em alguns espaços observados, não apresentam revestimentos regulares e antiderrapantes nem faixas livres para circulação de pedestres, e não se identifica continuidade de linha-guia ou calçadas com piso tátil – peças instaladas para dar contraste ao piso do passeio, destinado à orientação de pessoas com baixa visão ou deficiência visual. Essas características impossibilitam o estabelecimento de rota acessível que garanta um “trajeto contínuo, desobstruído e sinalizado, que conecte os ambientes externos ou internos de espaços e edificações, e que possa ser utilizado de forma autônoma e segura por todas as pessoas” (ABNT, 2020a, p. 5).

Sabe-se que a execução da pavimentação do passeio público é de responsabilidade de cada proprietário de terreno, seja ele edificado ou não, conforme determina o Código de Posturas do Município de Gramado: “É obrigatório a pavimentação do passeio público pelos proprietários de terrenos edificados ou não, com frente para as vias dotadas de pavimentação e meio-fio, com material indicado pela Administração Municipal, bem como mantê-los em bom estado de conservação” (Gramado, 2019, art. 133). Mas cabe à prefeitura orientar os moradores e fiscalizar as condições de execução e conservação para que sejam adequadas à acessibilidade e à segurança de todos. Além disso, as rampas de acessibilidade para cadeirantes ou o rebaixamento das calçadas devem estar dispostos junto à faixa de travessia de pedestres.

Outra particularidade de Gramado é que a cidade não possui semáforos, assim, o trânsito é organizado por meio de rótulas. Ainda que na cidade haja uma reconhecida cultura de respeito às faixas de pedestres, sabe-se que semáforos,

especialmente os que possuem contagem regressiva visual e sinais sonoros, promovem maior segurança no cruzamento para pedestres.

A mobilidade nos espaços abertos de Gramado apresenta peculiaridades devido à composição de terrenos acidentados caracterizados por fortes desníveis. Por si só, o relevo pode ser um fator desestimulante e até com impossibilidades peatonais para o deslocamento do idoso (assim como para aqueles que utilizam cadeira de rodas).

A principal avenida do município (Avenida Borges de Medeiros), área de intensa circulação turística, é caracterizada por calçadas largas, padronizadas e niveladas, equipamentos pergolados e bancos para descanso. Entretanto, esse padrão não é observado nos bairros não centrais, como, por exemplo, Piratini, Viação Férrea, Moura e Dutra. Nestes, verificam-se calçadas com sinais de afundamento, desnivelamento de blocos e rachaduras.

Além disso, em inúmeros trechos o calçamento é estreito, não dispõe de superfície antiderrapante e apresenta obstáculos para passagem de pedestres, como árvores e lixeiras. Ainda, isentando a área central do município, não se observa meio-fio rebaixado, o qual objetiva facilitar a transição para a rua. Esse cenário impacta a capacidade de deslocamento do idoso. Ademais, não se observam bancos distribuídos ao longo dos trechos. Vale ressaltar que bancos e áreas para sentar são uma característica urbana necessária para os idosos, tendo em vista que, para muitos deles, é cansativo se locomover pela cidade se não houver algum local de pausa e descanso (OMS, 2008).

#### **4.6. Aspectos gerais: comunicação e informação**

Outro bloco de questões que foram previstas no instrumento tratava da comunicação e da informação dos idosos.



Para a população idosa, acompanhar as informações e ter como se comunicar é muito importante. Nesse cenário, os meios de comunicação utilizados pelos idosos gramadenses também foram objeto de atenção neste estudo. Podem, por vezes, não receber a devida importância em planos de políticas públicas, mas são fundamentais em uma sociedade, especialmente quando se consideram os três pilares iniciais da Política do Envelhecimento Ativo: participação, saúde e segurança. Os meios de comunicação podem ser facilitadores na implantação de políticas públicas e na conscientização da população, bem como uma ferramenta potente quando há a necessidade de buscar serviços de saúde ou de interação social.

A Tabela 29 apresenta os principais meios de comunicação utilizados pelos idosos entrevistados.

Tabela 29 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo o meio de comunicação utilizado

Meio de comunicação utilizado	Frequência	
	Absoluta	Percentual
TV	191	48,11
Internet	64	16,12
Rádio	49	12,34
Redes sociais	38	9,57
Jornal	35	8,82
Não sabe/Não respondeu	20	5,04
Total	397*	100,00

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022). \*Nota: Alguns idosos responderam que usam mais de um meio de comunicação.

O principal meio de comunicação utilizado pelos participantes da pesquisa é a televisão, sendo destacada por 46,42% dos respondentes. Se forem considerados os idosos que utilizam a televisão e outro meio, uma vez que

o instrumento permitia mais de uma alternativa, esse percentual sobe para 48,11%, como consta na Tabela 29. Em segundo lugar está a internet/redes sociais, com 25,69% das respostas.

Chama a atenção que apenas 12,34% dos respondentes utilizam o rádio como meio de comunicação para ter acesso a informações. Considerando que o público pesquisado é a população idosa, esses dados merecem destaque especial, uma vez que muitas campanhas que objetivam chegar até essa parcela da população priorizam o rádio por acreditar que este é o meio de comunicação mais acessado por idosos.

Quando questionados sobre o meio de comunicação que utilizam para contatar outras pessoas, os números que ganharam destaque estão ligados às tecnologias mais recentes, como indica a Tabela 30.

Tabela 30 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo o meio utilizado para sua comunicação com outras pessoas

Meio de comunicação com outras pessoas	Frequência	
	Absoluta	Percentual
<i>Smartphones</i>	191	48,85
Celular sem acesso à internet	122	31,20
Telefone fixo	49	12,53
Telefone público	3	0,77
Não me comunico	10	2,56
Outros	11	2,81
Não sabe/Não respondeu	5	1,28
Total	391*	100,00

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022). \*Nota: Alguns idosos responderam que usam mais de um meio de comunicação.

Os *smartphones* foram citados por 54,73% dos idosos, seguido de 34,96% que utilizam telefones celulares sem

acesso à internet, 14,04% que utilizam telefone fixo, e menos de 1% que acessa telefones públicos. Tendo como referência o universo amostral deste estudo, merece especial atenção a necessidade de garantir sinal de telefonia móvel em localidades do interior do município. No grupo focal realizado com moradores idosos, esse foi um problema apontado. Ter o aparelho de telefone móvel não garante a comunicação, tendo em vista que há regiões que não têm cobertura de sinal de telefonia. Esse fato pode ser um complicador, principalmente em casos de emergências de saúde e acionamento de serviços de segurança pública.

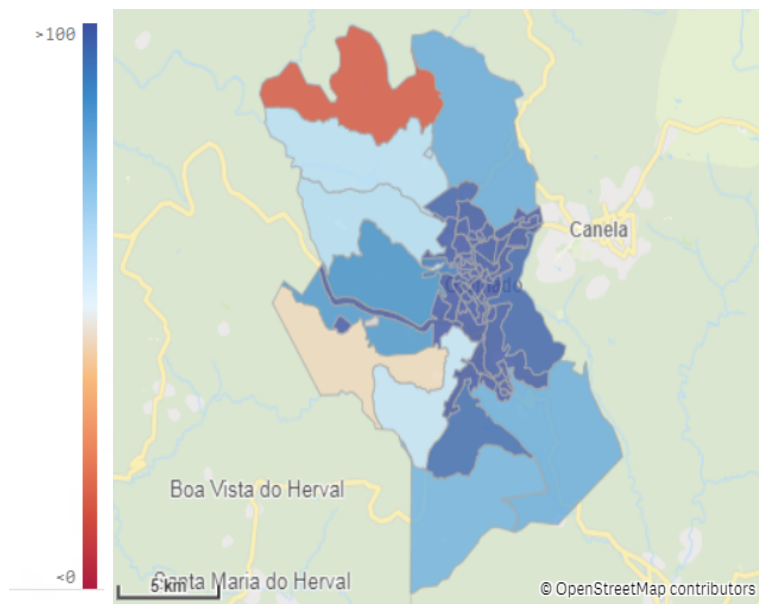
Segundo o mapeamento da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), Gramado tem 67,33% de sua área coberta com sinal 4G<sup>7</sup> e oito<sup>8</sup> operadoras presentes. Quando observado o número de domicílios abrangidos, tem-se 95,95% com cobertura dessa tecnologia. Nota-se, na Figura 8, que o setor mais ao norte, na zona rural, possui apenas 13,94% dos moradores cobertos, e o mais a oeste 43,85%. Os demais setores censitários contam com, no mínimo, 60% de cobertura, e a área urbana com 100%, praticamente, em sua totalidade. Já ao considerar ainda as tecnologias 2G e 3G, de menor velocidade de navegação, tem-se 70,97% de cobertura da área total e 96,46% dos domicílios (ANATEL, 2020).

---

<sup>7</sup> 4G é um tipo de tecnologia de conexão móvel. “As linhas móveis de 4G são as mais utilizadas no País, sendo 50% (118.226.718 linhas) do total” (ANATEL, 2020, n.p.).

<sup>8</sup> As operadoras presentes no município são: Algar, Claro, Lige, Nextel, Oi, Sercomtel, Tim e Vivo.

Figura 8 – Cobertura 2G, 3G e 4G em Gramado de todas as operadoras



Fonte: Anatel (2022).

## 4.7. Aspectos gerais: participação social e espaços de lazer

A participação social é mais um dos quesitos considerados para que um município possa atender às exigências do *Guia Global – cidade amiga do idoso*, da OMS (2008). Uma cidade amiga do idoso deve oferecer uma gama de oportunidades para os idosos em termos de participação social, entretenimento, recreação, educação, cultura e espiritualidade (OMS, 2008).

Além disso, é um pilar da Política do Envelhecimento Ativo e diz respeito às possibilidades de inserção das pessoas idosas na sociedade. Quando o objetivo de uma sociedade é possibilitar o envelhecimento saudável de sua população,

é necessário que as pessoas possam ter vida social ativa. A pandemia de Covid-19, por exemplo, em vista dos protocolos postos para a prevenção do contágio, indicava o distanciamento social, o que fez com que muitos idosos se afastassem completamente da vida social.

Com relação à participação social, quase metade da amostra (46,99%) indicou participar de um ou mais grupos e/ou associações de sua comunidade, como mostra a Tabela 31. Entre eles, destacam-se: grupo religioso (18,5%), grupo da terceira idade (12,2%), grupo de esportes (4,6%), associação comunitária, como clube de mães ou associação de moradores (4,3%), reunião com amigos (3,6%), grupo cultural, como coral, artesanato ou de dança (3,6%), partido político (0,5%) e outros (5,8). Entretanto, outros 52,44% dos idosos entrevistados declararam não participar de nenhuma dessas atividades sociais, e 0,57% não sabe ou não respondeu.

Tabela 31 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a participação em grupos/associações na comunidade

Participação em grupos/associações na comunidade	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Sim	164	46,99	5,24
Não participa	183	52,44	5,24
Não sabe/Não respondeu	2	0,57	0,79
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Durante a pesquisa, foram identificados alguns locais que os idosos frequentam e nos quais realizam atividades recreativas. Um deles é o “Grupo Azaleia” (Figura 9), que é um espaço público, cedido pela prefeitura para encontros,

festas, bailes, almoços etc. O número de idosos que se encontram nessas festas é bastante significativo e tem uma função social de entretenimento. As festas ocorrem mensalmente e nelas há música, dança e, muitas vezes, almoço.

Figura 9 – Clube da Terceira-idade – Geração Azaleia



Fonte: Acervo dos autores (2022).

O Grupo Azaleia, como é conhecido, localiza-se na rua Coluna do Norte, nº 147, no bairro Floresta. O Clube da Terceira-Idade de Gramado – Geração Azaleia tem uma diretoria e organiza as atividades pensando nos idosos. Foi fundado em 30 de abril de 1998 como atividade de associações de direitos sociais.

Outro local que muitos idosos frequentam é o Sesc, entidade de caráter privado, mantida e administrada por empresários do setor do comércio, financiada com uma contribuição compulsória de 11,5% sobre o valor da folha de pagamento das empresas vinculadas às entidades sindicais. O Sesc de Gramado desenvolve um programa chamado “Maturidade Ativa”, cujo objetivo é promover a qualidade

de vida e o envelhecimento ativo de pessoas com idades a partir de 50 anos.

Além desses dados, 79,37% dos idosos entrevistados, quando questionados sobre a participação em trabalhos voluntários, responderam que não realizam, como mostra a Tabela 32. Os demais explicitaram que se dedicam a atividades religiosas, sociais, de bairro, de esportes, de ajuda solidária em algumas instituições como Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Alcoólicos Anônimos, Damas de Caridade, casa de idosos, visita a doentes, atividades recreativas no Sesc etc.

Tabela 32 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a participação em trabalhos voluntários

Participa de algum trabalho voluntário	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Sim	70	20,06	4,20
Não	277	79,37	4,25
Não sabe/Não respondeu	2	0,57	0,79
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Na pesquisa de campo, os idosos entrevistados foram questionados sobre sua participação em eventos. Conforme mostra a Tabela 33, 53,58% dos idosos diz participar de algum evento. Merece destaque especial o fato de que 38,11% respondeu não participar de atividades sociais. Tendo em vista a importância para a saúde que ter uma vida social pode significar, e o grande percentual de respostas indicando possível afastamento social, há de se desenvolver estratégias para mobilizar esses idosos para a retomada de convívio social mais representativo.

Tabela 33 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a participação em eventos

Participa de eventos	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Sim	187	53,58	5,20
Não participa	133	38,11	5,09
Não sabe/Não respondeu	29	8,31	2,80
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Entre os idosos que declararam participar de eventos, os ligados à religião totalizaram 25,22% das respostas. Atividades familiares foram mencionadas por 23,79%, o que sugere envolvimento ativo com a família, não apenas nas atividades rotineiras mas também em situações de lazer. Embora Gramado seja uma cidade turística, conhecida internacionalmente também pelos seus eventos tradicionais e festivais, o idoso gramadense não participa dos eventos promovidos pela GramadoTur – apenas 27 idosos entrevistados (6,11%) afirmaram participar destes.

O contexto da pandemia precisa ser considerado ao analisar esse aspecto, uma vez que os protocolos sanitários indicavam que as pessoas evitassem espaços com aglomeração. Outro fator relevante é que muitos eventos realizados em Gramado ocorrem em espaços abertos, sem controle de entrada. Circular por suas ruas centrais já implica participação em boa parte das atividades desses eventos, uma vez que a cidade recebe decoração especial, há *shows* em diferentes lugares, mas não necessariamente requer compra de ingresso.

A pesquisa também investigou se os idosos frequentam parques e praças do município. *Nunca* foi a resposta de



38,95% dos participantes. Se forem somados a estes os que responderam frequentar tais espaços raramente, o número sobe para 55,3%. Apenas 14,04% deles afirmou frequentar praças e parques frequentemente, como mostra a Tabela 34. Esses números são corroborados pelas falas obtidas no grupo focal com idosos moradores.

Tabela 34 – Distribuição das respostas dos idosos entrevistados segundo a frequência em parques/praças

Frequência em parques/praças	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Frequentemente	49	14,04	3,64
Às vezes	97	27,79	4,70
Raramente	57	16,33	3,88
Nunca	136	38,97	5,12
Não sabe/Não respondeu	10	2,87	1,75
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

Quanto ao lazer em espaços livres e abertos, destaca-se que as áreas verdes são importantes para o Município e a população, além de indicadores importantes para a qualidade de vida e ambiental. A área verde disponível para recreação da população, que compete à Secretaria do Meio Ambiente, é apenas o Parque Natural Municipal dos Pinheiros, que é uma Unidade de Conservação e possui 1.339.230 m<sup>2</sup>. De acordo com a Secretaria do Meio Ambiente de Gramado, o número de árvores plantadas anualmente em Gramado é de 800 mudas.

Além disso, existem diversas praças distribuídas em vários bairros. Entre elas, citam-se: Praça das Etnias (Centro), Praça Major Nicolletti (Centro), Praça Leopoldo Rosenfeldt ou Praça das Bandeiras (bairro Planalto), Praça

João Leopoldo Lied ou das Rosas (bairro Belvedere), Praça Silvino Fiorenze (Vila Suíça), Praça José Adriano Flesch ou Praça das Mães (Belvedere), Praça da *Miss* Brasil Fabiane Niclotti (bairro Várzea Grande), Praça Altos da Viação Férrea [1], Praça Isaías Elias de Moura (bairro Moura), Praça Ernesto Volk [2] (bairro Piratini), Praça Ambrósio Bolfe (Vila Suíça), Praça do bairro Carniel, Praça Sílvia Zorzanello (bairro Planalto), Praça das Castanheiras (bairro Floresta), Praça 11 Canarinhos (bairro Piratini), Praça bairro Jardim. Também se destacam espaços de lazer voltados ao esporte, como o Estádio Municipal Ernesto Volk (Ernestão), o complexo do Ginásio Municipal de Esportes [3] e a Vila Olímpica Eduardo Tissot [4], no bairro Várzea Grande. Na Figura 10 destacam-se algumas áreas de lazer de Gramado.

Figura 10 – Fotos de áreas de lazer de Gramado



Fonte: Acervo dos autores (2022).

Em geral, percebem-se amplos espaços destinados ao lazer. Muitos contam com iluminação, bancos de descanso e jardins, além de áreas de *playground*, quadras esportivas e academia ao ar livre. Algumas praças são cercadas. Chama a atenção que muitas apresentam piso regular no entorno, mas as vias internas são de cascalho ou pedras irregulares, e há rampas de acesso para cadeirantes na calçada, mas não estão dispostas na faixa de travessia de pedestres, o que dificulta a acessibilidade aos usuários, além da falta de piso tátil e de sinalização adequada.

Observa-se que a maioria das praças está em bom estado de conservação. No entanto, identificam-se poucos idosos usufruindo dos espaços. Podem ser levantadas algumas questões para buscar compreender a não territorialização por parte da população mais velha nessas praças. Alguns idosos relataram que se sentem deslocados quando utilizam tais praças, justificando que são locais para jovens que as utilizam para encontrar os amigos, andarem de *skate* e escutar música com volume alto. Além disso, a falta de policiamento acaba impedindo que se sintam confiantes e seguros para estarem nesses lugares.

#### **4.8. Aspectos acerca da segurança**

A segurança na política de envelhecimento ativo é muito importante, sendo um de seus pilares. Esse aspecto se refere a “assegurar proteção, segurança e dignidade aos idosos, através dos direitos e necessidades de segurança social, financeira e física dos idosos” (WHO, 2005, p. 53).

Dos 349 idosos entrevistados, ao serem questionados se sentiam-se seguros na sua cidade, 305 responderam que a cidade lhes oferece segurança, o que representa 87,39%, conforme a Tabela 35. Os que demonstraram uma percepção contrária alegaram que isso se deve à falta de segurança pública (4,30%), de calçadas acessíveis (3,15%) e

de sinalleiras de pedestres (0,29%), além dos cruzamentos perigosos (0,86%).

Tabela 35 – Distribuição das respostas dos entrevistados segundo a segurança na cidade

Segurança ao passar pela cidade	Frequência		Margem de erro (%)
	Absoluta	Percentual	
Me sinto seguro	305	87,39	3,48
Não me sinto seguro	43	12,32	3,45
Não sabe/Não respondeu	1	0,29	0,56
Total	349	100,00	–

Fonte: Relatório preliminar da Pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades” (2022).

## **5. INVENTÁRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, SERVIÇOS E PROGRAMAS**

Entre os propósitos da pesquisa “Cidade para todas as idades” está a realização de um inventário de serviços e programas sociais do Município de Gramado, para o qual se elegeram como prioridade as políticas públicas do campo de proteção social que envolvem a gestão municipal, especificamente os setores da saúde e da assistência social, tanto pela sua importância na atenção e proteção integral da pessoa idosa como pela sua capilaridade em relação às redes ampliadas de suporte social.

Importa destacar que a partir da Constituição Federal de 1988 tem-se, no Brasil, um sistema de proteção social brasileiro, fundado na concepção de seguridade social e com vocação universal, que redirecionou as políticas da previdência (proposta como seguro social), da saúde (pública e universal) e da assistência social (como direito a quem necessitar). Além desse importante avanço constitucional para a melhoria da qualidade de vida da população em geral, tratando-se dos direitos da pessoa idosa, outros dispositivos normativos subsequentes foram dispostos, como a Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei nº 8.842 (Brasil, 1994) e regulamentada pelo Decreto nº 1.948 (Brasil, 1996), e o Estatuto da Pessoa, Idosa Lei nº 10.741 (Brasil, 2003), que colocaram a questão do envelhecimento na pauta das políticas públicas e atribuíram responsabilidades ao Estado, à família e à sociedade.

Esses dispositivos jurídico-legais foram tomados como referência para as análises da pesquisa, sendo que o inventário apresentado nesta seção contempla o mapeamento da estrutura organizativa e a dinâmica de funcionamento dos

sistemas de saúde e de assistência social bem como um conjunto de indicadores relativos a essas políticas setoriais, particularizando a pessoa idosa, seguidos de reflexões e considerações como oferta subsidiária à etapa de elaboração do plano de ação no processo que envolve o pleito da certificação em tela.

## **5.1. Sistema municipal de saúde de Gramado**

Neste tópico inicialmente são sintetizadas as principais bases normativas que orientam a política nacional de saúde, sendo enfatizados os princípios e as diretrizes gerais contidos na Constituição brasileira e na Lei Orgânica da Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Atenção Básica, propostas no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como a do Estatuto da Pessoa Idosa, que define estratégias para prevenção e manutenção da saúde desse grupo.

No item subsequente, apresenta-se uma síntese acerca da estrutura, da organização e do funcionamento do sistema de saúde de Gramado, além de metas e ações municipais projetadas para a área da saúde com base no Plano Municipal de Saúde vigente. Em seguida, são tecidas algumas considerações analíticas gerais que poderão subsidiar o processo de elaboração do plano de ação.

### **5.1.1. Marco legal e bases que orientam a Política Nacional de Saúde**

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, “[...]garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art. 196). É um direito social a ser materializado por um sistema único de

saúde, organizado de modo descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, regionalizado, hierarquizado e com participação social.

Esse sistema, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), passou a orientar a política pública de saúde brasileira, atendendo aos princípios doutrinários da **universalidade** (saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros), da **equidade** (levando em conta as necessidades individuais e coletivas) e da **integralidade** (priorizando ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência, garantida por meio de uma rede integrada de atenção à saúde).

Os principais dispositivos que ancoram essa perspectiva jurídico-legal, entre outras normativas, são a Lei nº 8.080 (Brasil, 1990a), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; a Lei nº 8.142 (Brasil, 1990b), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); e o Decreto nº 7.508 (Brasil, 2011), que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Trata-se de um sistema com direção única, integrando responsabilidades governamentais, entre a União, os Estados e os Municípios, que, de acordo com o Decreto nº 7.508 (Brasil, 2011, art. 3º), constitui-se “pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada”.

O referido Decreto estabelece ainda que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde

se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço” (Brasil, 2011, art. 8º). Nesse sentido, são consideradas principais portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os seguintes serviços: I – de atenção primária; II – de atenção de urgência e emergência; III – de atenção psicossocial; e IV – especiais de acesso aberto (Brasil, 2011, art. 9º).

No que concerne à pessoa idosa no âmbito da saúde, a partir de 1999 foi estabelecido um conjunto de disposições específicas, com destaque à Portaria nº 2.528/2006, que aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**, com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com as premissas do Sistema Único de Saúde. Conforme essa Portaria do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são:

- a. promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b. atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c. estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d. provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e. estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social;
- f. formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g. divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;



- h. promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i. apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Considerando ser a rede básica a principal entrada ao sistema de saúde para a realização de um cuidado integral longitudinal, torna-se importante enfatizar as Diretrizes da Rede de Atenção Básica, conforme a Portaria nº 2.436/2017 (Brasil, 2017), que aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, como demonstra o Quadro 4.

Quadro 4 – Diretrizes para a organização da Atenção Básica – Política Nacional de Atenção Básica

I – **Regionalização e Hierarquização**: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

II – **Territorialização e Adstrição**: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III – **População Adscrita:** população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

IV – **Cuidado Centrado na Pessoa:** aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

V – **Resolutividade:** reforça a importância de a Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI – **Longitudinalidade do Cuidado:** pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII – **Coordenar o Cuidado:** elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e interseoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII – **Ordenar as Redes**: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX – **Participação da Comunidade**: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

Fonte: Brasil (2017).

Cabe, ainda, destacar as definições para a política de saúde à pessoa idosa estabelecidas pelo **Estatuto da Pessoa Idosa** – Lei nº 10.741 (Brasil, 2003). O Capítulo IV do estatuto trata do direito à saúde, definindo que “é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos” (Brasil, 2003, art. 15). Em seu parágrafo 1º constam as principais estratégias a serem desenvolvidas para a prevenção e a manutenção da saúde da pessoa idosa, informadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Estratégias a serem desenvolvidas para a prevenção e a manutenção da saúde da pessoa idosa

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatorios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

Fonte: Brasil (2003).

### **5.1.2. Estrutura, organização e funcionamento do sistema de saúde em Gramado<sup>9</sup>**

No contexto da 5ª Região Sanitária do Rio Grande do Sul, Gramado faz parte da macrorregião da Serra Gaúcha, conhecida como “Caxias do Sul e Hortênsias”, constituída também pelos municípios de Canela, Picada Café, Linha Nova, Nova Petrópolis e Caxias do Sul.

Conforme o *site* oficial do Município, compete à Secretaria Municipal da Saúde

<sup>9</sup> Para conhecimento do sistema e da proposta de saúde do município, utilizou-se das seguintes fontes principais: a) Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (para identificação da projeção de metas e ações, particularmente em relação à saúde da pessoa idosa); b) entrevistas com profissionais e alguns gestores da Secretaria Municipal da Saúde (para identificação da estrutura, organização e funcionamento do sistema local de saúde); c) entrevista com coordenador do Centro Municipal de Saúde (para conhecimento do funcionamento do serviço); d) entrevista com coordenadora da Vigilância em Saúde (para conhecimento das atividades desenvolvidas na área); e) entrevista com coordenadora da área de saúde mental (para conhecimento da proposta de atenção em saúde mental no município); f) entrevista com secretário municipal de Saúde (para identificação da situação do hospital local em relação ao SUS municipal); g) entrevista com superintendente do Hospital Archanjo São Miguel (para conhecimento acerca do processo de intervenção pelo Município, da capacidade instalada e da dinâmica de funcionamento do hospital); h) informações da Vigilância Epidemiológica do Município relativas aos indicadores de saúde selecionados e/ou disponíveis; i) coleta de dados junto a sites oficiais de saúde de âmbito federal (Tabnet/DataSus); j) grupo focal com profissionais e gestores da Secretaria Municipal da Saúde (organizados em grupos distintos para identificação da percepção quanto às potencialidades, fragilidades e propostas de solução). Os dados coletados diretamente com os profissionais são considerados, neste relatório, os de referência principal para as análises e interpretações quanto à organização e à oferta de serviços de saúde no Município.

[...] planejar, organizar, controlar, executar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada do Sistema Único de Saúde – SUS com sua direção estadual; participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; executar serviços de vigilância epidemiológica, ambiental, do trabalhador, da violência, sanitária e alimentar; coordenar a política de insumos e equipamentos para a saúde; celebrar contratos e convênios com órgãos públicos e entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; fiscalizar serviços terceirizados; responder demandas de Protocolo, Ouvidoria Fala Cidadão de sua Secretaria; realizar todos os procedimentos definidos pela Norma ISO 9001 (Gramado, 2021a).

### 5.1.3. Organização e gestão da Rede Básica de Saúde

A organização da Rede de Atenção Básica em Saúde de Gramado está representada, resumidamente, nos Quadros 6 e 7. O primeiro mostra as oito UBSs e os serviços por elas executados, destacando a existência de serviços de Estratégia em Saúde da Família (ESF), de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e de equipe de Atenção Básica (AB), bem como o número de famílias atendidas.

Quadro 6 – Distribuição das UBS em Gramado e existência de ESF e equipe AB

<b>Nome e localização</b>	<b>ESF</b>	<b>ACS</b>	<b>Nº Famílias</b>	<b>Equipe AB completa</b>
1 – Centro Municipal de Saúde	Não	Não	–	Sim
2 – UBS Piratini	Não	Não	–	Não
3 – UBS Jardim	Sim (3 equipes)	Não informaram	625	Sim
4 – UBS do Caic	Não	Não	–	Não
5 – UBS Bairro Carniel	Não	Não	–	Sim

6 – UBS Dr. Érico Albrecht	Não	Não	–	Sim
7 – Centro de Saúde Carlos Altreiter Filho	Sim (4 equipes)	21	3699	Não
8 – UBS Pórtico II	Sim (1 Equipe)	6	1165 (5 regiões descobertas)	Não

Fonte: Gramado/Secretaria Municipal de Saúde (2022b).

Conforme o Quadro 6, entre as oito unidades que prestam serviços na Atenção Básica, há três com oferta de ESF, totalizando oito equipes. Na Unidade Básica de Saúde Pórtico II, a equipe de ESF não cobre as cinco microáreas. O total de famílias atendidas nessas três unidades é de 5.489. Considerando que cada família possui, em média, quatro integrantes, tem-se, aproximadamente, 20 mil pessoas cobertas por essa estratégia. As demais unidades contam com equipes incompletas.

Os profissionais que constituem as equipes das UBSs, os programas e as ações que desenvolvem bem como os dados de idosos cadastrados são apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 – Distribuição das UBSs em Gramado e seus respectivos profissionais, tipos de programas, ações e número de idosos cadastrados

Nome e localização	Profissionais por Unidade de Saúde	Tipos de programa/ ação	Idosos cadastrados
1 – Centro Municipal de Saúde	5 Clínicos-gerais 2 Ginecologistas 2 Fisioterapeutas 2 Pediatras 7 Dentistas 1 ACD 2 Nutricionistas 1 Psiquiatra 1 Fonoaudióloga 3 Psicólogos 1 Assistente Social 3 Enfermeiros 5 Téc. Enf 3 Auxiliar Enf 5 Recepcionistas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grupo de diabéticos</li> <li>2. Oxigenioterapia domiciliar</li> <li>3. Saúde bucal</li> <li>4. Programa DST</li> <li>5. Programa de pequenas cirurgias</li> <li>6. Coleta de CP com busca ativa;</li> <li>7. Programa distribuição de leite materno</li> <li>8. Atendimento diferenciado ao paciente</li> <li>9. Programa da Covid</li> <li>10. Monitoramento de paciente e realização de teste rápido (TR), se necessário</li> <li>11. Programa de laqueadura e vasectomias</li> <li>12. Ações da sala de vacina e teste de pezinho</li> <li>13. Acompanhamento e encaminhamento de RNs ao grupo Bebê mais Saúde</li> </ol>	Não possuem o dado por troca do Sistema de Informações

2 – UBS Piratini	1 Ginecologista 3 Clínicos-Gerais 1 Enfermeiro 1 Téc. de Enf. 1 Recepcionista 1 Pediatra 1 Nutricionista 2 Dentistas Sem higienizadora	1. Hiperdia 2. Saúde bucal na Escola Senador	Sem esse dado
3 – UBS Jardim	1 Enfermeira 1 Dentista 1 Tec. de Enf. 1 Clínico-Geral 3 ACS	Hiperdia	237
4 – UBS Caic R. Josias Martinho	Não tem profissionais fixos	Hiperdia	Não tem esse dado
5 – UBS do Bairro Carniel	2 Clínicos-Gerais 1 Ginecologista 1 Enfermeira 1 Técnico de Enf. 1 Recepcionista 1 Higienizador 1 Psicóloga 1 Nutricionista 2 Pediatra	Hiperdia	Não tem esse dado



<p>6 – UBS Dr Érico Albrecht (Floresta)</p>	<p>3 Pediatras 2 Clínicas Gerais 1 Dentista 1 Enfermeira 1 Ginecologista 3 Técnicos de Enfermagem 2 Recepcionistas 1 Higienizadora 1 Nutricionista 1 Psicóloga</p>	<p>Hiperdia</p>	<p>Não tem esse dado</p>
<p>7 – Centro de Saúde Carlos Altreiter Filho – Bairro Várzea Grande</p>	<p>8 Clínicos-gerais 3 Ginecologistas 1 Fisioterapeuta 2 Pediatras 4 Dentistas 1 Nutricionista 1 Psiquiatra 2 Psicólogos 1 Assistente Social 6 Enfermeiras 1 Estagiária 9 Téc. de Enf. 2 Vacinadoras 1 Auxiliar Dentista 5 Recepcionistas 1 Motorista 3 Higienizador 1 Coordenador 2 Farmacêuticas 2 Auxiliar de Farmácia</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grupo de diabéticos</li> <li>2. Saúde bucal</li> <li>3. Programa DST Teste Rápido</li> <li>4. Programa de pequenas cirurgias</li> <li>5. Coleta de CP com busca ativa se necessária</li> <li>6. Hiperdia</li> <li>7. Antitabagismo</li> </ol>	

8 – UBS Pórtico II	1 Coordenadora 1 Enfermeira 1 Técnico de Enf. 1 Clínica-Geral 1 Odontólogo 1 Técnico Bucal 1 Pediatra 2 Ginecologistas 1 Nutricionista 1 Psicóloga 1 Recepcionista	Hipertensão  Está previsto o início do programa Bem Cuidar com ações multiprofissionais	Aprox. 470 idosos
-----------------------	---	--	-------------------

Fonte: Gramado/Secretaria Municipal da Saúde (2022).

Conforme o Quadro 7, as três unidades com maior número de profissionais disponíveis são os dois centros de saúde (Centro de Saúde Carlos Altreiter Filho e Centro Municipal de Saúde). As demais unidades (UBSs) contam, em sua maioria, com médico clínico-geral, ginecologista, pediatra e odontólogo. A capacidade de atendimento, em horas profissionais semanais, na rede básica corresponde a 280 horas em clínica médica geral; 100 horas em ginecologia; 140 horas em pediatria; e 320 horas em odontologia. Uma dificuldade enfrentada é que grande parte dos profissionais médicos permanecem nos serviços somente no tempo de realização das consultas. Cabe destacar que há divergências entre o número de UBSs, de profissionais e de equipes de ESF e de saúde bucal, quando as informações são extraídas do DataSus. Isso, porque há, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), uma UBS aguardando a homologação do Ministério da Saúde.

Anexo ao Centro Municipal de Saúde há uma Farmácia Municipal e Academia do SUS. Esse Centro de Saúde, localizado na área central do município, realiza atendimento em turno estendido (até 20 horas), com livre acesso às de-

mandas de atendimento imediato da população gramadense, sendo ofertados atendimentos em clínica médica, enfermagem, pediatria e odontologia. A referida unidade acaba se tornando uma referência para a rede por estar situada em área central de Gramado.

As situações de urgência/emergência são atendidas no hospital. O serviço de saúde de referência para os turistas que visitam a cidade é o hospital.

Todas as UBSs contam com enfermeiro e técnicos de enfermagem. Cabe destacar que nenhuma conta com médico geriatra ou especialista em gerontologia. Apenas duas das unidades apresentaram o número de idosos cadastrados, sendo 470 idosos na UBS Pórtico II e 237 na UBS Jardim (este é o menor em termos de profissionais disponíveis).

Quanto aos programas desenvolvidos pelas unidades, há uma variabilidade em relação ao tamanho e à infraestrutura de cada unidade, e apenas o Programa Hiperdia é ofertado por toda a Rede de Atenção Básica, sendo a UBS Várzea Grande referência para o conjunto dos serviços, que tem por objetivo cadastrar e acompanhar todos os pacientes hipertensos e diabéticos, a fim de monitorar essas doenças e garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Presume-se que, nesse programa, haja uma predominância de idosos sendo atendidos, considerando o foco em doenças crônicas não transmissíveis.

No Centro de Saúde Várzea Grande, foi implantada, recentemente, uma sala para pequenos procedimentos dermatológicos ambulatoriais, sendo referência para esse tipo de atendimento para todo o sistema municipal de saúde.

As UBSs iniciam o funcionamento a partir das 7h30min, encerrando suas atividades às 17h, com exceção do Centro de Saúde localizado no bairro Várzea Grande, que realiza atendimento em horário ampliado para a população de sua

área de cobertura (até às 21h), e da UBS Floresta (até às 19h). O primeiro atendimento aos usuários nesses serviços é realizado por uma recepção administrativa que procede ao agendamento dos diversos programas e ações. No caso da assistência médica, diariamente são disponibilizadas 16 consultas, sendo 12 destas para agendamentos prévios ou demandados no dia e 4 para situações que venham a exigir atenção imediata. Havendo falta de vagas para atendimento médico, os usuários são encaminhados para triagem à área de enfermagem que verifica a disponibilidade de consulta em outros locais.

Os idosos têm atendimento preferencial na SMS para o agendamento de alguns atendimentos (nas consultas nem sempre). Na UBS Várzea Grande é permitido agendamento de consultas às pessoas idosas (com 60 ou mais anos) por meio de contato telefônico, bem como à população das áreas do interior do município assistidas pelo serviço.

Por meio das informações prestadas e da observação em visitação local em algumas UBSs, identificou-se que predomina um modelo de atenção orientado para atendimento às demandas espontâneas, centrado em rotinas procedimentais (recepção, pré-consulta, consulta e pós-consulta), sendo incipientes as iniciativas para planejamento de uma programação em saúde que leve em conta indicadores epidemiológicos e sanitários. Não há diagnósticos sistematizados acerca da situação de saúde da população, nem da estratificação de riscos nos territórios. Ainda, evidenciou-se que não existem referências técnicas instituídas para planejar as ações de saúde. Também inexistente uma proposta de Educação Permanente em Saúde.

Nas UBSs em que opera a ESF, os ACSs realizam ações em campo nas comunidades assistidas, fazendo busca ativa aos usuários faltosos, como, por exemplo, as gestantes que faltam às consultas de pré-natal. Os enfermeiros rea-

lizam reuniões sistemáticas de equipe para discutir casos. Nas UBSs sem ACS, os enfermeiros fazem a busca ativa às situações que necessitem e realizam atendimento a idosos acamados.

Todos os prontuários dos usuários são eletrônicos, o que favorece o seguimento dos atendimentos prestados nos diversos serviços.

No que concerne à assistência farmacêutica, há uma Relação Municipal de Medicamentos (Remume) com 28 itens. Na UBS, geralmente, o fornecimento de medicamentos é realizado por trabalhadores escalados no setor da farmácia, sob orientação do farmacêutico. Há a intenção de constituir uma comissão municipal para qualificação da gestão de medicamentos, e consta no Plano Municipal de Saúde a necessidade de construção de um almoxarifado para um melhor armazenamento.

Por vezes, o consumo de medicamentos oscila, a exemplo do uso de medicamentos antidepressivos que aumentou significativamente com a pandemia de Covid-19. A farmácia popular também opera na cidade. Consta no Plano Municipal de Saúde vigente um projeto para estruturação da Farmácia Viva, mediante a formação de uma equipe multidisciplinar, propondo a produção de plantas medicinais para oferta na Rede Básica de Atenção à Saúde do Município, de maneira a integrar os diversos órgãos públicos, a comunidade local e as famílias agricultoras.

O atendimento odontológico na rede básica, conforme informações do Plano Municipal de Saúde, é ofertado nas seguintes UBSs: Centro Municipal de Saúde, UBS Várzea Grande, UBS Caic, UBS Jardim, UBS Piratini, ESF Nailor Balzaretto – Pórtico II e UBS Dr. Érico Albrecht – Floresta. São realizados atendimentos odontológicos agendados (respeitando os critérios de territorialização) e de urgência.

Mediante o encaminhamento da rede básica, o Município também oferece, por meio do credenciamento de dentistas da rede privada para prestação de serviços, atendimentos nas áreas de endodontia (tratamento de canal de dentes permanentes), prótese (dentaduras e próteses parciais removíveis) e cirurgia.

As principais demandas reprimidas no atendimento médico dizem respeito a algumas especialidades (entre elas, as áreas de ortopedia, endocrinologia e dermatologia), levando-se em conta que o Município depende de encaminhamentos para Caxias do Sul e Porto Alegre. Também o agendamento para alguns exames complementares nem sempre é efetuado com a agilidade desejável, sendo a maioria dos exames oferecida por meio de serviços privados contratados, a exemplo dos laboratórios de análises químicas e serviços de radiologia. No Centro de Saúde e na Unidade da Várzea Grande é realizado o exame de eletrocardiograma.

O Município aderiu, recentemente, ao Programa de Desenvolvimento e Monitoramento da Rede Bem Cuidar – RS, visando à certificação de UBS Amiga do Idoso. A adesão à essa rede foi feita mediante a inserção da UBS do Pórtico nessa proposta, estando em curso sua implantação, a qual envolve diversas etapas que vão desde o cadastramento e a avaliação das necessidades de saúde das pessoas idosas no território adstrito até o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde, qualificação da assistência prestada e avaliação dos resultados.

Quanto ao sistema de gestão da atenção básica, o nível central da SMS dispõe de um setor que realiza o gerenciamento administrativo. Cada UBS tem um coordenador, com o cargo de enfermeiro (com função gratificada), à exceção da UBS Várzea Grande, a qual tem uma coordenação administrativa exercida por uma profissional com cargo comissionado.

São realizadas reuniões mensais na SMS com os coordenadores e enfermeiros das UBSs, em geral para tratar de assuntos referentes à organização administrativa. Reuniões com médicos são realizadas eventualmente, também com foco administrativo. No Plano Municipal de Saúde vigente, pode-se verificar a projeção de um elenco de metas e ações no sentido de qualificar a programação em saúde, a exemplo das metas estabelecidas para a Atenção Básica, demonstradas nos Quadros 8 e 9.

Quadro 8 – Metas gerais da Atenção Básica – Plano Municipal de Saúde

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Meta do indicador</b>	<b>Frequência de verificação</b>
Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	95%	Anual
Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes de Estratégia Saúde da Família	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Estratégia Saúde da Família	68%	Anual
Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condições de Saúde do Programa Bolsa-Família (PBF)	Cobertura de acompanhamento das condições de Saúde do Programa Bolsa-Família (PBF)	65%	Semestral
Redução de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária	20%	Mensal

Criação de Ambulatório de Especialidades	Número de ambulatórios de especialidades criados no Município	4	Anual
Criar protocolos de práticas integrativas e complementares (PICS) na Atenção Básica	Número de protocolos de práticas integrativas e complementares (PICS) na Atenção Básica	4	Anual
Desenvolver processo organizacional de Gestão de Saúde	Número de protocolos/ fluxos estabelecidos	5	Semestral
Garantir que as metas do Plano Municipal de Saúde sejam reavaliadas anualmente	Percentual de metas consolidadas	90%	Anual
Reestruturar a Atenção Básica de acordo com critérios do Previne Brasil	Percentual de indicadores e cadastros Sisab	95%	Semestral

Fonte: Gramado (2022b, p. 41-42).

Quadro 9 – Ações projetadas para a Atenção Básica no Plano Municipal de Saúde

– Implantar Protocolos de Atendimento e acolhimento, padronização das Unidades (POPs)
– Promover metas de atendimentos para Unidades: Realização de TR, Coleta CP, Puericultura e Pré-Natal
– Conhecer a população sob responsabilidade da Unidade e vincular população ao seu bairro de origem
– Implementar Protocolo de atendimento/reconhecimento de Síndrome Coronariana no Município
– Desenhar organograma saúde Municipal
– Realizar descrição de funções
– Descrever fluxos e rotinas



–Mensurar indicadores de Gestão de Saúde e tornar dados disponíveis
–Monitorar Cadastro/Sisab e garantir percentual maior que 90%
–Melhorar percentual dos indicadores de desempenho (7 indicadores assistenciais)
–Implantar programa de hidroginástica para idosos
–Implementar suporte de atendimento médico por telemedicina

Fonte: Gramado (2022b, p. 42-43).

No que concerne à atenção à saúde da pessoa idosa, o Plano Municipal de Saúde (2022-2025) destaca algumas metas e ações em Atenção Básica, conforme o Quadro 10.

Quadro 10 – Cuidado à pessoa idosa segundo o Plano Municipal de Saúde

<b>Meta e ações propostas em Atenção Básica para pessoa idosa – Plano Municipal de Saúde</b>
<b>Meta para a saúde do Idoso</b>
–Conhecer a população idosa sob sua responsabilidade (todas UBSs/ESF) Indicador: Número e perfil de idosos vinculados a cada Unidade (verificação semestral)
<b>Ações propostas</b>
–Atender aos idosos da cidade de Gramado, através de uma Rede de Assistência Básica à saúde capacitada, que incida sobre os principais agravos à saúde dessa população, respeitando o seu protagonismo –Discutir e qualificar fluxos, processos de trabalho e cuidado do idoso –Realizar reuniões regulares de equipe e levantar principais demandas dos idosos vinculados a sua Unidade –Implementar Avaliação Multidimensional do Idoso –Identificar os idosos acamados e domiciliados do território correspondente a Unidade –Fortalecer canais de comunicação eficientes e acessíveis por meio da equipe e agentes comunitários de saúde para evitar o deslocamento desnecessário da pessoa idosa até a UBS/ESF

- Utilizar protocolos e fluxos de atendimento à pessoa idosa segundo o modelo do Governo Estadual: Rede Bem Cuidar. (Unidade piloto: Nailor Balzaretto, Pórtico)
- Fortalecer acesso e atenção integral às pessoas idosas com doenças crônicas com ênfase nas ações da atenção básica com estímulo às ações de prevenção e promoção da saúde
- Capacitar as equipes de saúde acerca das principais Síndromes Geriátricas: Polifarmácia, Protocolo do Idoso, Quedas, Violência ao Idoso, Notificação de Violência, Fatores de Risco em Doenças Crônicas, DST/Aids; para qualificar o atendimento ao idoso
- Garantir a Informação à População através da divulgação dos Serviços e Rede de Atenção do Idoso

Fonte: Gramado (2022b, p. 56-57).

As capacitações das coordenações e equipes têm sido, em sua maioria, voltadas a orientações administrativas no momento, e muitas delas estão relacionadas ao sistema de informação da SMS. O Município adquiriu, em 2019, um novo sistema geral de informação para ser usado nas várias áreas da prefeitura, sendo que, no setor da saúde, estão ocorrendo algumas dificuldades na importação de dados do sistema anterior, ocasionando dificuldades no monitoramento e na sistematização de dados.

No que diz respeito ao controle social, houve poucas reuniões do Conselho Municipal de Saúde nos últimos dois anos, devido à pandemia do novo Coronavírus. A participação social nas instâncias de controle social do SUS municipal ainda é incipiente.

Para um maior conhecimento de como opera a Atenção Básica no município, na data de 9 de dezembro de 2021 foi visitada por duas pesquisadoras a maior UBS, chamada Centro de Saúde Altreiter Filho do Bairro Várzea Grande, a qual abrange em torno de 13 mil habitantes. As informações foram prestadas pela coordenadora do serviço, uma enfermeira da ESF e uma farmacêutica. Reitera-se que essa

é a unidade com maior capacidade instalada – portanto, nas demais provavelmente há uma complexidade menor.

A descrição das informações coletadas a respeito da unidade visitada consta no item a seguir.

#### **5.1.4. Descrição do processo de trabalho da maior Unidade Básica de Saúde do município – Centro de Saúde Altreiter Filho, bairro Várzea Grande**

O item descreve o processo de trabalho em uma das Unidades Básicas de Saúde do município. No *hall* de entrada do serviço há um estagiário para orientar os usuários e encaminhá-los à recepção, onde há quatro trabalhadores administrativos (terceirizados) para agendar consultas e liberar exames. Nessa UBS são liberados exames laboratoriais, radiológicos e ecografia obstétrica (para os quais não há lista de espera), os demais exames complementares são liberados na SMS.

Operam três turnos de atendimento nessa UBS: o primeiro até 17h, o segundo até 19h30min e o terceiro até 21h. São atendidas 16 consultas médicas por turno. Na data da visita efetuada pelos pesquisadores, não havia médico de família, sendo informada a dificuldade de dispor desse profissional no Município (com dedicação de 40 horas semanais).

Há uma alta rotatividade dos profissionais, sendo, aproximadamente, a metade terceirizada. Isso acarreta dificuldades para estabelecer vínculo com usuários e proceder pactuações técnicas quanto a protocolos médicos. A contratação de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem não concursados é feita por meio de uma instituição chamada “Associação Cristã de Moços” (ACM). Na área de enfermagem não têm sido realizados concursos públicos. O salário dos profissionais terceirizados é menor, gerando iniquidades funcionais. Os processos de

contratação, por vezes, repercutem em quebra de contrato, ocasionando desligamentos e prejudicando, com isso, o seguimento das atividades.

Existe um sistema de referência e contrarreferência para os atendimentos entre serviços básicos e especializados, mas os casos encaminhados, especialmente para outros municípios de referência, em geral, não retornam com informações que pudessem orientar o cuidado.

Há cinco enfermeiras (três concursadas e duas terceirizadas), sendo que cada uma atende a uma respectiva área do território. Cada enfermeira tem em torno de cinco a sete agentes comunitários de saúde. Uma enfermeira é designada para todos os atendimentos no turno da noite.

Os atendimentos em fisioterapia são liberados e realizados na própria UBS.

Para o atendimento odontológico são agendadas três consultas por hora, sendo reservada uma vaga para urgências. Há dois profissionais que atendem das 7h30min às 17h, e à noite também fazem atendimento dois odontólogos. São realizados todos os procedimentos nessa área, exceto implantes.

São feitos acolhimentos/triagens de enfermagem nas situações em que faltam consultas médicas (nos casos em que não há febre, mas há dor). Algumas vagas de consultas são bloqueadas, podendo ser liberadas pelas enfermeiras quando necessário. Também a enfermagem realiza testes rápidos para HIV, coleta de citopatológico (CP), encaminhamentos para mamografia, além dos demais cuidados e do gerenciamento dos técnicos de enfermagem, que também participam dos procedimentos de pré-consulta, mediante a verificação de sinais vitais. A programação da agenda das enfermeiras contempla: coleta de CP; orientações de planejamento familiar e sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis; pue-

ricultura; acompanhamento de diabéticos (a cada 6 meses), contemplando verificação de sensibilidade nos pés; cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC); medição glicêmica rápida; encaminhamento para consulta médica, clínica e oftalmológica.

Dois veículos com motorista estão à disposição da UBS para encaminhamento de situações de urgências que precisam ser conduzidas ao hospital. Há previsão de ofertar serviço de ambulância no território.

O programa Hiperdia é coordenado por uma farmacêutica da UBS. A hipertensão ainda precisa ser qualificada (a pandemia dificultou as ações coletivo-educativas). Esse programa foi implantado recentemente, havendo 137 cadastros até a data da entrevista (8 de dezembro de 2021), sendo que não há informações categorizadas por faixa etária. É um projeto piloto que foi implantado para aumentar a efetividade da atenção à diabetes e o uso racional de medicamentos. São efetuadas medições glicêmicas registradas em caderneta específica. Foi elaborado um guia rápido para os médicos.

Em algumas áreas descobertas pela ESF, os atendimentos são deslocados para outras equipes, os ACSs fazem alguns acompanhamentos, e as situações são levadas à UBS por outros setores, como, por exemplo, a Educação.

Não há ações específicas para as pessoas idosas, e não foi implantada a caderneta de saúde para esse segmento. Há uma médica com especialização em geriatria que atende à clínica-geral no serviço, sendo que a equipe vem discutindo a possibilidade de organizar uma proposta de atendimento geriátrico.

As ações educativas são desenvolvidas de modo individual (orientações relativas à diabetes, à hipertensão, ao tabagismo e ao pré-natal). Para a prevenção do câncer

ginecológico são disponibilizados exames de mamografia e citopatológico. Para monitoramento do pré-natal, os ACSs têm um livro de controle das consultas das gestantes. Para os homens são realizadas campanhas preventivas do câncer de próstata no mês de novembro. A referência para oncologia é o município de Caxias do Sul.

Os protocolos clínicos estão desatualizados, necessitando de revisão. O protocolo de enfermagem para situações de baixo risco também não chegou a evoluir, porém há pretensão de retomá-lo por parte do nível central da SMS.

São realizadas reuniões mensais com toda a equipe para discussões sobre o funcionamento da UBS e repasse de orientações da SMS (assuntos de cunho administrativo). A equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) se reúne semanalmente, fazendo parte da pauta orientações administrativas, reciclagens técnicas e atualização de procedimentos. Algumas reuniões acontecem eventualmente entre enfermagem e outros técnicos para discussão de casos. Estão tentando envolver os profissionais médicos.

Não há plano de saúde para o território de abrangência, não havendo, portanto, objetivos e metas sanitárias específicas. Existem dificuldades para monitoramento de indicadores locais de saúde, e o novo sistema de informação implantado pela SMS apresenta incompatibilidades com o anterior, gerando descontinuidade nos bancos de dados.

#### **5.1.5. Rede Municipal de Atenção Psicossocial – RAPS**

No que tange à atenção em saúde mental em Gramado, em entrevista realizada com a coordenadora da área, identificou-se que a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) contempla o acolhimento de demandas por parte das equipes das UBSs e da Estratégia de Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS para os casos de moderados a graves e o hospital para determina-

das intervenções. Os profissionais psicólogos recebem os encaminhamentos dos profissionais médicos da área de clínica-geral e pediatria, fazendo o acolhimento e o matriciamento das situações.

Segundo o gestor público municipal, o acolhimento das situações é realizado inicialmente pelos psicólogos para que as situações prioritárias possam ser encaminhadas mais rapidamente para o atendimento psiquiátrico, haja vista o grande volume de demandas.

*“Na psicologia ele passa pelo atendimento, esse usuário, identificando a complexidade. Hoje em dia, se é paciente, assim diria, um caso de esquizofrenia, um caso de risco de suicídio, automutilação, a gente compreende como complexidade de moderada a grave. Então, acaba encaminhando para o CAPS. E para nós, [...] quando o paciente fica estável lá no CAPS, ele retorna para a UBS. A gente faz o matriciamento. Então ele retorna para a rede, onde acaba sendo observado, enfim, trabalhado com o nosso psicólogo, daí, da unidade”* (Gestor Público Municipal – GPM1). O informante explica que se não for feito esse acolhimento inicial pelo psicólogo, algumas prioridades podem ficar despercebidas: *“A gente precisa [atender] um idoso que está sozinho, passou a pandemia inteira sozinho em casa, e precisa ser atendido”* (GPM1).

Em relação à pessoa idosa, foi destacado que a procura de atendimento é realizada na maioria das vezes pelos familiares:

*“A gente tem muito o movimento dos familiares. Então, acaba tendo altas dificuldades de convivência com idoso, a gente teve bastante o ano passado assim. Então se procura a psicologia até como orientação, né, porque muitas vezes o idoso não quer vir para o psiquiatra”* (GPM1).

São realizados atendimentos imediatos e de breve duração. De acordo com a complexidade e os riscos identificados, são encaminhados para o CAPS. As principais demandas atuais são de adultos (em torno de 70%), seguidas de crianças encaminhadas pela rede escolar (em torno de 20%) e de pessoas idosas (em torno de 10%). No caso de dependência química derivada do uso de álcool e de outras drogas, as situações mais graves são encaminhadas para residenciais terapêuticos em Passo Fundo. Os casos de internação psiquiátrica são encaminhados para o CAPS, a fim de proceder ao acompanhamento.

O Município está estudando a possibilidade de implantar proposta prevista no SUS, denominada “AMENT”, que consiste na organização de equipe multidisciplinar de atenção especializada em saúde para atenção integral às pessoas com transtorno mental moderado, com o objetivo de garantir maior efetividade no tratamento de base comunitária em saúde mental, conforme dispõe a Portaria nº 3.588/2017 no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa estratégia conta com incentivos financeiros por parte do Ministério da Saúde, de acordo com o tipo de equipe habilitada, condição que possibilitaria a ampliação de profissionais de saúde mental, a exemplo de médicos psiquiatras e psicólogos: *“Vai aumentar 30 horas de psiquiatra, mais dois psicólogos de 5 horas cada um, mais um terapeuta de PICS, então isso parte do Ministério, a gente vai receber uma verba para poder colocar em prática”* (GPM1).

A adesão do Município a essa proposta incentivará o desenvolvimento de ações mais coletivas, desconcentrando as atuais psicoterapias individuais que nem sempre garantem efetividade.

O CAPS, serviço para atendimento especializado e contínuo em saúde mental, está constituído conforme descrito no Quadro 11.



Quadro 11 – Profissionais e características do trabalho no CAPS

Profissionais que fazem parte	Breve descrição do processo de trabalho	Atendimento ao idoso no CAPS
2 Médicos psiquiatras 1 Médico clínico 2 Psicólogos 1 Enfermeiro 1 Técnico de enfermagem 1 Terapeuta ocupacional 1 Assistente social 1 Psicopedagogo 1 Fonoaudióloga 1 Aux. administrativo 1 Recepcionista 1 Motorista 1 Copeira 1 Serviços gerais	Realizado atendimento especializado em saúde mental a pacientes crônicos e que demandem atendimento especializado e contínuo por equipe multidisciplinar. A “porta de acesso” do serviço é um atendimento denominado de <i>acolhimento</i> , que é uma escuta inicial para triagem.	O Município não tem o quantitativo devido a limitações do sistema de informações. Atende a idosos com diversas necessidades, mas a demanda mais considerável é de homens idosos com problemas de alcoolismo e de idosos em geral com queixas de alterações de comportamento em decorrência de outras doenças, muitas vezes neurológicas ou com queixas de depressão.

Fonte: Gramado (2021c).

O CAPS conta com uma equipe multiprofissional para atendimento especializado em saúde mental e nele são atendidos idosos (número não informado), cujas principais queixas são alterações de comportamento e depressão. A coordenadora da área informa que têm havido demandas de familiares buscando orientação e manifestando dificuldades em relação aos cuidados de idosos, justificados pelo excesso de trabalho e/ou pela falta de bons vínculos, que, por vezes, culminam na sua institucionalização.

*“[...]A gente considera que aqui em Gramado também tem isso. Uma ascensão, que a gente pode colocar na década*

*da de 80, 90, da explosão do turismo em Gramado, o que aconteceu: as pessoas que estão hoje entrando na cidade trabalharam muito, entende?” (GPM1).*

*“[...]As pessoas trabalham muito, ou restaurante ou hotel, a gente sempre tem muita procura. E a gente acha que vai perdendo... O cuidado, por ser idoso, acaba sendo sempre um peso. A gente sempre tem, assim, casos que não tem para onde ir o idoso, não tem quem cuide do idoso [...]. Tem um pouco disso, e também a gente viu na assistência aquela coisa assim de que os filhos disserem: ‘Eu não consigo lidar com isso’. Eles querem institucionalizar. Não é só o trabalho, mas é também o ‘eu não consigo suportar’ ou [...] ‘eu não quero ficar com o meu idoso’. Com o meu pai, com a minha mãe, seja ele quem é. Então, tem muito idoso que, às vezes, para numa institucionalização” (GPM1).*

O gestor municipal (GPM1) refere, ainda, que a falta de oportunidades de convivência das pessoas idosas tem sido um dos fatores que desencadeiam adoecimentos mentais. Sugere, entre outras alternativas, a importância de ofertar capacitações para as pessoas idosas com autonomia para o uso de tecnologias digitais de modo a incentivar e facilitar a sua inserção nas redes sociais.

### **5.1.6. Atenção especializada e hospitalar**

A atenção especializada é desenvolvida principalmente por um hospital e por serviços ambulatoriais prestados por instituições de saúde contratadas.

O hospital é gerenciado, atualmente, pela Secretaria Municipal de Saúde e conta, principalmente, com médicos e uma equipe de enfermagem, além dos serviços de higienização e copa. A distribuição dos profissionais que atuam no hospital está apresentada no Quadro 12.

Quadro 12 – Distribuição de profissionais que atuam no hospital

<b>Profissional</b>	<b>Especialidade/especificação</b>	<b>Número</b>
<b>Medicina</b>	Clínica Geral,	11
	<b>Oncologia</b>	1
	Pediatria	11
	<b>Geriatria</b>	–
	Ginecologista	14
	Obstetrícia	14
	Cirurgia Geral	18
	Cardiologia	12
	Traumatologia/ortopedia	7
	Anestesiologia	6
	Oftalmologia	3
	Nefrologia	1
	Neurocirurgia	3
	Otorrinolaringologia	5
	Urologia	4
	Pneumologia	2
	Cirurgia Digestiva	4
	Cirurgia Plástica	6
	Cirurgia vascular	2
	Coloproctologia	3
	Nutrologia	1
Dermatologia	1	
Psiquiatria	2	
Endocrinologia	1	
<b>Enfermagem</b>	Enfermeiros	34
	Técnicos de Enfermagem	145
	Auxiliares de Enfermagem	1
<b>Profissionais de apoio</b>	Higienização	26
	Copa	10
	Cozinha	5
	Lavanderia	10

<b>Total de profissionais</b>		363
-------------------------------	--	-----

Fonte: Gramado (2021c).

Conforme mostra o Quadro 12, não há geriatra que atenda no único hospital do município. Esse dado é importante, considerando-se a proporção de pessoas com 60 anos ou mais em Gramado.

Os serviços próprios do hospital são: plantão clínico 24 horas em urgência e emergência; internações clínicas e cirúrgicas; maternidade; cirurgias plásticas; Unidade de Tratamento Intensivo (UTI); sobreaviso em traumatologia, cirurgia geral e pediatria, anestesiologia, ginecologia e obstetrícia; serviços de enfermagem; agência transfusional; endoscopia e colonoscopia; fisioterapia e nefrologia.

As especialidades oferecidas no hospital são: cardiologia; cirurgia de cabeça e pescoço; cirurgia geral; cirurgia plástica; cirurgia vascular; clínica médica; coloproctologia; gastroenterologia; ginecologia; nefrologia; neurologia; obstetrícia; oftalmologia; ortopedia; otorrinolaringologia; pediatria; pneumologia; oncologia clínica; psiquiatria; traumatologia; urologia; infectologia; vídeo cirurgias; bucomaxilofacial, pediatria, nutróloga, nutricionista, fisioterapia, cirurgias do aparelho digestivo, cirurgias bucomaxilofacial de pequeno e médio portes, neurocirurgias e serviço de infectologia. O hospital de Gramado não possui leitos psiquiátricos, e, quando é necessária uma internação psiquiátrica, o paciente é cadastrado na Central de Leitos do Estado para fins de encaminhamento a outro município. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), vinculado à Central de Regulação do SUS, está localizado em um prédio anexo ao Hospital Arcaño São Miguel.

Os serviços terceirizados são: Intelimagem Medicina Diagnóstica Ltda. (exames de radiologia geral, tomo-

grafia, mamografia, ecografia); Laboratório Bom Pastor; Centro Regional de Hematologia e Oncologia (CRHO); Hemodinâmica (CUORE); Farmácia São Miguel.

Existe um Programa de Fidelidade denominado “Cartão Amigo do São Miguel” que concede alguns benefícios às pessoas contribuintes, que podem de qualquer idade, com cartão SUS de Gramado ou plano de saúde de qualquer região (contribuição a partir de R\$ 40,00). Esse cartão concede alguns benefícios e vantagens, quais sejam: internação SUS com direito a quarto semiprivativo; desconto de 10% para despesas hospitalares no caso de exames externos (colonoscopia, endoscopia e eletrocardiograma); desconto de 15% no total da conta (despesas hospitalares para procedimentos particulares); isenção da coparticipação para planos de saúde (consultas médicas de urgência/emergência); direito a visitas entre 9h e 21h. Segundo informação do site do Hospital Arcanjo São Miguel, esse cartão representa “mais de meio milhão de reais no faturamento anual do hospital” (Fleck, 2017, n.p.).

Para melhor compreensão sobre o processo de intervenção municipal relativo ao hospital local, Hospital Arcanjo São Miguel, foram entrevistados o secretário municipal de Saúde e o superintendente do hospital em conjunto com o atual interventor e diretor técnico do serviço. Foi informado que esse estabelecimento de saúde, situado em área central, fundado em 1947, de natureza filantrópica, sofreu intervenção por parte da prefeitura municipal desde 2016, em razão de transições administrativas derivadas de processos de venda do estabelecimento.

Em suas origens, teve, inicialmente, como mantenedora a Congregação do Imaculado Coração de Maria e, a partir de 2013, a Associação Franciscana de Assistência à Saúde, composta por religiosas da Congregação das Irmãs da Penitência e Caridade Cristã, a qual passou a enfren-

tar dificuldades financeiras e de adaptação à realidade de Gramado, o que fez com que o Município, em 2016, assumisse a administração como interventor, responsabilizando-se por parte do custeio dos serviços hospitalares.

Além disso, os informantes explicam que o atual prédio tem apresentado desgastes e defasagens estruturais. Em abril de 2021, o hospital foi adquirido por investidores associados ao Grupo Prolife, empresa Seferin & Coelho, sócia do grupo Prolife (ambas com sede em Porto Alegre). Segundo a mídia local, esses investidores prometem ampliar os serviços e oferecer hemodiálise e quimioterapia, serviços que atualmente não são disponibilizados.

No território da macrorregião da Serra (Região 23), depois do conjunto de hospitais de Caxias do Sul, o hospital de Gramado é o maior em capacidade de oferta de serviços.

De acordo com publicações na mídia local, as preocupações relativas à transição da gestão hospitalar giram em torno do atendimento a ser garantido pelo SUS (atualmente em torno de 58% da capacidade hospitalar atual é destinada ao SUS), e à transferência do terreno do prédio atual aos novos proprietários, já que a nova entidade é de direito privado.

O novo hospital será construído em área distante 3 km do centro da cidade, com 12 mil m<sup>2</sup> e espaço para 130 leitos, às margens da perimetral da cidade, entre as rodovias RS-235 e RS-115, entre os bairros Casagrande e Várzea Grande. O projeto será financiado integralmente pela iniciativa privada, sendo dois anos a previsão de entrega da estrutura. De acordo com o secretário municipal de Saúde, consta, no contrato de venda, o compromisso da nova entidade em manter o atendimento ao SUS.

Para a saúde suplementar, contam com a participação da Unimed (sede em Taquara, mas mantém um pronto-a-

tendimento em Gramado), do Círculo (que também tem um ambulatório de atendimento na cidade), do Bradesco e do IPE.

### **5.1.7. Análise das condições de saúde segundo dados oficiais do município de Gramado**

Muitos dados são necessários para um diagnóstico de saúde. Os indicadores são medidas-síntese com alta contribuição para a vigilância e análise das condições de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde, sendo que a qualidade dos indicadores depende, entre outros aspectos, da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados).

A matriz de indicadores selecionada partiu do interesse de dimensionar a situação de saúde do Município com ênfase na pessoa idosa.

Levando em conta as dificuldades circunstanciais enfrentadas na operacionalização de sistema próprio de informação do Município, levantaram-se os dados por meio da informação direta na coordenação da Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, especificamente o setor de Vigilância Epidemiológica (VE). Destaca-se que a disponibilidade de informação baseada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária e para subsidiar a gestão e avaliação da programação em saúde.

Os dados a seguir estão entre os indicadores epidemiológicos selecionados, por serem considerados, nacional e internacionalmente, fundamentais ao entendimento das condições gerais de saúde da população ou por estarem disponíveis no momento da coleta. Os dados sobre morbidade por doenças infectocontagiosas estão dispostos na Tabela 36.

Tabela 36 – Distribuição dos casos de morbidade por doenças infectocontagiosas (2015-2021) e casos de Covid-19 (2020-2021) em todas as idades

Ano	Coqueluche	Difteria	Hanseníase	Leptospirose	Malária*	Meningites	Covid-19**
2015	3	–	1	4	2	6	–
2016	–	–	–	2	–	6	–
2017	3	–	–	2	–	3	–
2018	2	–	–	4	–	6	–
2019	2	–	–	6	–	3	–
2020	–	–	–	3	–	5	3.650
2021	–	–	–	1	2	–	6.043
Total	10	0	1	22	4	29	9.693

\* Malária: casos importados. \*\* Dados até 22 de novembro de 2021.  
Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) – VE (Gramado, 2021c).

A Tabela 36 mostra uma predominância de meningites entre as doenças prevalentes em Gramado, seguidas pela leptospirose. Destaca-se a incidência de casos de Covid-19, pandemia que acometeu milhões de pessoas em todo o mundo. No que concerne à meningite, no Brasil, trata-se de uma doença endêmica, portanto, ocorre todo ano, com surtos e epidemias ocasionais, sendo as medidas de prevenção o diagnóstico, a quimioprofilaxia (meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b) dos contatos próximos e a vacinação (incluída no calendário vacinal).

Em relação à leptospirose e sua forma de transmissão (rato), e considerando que essa doença é subnotificada em todo o Brasil, pode-se supor problemas relacionados ao saneamento básico ou à drenagem urbana.

Na Tabela 37, encontram-se os casos confirmados de tuberculose.

Tabela 37 – Distribuição dos casos confirmados de tuberculose por ano e sexo (2015 a 2021)

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
-----	------	------	------	------	------	------	------	-------



Masculino	8	3	5	3	3	1	6	29
Feminino	5	2	1	3	2	1	2	16
Taxa	35,26	13,5	16,27	16,27	13,56	5,42	21,70	–
Total	13	5	6	6	5	2	8	45

Fonte: Sinan – VE (Gramado, 2021c). Taxa: casos x 100.000 ha.

Conforme a Tabela 37, a incidência de tuberculose é maior em homens. No Brasil, essa doença é considerada um importante problema de saúde pública, sendo que as taxas de incidência estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e insatisfatórias condições de assistência, diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios, além da qualidade de cobertura da vacinação pelo BCG. Destaca-se o aumento do número de casos nos últimos anos em todo o país.

Tabela 38 – Distribuição dos casos confirmados de AIDS por ano e sexo e em pessoa idosa (2015 a 2021)

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Masculino	2	41	22	20	21	18	28	<b>152</b>
Feminino	1	45	12	14	10	8	20	<b>110</b>
Idosos	–	3	–	2	–	1	1	<b>7</b>
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>89</b>	<b>34</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>49</b>	<b>269</b>

Fonte: Sinan – VE (Gramado, 2021c).

Quanto aos casos de HIV na população geral e em idosos, Gramado, conforme Tabela 38, apresenta uma incidência maior no sexo masculino, sendo baixa, em relação ao total de casos, o número de idosos infectados. Essa é uma tendência contrária ao que vem acontecendo no Brasil e, em especial, no RS, considerando que os adolescentes e idosos têm representado as faixas etárias que concentram o maior aumento dessa doença.

Esse indicador sinaliza a existência de condições favoráveis à transmissão da doença, por via sexual, sanguínea

ou transmissão vertical, não retratando, contudo, a situação atual de infecção pelo HIV no período de referência e sim a da AIDS, cujos sinais e sintomas surgem, em geral, após longo período de infecção assintomática (em média 8 anos), no qual o indivíduo permanece infectante.

Na Tabela 39, consta o número de internações hospitalares por grupos de causas.

Tabela 39 – Dez principais causas de internação hospitalar por grupos de causas selecionadas no SUS de 2015 a 2019, para todas as faixas etárias

<b>Grupos de causas</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Total</b>
Gravidez parto e puerpério	365	341	447	391	426	1.961
Neoplasias (tumores)	265	301	287	277	366	1.496
Doenças do aparelho circulatório	339	290	296	283	276	1.484
Doenças do aparelho digestivo	297	2	27	263	391	1.484
Doenças do aparelho respiratório	255	164	280	268	292	1.341
Lesões de envenenamento e outras consequentes causas externas	214	164	287	323	244	1.232
Doenças do ap. genitourinário	199	182	224	219	255	1.079
Achad. anorm. ex. clín. e laboratorial	66	106	145	104	115	536
Doenças do sistema nervoso	106	95	111	89	73	474
Doenças infecciosas e parasitárias	106	73	74	112	107	472

Fonte: Brasil (2022).

Segundo a Tabela 39, as principais causas de internação no município são: as relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério; neoplasias, doenças dos aparelhos circulatório, digestivo e respiratório; lesões, envenenamentos e outras causas externas; e doenças do aparelho genitourinário. Os dados locais assemelham-se aos do RS e do Brasil, sendo que as doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e neoplasias podem estar relacionadas ao envelhecimento populacional.

No caso das doenças respiratórias, importa destacar que o clima frio nessa região contribui significativamente para a elevação de internações e atendimentos na rede de serviços de saúde. Em relação à hospitalização por causas externas, salienta-se a necessidade de implementação de ações preventivas, tendo em vista sua evitabilidade.

A Tabela 40 mostra os casos de violência doméstica e sexual na população em geral e entre idosos.

Tabela 40 – Distribuição dos casos confirmados de violência doméstica por ano e sexo e em pessoa idosa (2015 a 2021)

<b>Ano</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Total</b>
Masculino	3	3	16	19	16	20	10	<b>87</b>
Feminino	12	20	43	68	85	85	71	<b>384</b>
Idosos	2	2	1	3	2	5	2	<b>17</b>

Fonte: Sinan – VE (Gramado, 2021c).

De acordo com a Tabela 40, houve 17 casos de violência registrados especificamente em relação ao idoso, sendo o número de mulheres que sofrem violência doméstica e sexual quase cinco vezes maior do que em relação aos homens, sem considerar que, em geral, existe fragilidade nas notificações pelas mulheres. Essa realidade faz ressonância com os dados estaduais e nacionais, denotando a questão entre homens e mulheres. Esse indicador contribui para estimar a ocorrência de agressões e dimensiona a magnitude desses eventos como problema de saúde pública. Denota, também, as condições de diagnóstico e assistência médica dispensada, bem como a qualidade do registro das ocorrências.

Em relação às internações de idosos por causas externas, em 2017 houve um número maior de ocorrências. Destaca-se o número de eventos para as categorias de *outras causas externas* e *sequelas das causas externas*, exce-

tuando-se os acidentes de transporte e as complicações de assistência. Segundo a Tabela 41, os idosos estão expostos a causas externas de lesão, o que pode ser reduzido por ações preventivas.

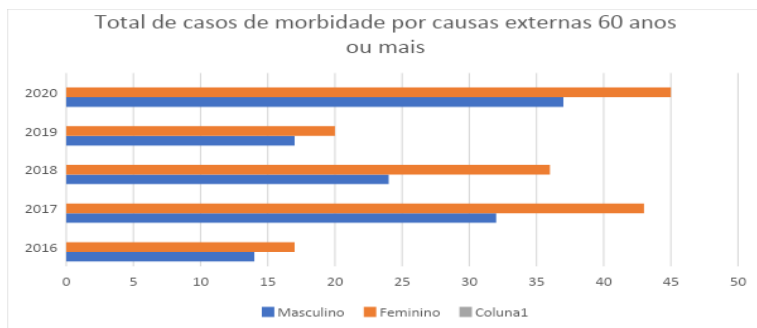
Tabela 41 – Distribuição das internações hospitalares de idosos (60 anos ou +) por grande grupo das principais causas externas (2015 a 2019)

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Acidentes de transporte	5	–	2	–	–	7
Outras causas externas de lesão	33	29	70	55	45	232
Eventos com intenção indeterminada	3	1	–	3	5	12
Complic. assist. médica ou cirúrgica	4	1	3	2	2	12
Sequelas de causas externas	45	31	75	60	53	264
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>62</b>	<b>150</b>	<b>120</b>	<b>105</b>	<b>527</b>

Fonte: Brasil (2022).

No Gráfico 3, estão os casos de mortalidade de pessoas com 60 anos ou mais por causas externas.

Gráfico 3 – Morbidade por causas externas de pessoas com 60 anos ou mais



Fonte: Brasil (2022).

O Gráfico 3 mostra que os casos de morbidade por causas externas entre as pessoas com 60 anos ou mais prevalece no sexo feminino em todos os anos analisados. A ocorrência

é menor em 2016 e 2019 e maior em 2017 e 2020 em ambos os sexos. A causa mais prevalente são as quedas.

A maior incidência de morbidade de pessoas com 60 anos ou mais é por quedas sem especificação (mais de 80% em todos os anos, em ambos os sexos), sendo o restante subdividido em sequelas de causas externas, exposição a fatores ambientais, contato com utensílios ou materiais domésticos, contato com material contundente, acidentes com automóveis e queda com patins. A distribuição de ocorrências em diferentes faixas etárias em cada ano não segue um padrão. Por exemplo: o acidente por quedas é maior em 2017 entre os que tinham 80 anos ou mais; em 2018, foi maior entre os que estavam com 60 a 64 anos.

Nas Tabelas 42 e 43, são apresentados dados em relação à mortalidade de mulheres e de homens em Gramado – RS.

Tabela 42 – Distribuição das oito principais causas de mortalidade geral segundo causa e sexo feminino (2015 a 2019)

<b>Ano</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Total</b>
Doenças aparelho circulatório	43	32	30	37	36	<b>178</b>
Neoplasias	20	30	21	26	25	<b>122</b>
Doenças do aparelho respiratório	15	10	3	7	3	<b>38</b>
Doenças do aparelho digestivo	6	9	6	5	6	<b>32</b>
Doenças infecciosas e parasitárias	2	3	2	4	21	<b>32</b>
Doenças do sistema nervoso	7	7	12	5	5	<b>36</b>
Doenças do aparelho geniturinário	4	2	1	3	2	<b>12</b>
Doenças endócrinas e metabólicas	10	10	15	9	12	<b>56</b>

Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c).

Tabela 43 – Distribuição das causas de mortalidade geral segundo causa e sexo masculino (2015 a 2019)

<b>Ano</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Total</b>
Doenças do aparelho circulatório	23	31	27	26	30	<b>137</b>
Neoplasias	28	39	8	25	24	<b>144</b>
Doenças do aparelho respiratório	15	11	10	9	11	<b>56</b>
Doenças do aparelho digestivo	7	6	4	10	8	<b>35</b>
Doenças infecciosas e parasitárias	4	9	6	3	24	<b>46</b>
Doenças do sistema nervoso	6	4	7	4	1	<b>11</b>
Doenças do aparelho geniturinário	3	2	1	3	2	<b>11</b>
Doenças endócrinas e metabólicas	7	10	12	14	7	<b>61</b>

Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c).

As tabelas mostram que homens e mulheres tiveram como principal causa de mortalidade doenças do sistema circulatório e neoplasias. No entanto, houve mais morte de mulheres por doenças do aparelho circulatório (contrariando as estatísticas nacionais e do RS) e do sistema nervoso. Quanto aos homens, prevaleceram as mortes por neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias. Nas demais causas, não houve diferença significativa entre os sexos. Cabe destacar, ainda, que houve nesses anos um número maior de mortes entre mulheres (506) do que de homens (501). Considerando que as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias são mais comuns em idosos, pode-se supor que o número maior de mulheres acometidas tenha relação com a longevidade feminina.

Destaca-se que as causas infecciosas ocupavam, até 2019, o 5º lugar no *ranking* de causas mais comuns de óbito, mas, em 2020, ultrapassou as causas externas e as doenças do aparelho respiratório, e em 2021 assumiu a primeira posição, atingindo principalmente as faixas etárias acima de 60 anos (Gramado, 2022b). Isso pode ser consequência da pandemia de Covid-19.

Na Tabela 44, estão os dados de mortalidade entre indivíduos com 60 anos ou mais em Gramado – RS.

Tabela 44 – Mortalidade de pessoas com 60 anos ou mais por ano

<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Total</b>
183	154	173	182	692

Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c).

Conforme a Tabela 44, o número de mortes foi crescente nos três anos analisados. A distribuição dessas mortes por faixa etária encontra-se na Tabela 45.

Tabela 45 – Mortalidade por faixa etária 2020

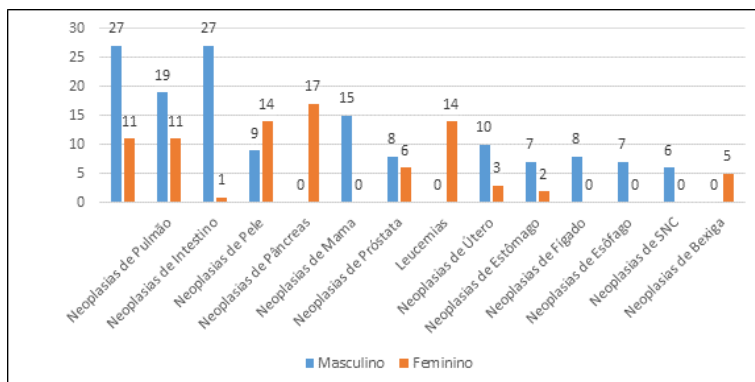
<b>Faixa etária</b>	<b>Total por faixa</b>
-1 ano	2
15 a 19 anos	2
20 a 29 anos	9
30 a 39 anos	10
40 a 49 anos	18
50 a 59 anos	34
60 a 69 anos	56
70 a 79 anos	65
80 e mais anos	102
<b>Total</b>	<b>298</b>

Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c).

Conforme a Tabela 45, o número de mortes aumenta consoante o aumento da idade, o que é considerado adequado, especialmente em locais que avançam em relação à expectativa de vida.

O Gráfico 4 mostra a mortalidade geral por sexo e por tipo de neoplasia.

Gráfico 4 – Número de casos acumulados 2016-2021 de mortalidade por neoplasias em Gramado



Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c).

Conforme o Gráfico 4 apresenta, há maior incidência de mortes por neoplasias de pulmão (tanto em homens como em mulheres), seguida por câncer de intestino e a por câncer de pele e de pâncreas. Os dados revelam que os homens morrem mais de neoplasias ligadas aos aparelhos digestivo e respiratório, o que pode estar relacionado com hábitos de alimentação e tabagismo. Destaca-se, ainda, que neoplasias de bexiga (seis casos), sistema nervoso central (sete casos) e esôfago (oito casos) ocorreram apenas entre os homens, o que justifica o maior número de homens que morreram por câncer na cidade.

Quanto à mortalidade por neoplasias relacionadas ao aparelho reprodutor, as mulheres tiveram mortalidade maior, quando somadas as mortes por câncer de mama (17 casos), útero (14 casos) e ovários (5 casos), totalizando 36 mortes. No caso dos homens, houve 15 mortes por neoplasia da próstata.

Os dados revelam que a mortalidade feminina por neoplasias está relacionada, principalmente, ao câncer de



mama e útero, e a masculina ao de próstata, aparelho digestivo e respiratório.

A Tabela 46 mostra a distribuição numérica e proporcional por faixa etária em relação à mortalidade; a Tabela 47, a taxa de mortalidade por doenças evitáveis.

Tabela 46 – Distribuição da mortalidade por faixa etária (2015 a 2019)

Ano	2015		2016		2017		2018		2019		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Menores de 1 ano	7	3,04	6	2,3	5	2,2	4	1,7	4	1,7	<b>26</b>
De 1 a 4 anos	–	–	–	–	–	–	1	0,4	–	–	<b>1</b>
De 5 a 9 anos	1	0,4	–	–	1	0,4	1	0,4	2	0,9	<b>5</b>
De 20 a 59 anos	45	19,6	64	25,0	65	28,5	58	24,5	46	19,6	<b>278</b>
Mais de 60 anos	176	76,5	183	71,5	154	67,5	173	73,0	182	77,4	<b>868</b>
<b>Total</b>	<b>230</b>		<b>256</b>		<b>228</b>		<b>237</b>		<b>235</b>		<b>1186</b>

Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c).

Tabela 47 – Distribuição da taxa de mortalidade por causas evitáveis, por faixa etária (2017 a 2019)

Ano	2017			2018			2019		
	Nº	Pop.	Taxa	Nº	Pop.	Taxa	Nº	Pop.	Taxa
5 a 9 anos	1	2078	48,1	1	2108	47,4	2	2108	94,9
10 a 14 anos	1	2294	43,6	–	2239	–	–	2239	–
15 a 19 anos	2	2641	75,7	10	2598	36,10	1	2598	38,5
20 a 24 anos	4	2749	145,5	1	2771	36,1	4	2771	144,4
25 a 29 anos	4	2719	147,1	4	2737	146,1	3	2737	109,6
30 a 34 anos	5	2876	173,9	2	2821	70,9	5	2821	177,2
35 a 39 anos	9	2801	321,3	5	2864	174,6	2	2864	69,8
40 a 44 anos	8	2603	307,3	8	2618	305,6	5	2618	191,0
45 a 49 anos	6	2525	237,6	8	2526	316,7	6	2526	237,5
50 a 54 anos	11	2438	451,2	13	2457	529,1	9	2457	366,3
55 a 59 anos	18	2137	842,3	17	2210	769,2	12	2210	543,0
60 a 64 anos	15	1739	862,6	24	1807	1328,2	23	1807	1272,8

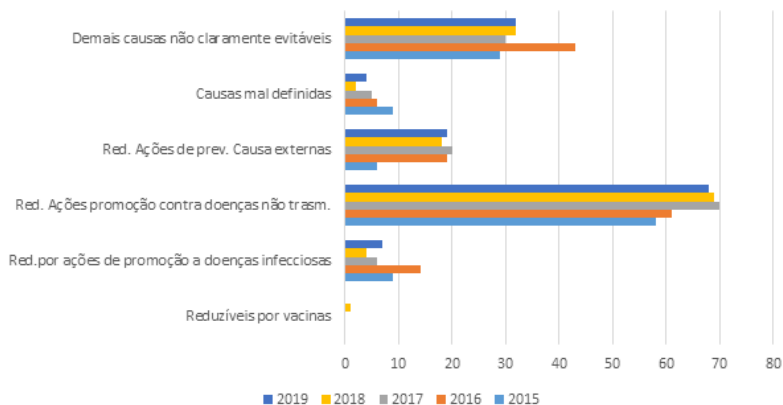
65 a 69 anos	22	1345	1635,7	21	1400	1500,0	25	1400	1785,7
70 a 74 anos	25	952	2626,1	22	1009	2180,4	33	1009	3270,6
<b>Total</b>		<b>131</b>			<b>126</b>			<b>130</b>	

Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c). Taxa: 100.000 hab.

A distribuição da mortalidade por faixa etária e por causas evitáveis por faixa etária é um indicador importante, na medida em que expressa a efetividade de ações preventivas desenvolvidas pelos serviços de saúde. Observa-se que as mortes evitáveis ocorrem em todas as faixas etárias analisadas, aumentando de ocorrência à medida que as idades se elevam.

O Gráfico 5 mostra as causas que poderiam ter sido reduzidas por ações específicas, de modo a diminuir a mortalidade por causas evitáveis.

Gráfico 5 – Distribuição da mortalidade por causas evitáveis e respectivas ações de prevenção



Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c).

O Gráfico 5 mostra que um número considerável de mortes poderia ser evitado, especialmente por ações de prevenção em relação às doenças não transmissíveis, às causas externas e ações de promoção em casos de doenças

infecciosas. Destaca-se, ainda, a prevalência de causas não claramente evitáveis. No caso das doenças não transmissíveis (diabetes, hipertensão e obesidade), importa salientar a existência de ações e protocolos específicos para sua prevenção e controle no SUS, merecendo atenção especial no caso de pessoas idosas. Ressalta-se que o Programa Hiperdia é desenvolvido na cidade, ainda que exija algumas medidas para sua qualificação.

Por fim, as Tabelas 48, 49, 50 e 51 mostram a prevalência de morte de idosos (60 anos ou mais) por doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, diabetes, causas externas e por sexo (masculino e feminino).

Tabela 48 – Distribuição dos óbitos em idosos (60 anos ou mais) por doenças do aparelho circulatório e por sexo, 2017 a 2020

<b>Ano</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2018</b>	<b>2020</b>	<b>Total</b>
Feminino	34	16	11	14	<b>75</b>
Masculino	23	14	8	12	<b>57</b>
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>132</b>

Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c).

Tabela 49 – Distribuição dos óbitos em idosos (60 anos ou mais) por diabetes e por sexo, 2018 a 2021

<b>Ano</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Total</b>
Feminino	6	11	4	1	<b>22</b>
Masculino	8	10	4	3	<b>25</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>47</b>

Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c).

Tabela 50 – Distribuição dos óbitos em idosos (60 anos ou mais) por doenças do aparelho respiratório e por sexo, 2018 a 2021

<b>Ano</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Total</b>
Feminino	7	18	4	7	<b>36</b>

Masculino	8	19	7	6	<b>40</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>37</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>76</b>

Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c).

Tabela 51 – Distribuição dos óbitos em idosos (60 anos ou mais) por causas externas e por sexo, 2018 a 2021

<b>Ano</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Total</b>
Feminino	4	–	1	–	<b>5</b>
Masculino	5	4	1	1	<b>11</b>
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>16</b>

Fonte: SIM – VE (Gramado, 2021c).

As tabelas mostram que, entre as causas investigadas, o maior número de mortes ocorre por doenças do aparelho circulatório com 132 óbitos, dos quais prevalece o sexo feminino, seguido de óbitos por doenças do aparelho respiratório com 76 ocorrências, sendo 40 em homens. A diabetes foi a terceira causa de óbito em idosos, com 46 ocorrências, seguida de causas externas, com 16.

### **5.1.8. Percepção de gestores e profissionais de saúde quanto às potencialidades, fragilidades e soluções vislumbradas em relação ao Sistema Municipal de Saúde (grupos focais)**

Para ampliar as informações acerca da percepção de profissionais da gestão e assistenciais quanto a potencialidades, fragilidades e soluções vislumbradas em relação ao sistema municipal de saúde, foram realizados dois grupos focais na data de 9 de março de 2022, com duração aproximada de 2 horas, contando com a participação de profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e educadores físicos. Todos eram gestores ou profissionais de referência, provenientes das principais UBSs do município. Os presentes (21) foram organizados

em dois grupos: *Grupo 1*: Representantes da gestão (9) e *Grupo 2*: Profissionais (12). Essa organização foi feita a fim de favorecer a manifestação destes, que poderiam sentir-se inibidos para analisar questões delicadas juntamente com seus gestores.

O grupo focal foi conduzido de forma a permitir a análise das potencialidades, das dificuldades/desafios e das propostas de solução em relação aos processos de trabalho, no que se refere às dimensões *gestão, organização dos serviços e trabalho prestado*. Também foi realizada uma análise sobre questões específicas relacionadas ao idoso.

#### **5.1.8.1. Grupo 1 – Representantes da gestão**

A participação dos profissionais representantes da gestão foi bastante ativa no grupo focal, sendo que a cada formulação apresentada por algum integrante foi propiciado um debate, de modo a obter-se uma visão coletiva acordada entre os pares. Os participantes foram indagados quanto às potencialidades do sistema local de saúde, às fragilidades identificadas e às propostas de soluções vislumbradas. As dimensões *gestão, organização dos serviços e trabalho prestado* serviram para orientar as reflexões, sendo que nas verbalizações essas categorias se inter cruzaram. Importa destacar que, após as discussões ampliadas, foi também proposta uma breve reflexão quanto à especificidade da atenção à saúde da pessoa idosa.

- Quanto às potencialidades, na percepção do grupo de gestores participantes, o Município dispõe de uma oferta ampliada de serviços para o acesso da população, havendo esforços no sentido de qualificar a assistência prestada por meio da escuta e do acolhimento às diversas demandas dos usuários. Outro ponto destacado é que a direção da Secretaria tem proporcionado autonomia às equipes no desenvolvimento das ações.

Também teve destaque o incentivo que a direção tem dado à organização de um programa para uso de fitoterápicos (programa Farmácia Viva).

No que concerne às fragilidades, foi apontado um conjunto de formulações assim sintetizadas:

- a. falta de um sistema de informação eficiente (houve troca de sistema sem a devida migração de dados, acarretando descontinuidade e dificuldades na sistematização de dados);
- b. dificuldades de controle e monitoramento de indicadores (o sistema de informações é um dos principais impedimentos);
- c. dificuldades para elaboração de diagnósticos em saúde e, conseqüentemente, de planejamentos correspondentes (uma das principais razões está na deficiência do sistema de informação vigente);
- d. fluxos, rotinas, regulações e protocolos assistenciais ainda não estão bem definidos (embora tenha sido destacada a importância de autonomia nos processos de trabalho, os gestores apontam a necessidade de alinhamentos institucionais para garantir maior eficiência e eficácia às ações e ao trabalho prestado);
- e. deficiências no sistema de abastecimento de suprimentos (medicamentos, materiais e insumos em geral), repercutindo negativamente na assistência prestada;
- f. demora no acesso a alguns serviços especializados (há demandas reprimidas e situações aguardando meses em lista de espera);
- g. hospital não suficientemente integrado ao sistema de saúde local (faltam articulações entre os serviços básicos e os hospitalares);

- h. faltam recursos humanos em alguns serviços, e a terceirização destes prejudica o vínculo com usuários bem como ocasiona descontinuidades;
- i. faltam capacitações profissionais e educação permanente em saúde;
- j. cultura imediatista da população usuária (exigências para o “aqui” e “agora” na atenção em saúde), o que faz com que usuários por vezes busquem soluções diretamente com o gestor da pasta;
- k. usuários, muitas vezes, não respeitam as referências territoriais dos serviços, havendo preferências a certos profissionais da rede e, em razão de condições de acesso e transporte, alguns usuários buscam atendimento em desconformidade com a territorialização prevista (por exemplo, trabalhadores de outros bairros que atuam na área central buscam atendimento no Centro Municipal de Saúde);
- l. área técnica (assistencial) e gestão administrativa alocadas no mesmo local, o que gera algumas distorções no imaginário da população e na operação das atividades;
- m. falta de transporte público para viabilizar o acesso de alguns segmentos populacionais aos serviços de saúde; e
- n. quanto à pessoa idosa, foi referida a inexistência de uma política específica de atenção à saúde para esse segmento, além de apontado que faltam espaços de convivência para a pessoa idosa (uma análise de que a saúde depende também de ações intersetoriais).

Como propostas de solução, tomando como referência o mapeamento das dificuldades enfrentadas, o grupo de gestores pontuou as ideias apresentadas a seguir:

1. garantir um sistema de informação eficiente;

2. estabelecer planejamentos técnicos a partir de diagnósticos em saúde, implementando a descentralização dos processos gestores;
3. determinar fluxos, protocolos assistenciais e procedimentais para os serviços mediante a criação de um grupo técnico de referência com a participação dos profissionais;
4. aperfeiçoar os processos de compra de suprimentos mediante a instituição de um setor específico (um grupo de trabalho para fazer a programação considerando as necessidades da rede de serviços);
5. criar um grupo de regulação interna para atenção especializada e hospitalar;
6. qualificar a comunicação e a integração das ações do hospital com a rede estratégica de serviços, particularmente a Atenção Básica;
7. qualificar o sistema de referência e contrarreferência entre os serviços, de modo a garantir o seguimento do cuidado;
8. ampliar os recursos humanos em alguns serviços a partir do dimensionamento de necessidades;
9. desenvolver Educação Permanente em Saúde (NUMESC ativo);
10. desenvolver trabalho educativo com a população, esclarecendo e orientando quanto à proposta do sistema de saúde;
11. implantar, em relação à pessoa idosa, uma política específica de atenção à saúde para esse segmento, incluindo a atenção em saúde mental, desenvolver ações intersetoriais com ênfase na pessoa idosa, garantir espaços de cultura, lazer e convivência (muitos idosos vivem sozinhos e frequentam os serviços de saúde em



busca de convivência); além de implantar as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS).

#### **5.1.8.2. Grupo 2 – Profissionais que atuam no Município**

A participação dos profissionais foi intensa ao longo de todo o período de duração do grupo. Destacaram-se, quanto à participação, dois enfermeiros, três médicos, um farmacêutico e um educador físico. Na síntese apresentada a seguir, houve análise e consensos dos participantes.

Em relação à gestão, esse grupo considerou como potencialidades o tamanho do município, que facilita o diálogo entre gestão e serviços, a disponibilidade de recursos materiais para realização do trabalho e a descentralização dos serviços, que possibilita o uso de diferentes locais para o desenvolvimento de ações e projetos no campo da saúde.

As dificuldades e os desafios em relação à gestão dizem respeito à ausência/deficiência de protocolos preestabelecidos, de sistemas de referência e contrarreferência e encaminhamentos, além do não uso do sistema por vários profissionais, impactando no cuidado prestado por falta de informações. A solução para essas questões, na visão dos participantes, é a troca urgente do Sistema de Informações, precedida da escuta aos profissionais em relação às necessidades para o atendimento, buscando o cumprimento de critérios da sua qualidade.

Houve unanimidade em relação à avaliação do SI adquirido recentemente, o qual não atende às necessidades dos profissionais de saúde, além de não ter importado os dados anteriores, o que dificulta o entendimento do histórico de saúde e a continuidade do cuidado.

Em relação à organização dos serviços, as potencialidades dizem respeito à disponibilidade de profissionais, à qualidade dos serviços prestados na rede, à facilidade de reunir a equipe, quando surge um problema mais complexo,

e à agilidade na resolução desses problemas. As dificuldades concentram-se no Sistema de Informação implantado recentemente na SMS, o qual apresenta diferentes problemas: 1) o Sistema Informatizado do hospital e da Atenção Básica que não se integram (há descontinuidade nas informações entre esses dois pontos da Rede de Atenção); 2) a dificuldade em resgatar informações em decorrência da troca de sistema, sem a devida migração dos dados anteriores a 2019; 3) as falhas no sistema (demora de cadastro de novos profissionais que chegam a atender em um ou dois meses sem ter o acesso e, conseqüentemente, sem poder efetuar os registros, instabilidade do sistema, pouco suporte de TI), que foi considerado inadequado para o serviço pela quase totalidade dos participantes.

Além dessas questões, emergiram como dificuldades que interferem no processo de trabalho a deficiência do transporte público para usuários que se deslocam das zonas rurais, a população flutuante entre os serviços (Unidades Básicas) e a deficiência de transporte individual para pacientes debilitados ou deficientes (quando referenciados para serviços de referência em outras cidades). As propostas de solução foram relacionadas à troca do SI e à organização e execução de programas de educação em saúde para a população.

Não houve referências específicas em relação ao trabalho prestado, mas o grupo entende que todos os aspectos levantados em relação às duas outras dimensões impactam diretamente na qualidade do trabalho prestado.

Em relação ao idoso, foram apontadas dificuldades quanto ao transporte, à ausência de uma ILPI pública e a uma melhor inclusão dos idosos na vida social do município.

Cabe destacar, após análise das considerações que emergiram e das anotações e percepções sobre o contexto

do grupo focal, que os trabalhadores em saúde não percebem (não emergiu em momento algum) a rotatividade dos profissionais nem a ausência de planejamento (apenas dos protocolos) e do trabalho colaborativo interprofissional em equipe como limitadores do processo de trabalho e da qualidade dos serviços prestados.

### **5.1.9. Síntese analítica quanto ao Sistema Municipal de Saúde**

Os dados sobre a cobertura de saúde mostram:

- a. Gramado conta com oito UBSs que prestam assistência na Atenção Básica, sendo que apenas três delas possuem a ESF como estratégia de atendimento – e destas uma não cobre toda a área de abrangência do território coberto pela unidade correspondente – e duas atendem com horário ampliado;
- b. o número de equipes de ESF é insuficiente para cobertura da população do município, e faltam alguns profissionais nas demais equipes de Atenção Básica – a cobertura é ainda mais deficitária na área rural;
- c. os serviços oferecidos pelo Município, na rede SUS, são complementados por convênios e atendimentos de pronto-atendimento oferecidos pela Unimed e pelo Círculo;
- d. a assistência hospitalar é oferecida por um único hospital, que está sob a intervenção do Município desde 2016 e não conta com especialista em oncologia e geriatria;
- e. não há cadastro de idosos nem registros específicos de acompanhamento de idosos na maior parte das UBSs (apenas três das oito) ou de famílias assistidas por cada unidade (apenas no Posto Jardim, no Centro de Saúde e no Pórtico II);

- f. a rede de Atenção Básica não apresenta especialistas em gerontologia e geriatria;
- g. de forma geral, há poucas atividades e programas direcionados especificamente ao idoso, exemplo disso é o programa Hiperdia (com enfoque e organização maior para o diabetes), e a preferência dada ao idoso é apenas para agendamento de exames, mas nem sempre para consultas;
- h. quanto aos programas de saúde, apenas o Hiperdia é ofertado em todas as oito unidades, sendo o registro limitado em relação aos hipertensos;
- i. para os idosos que frequentam as UBSs com ESF há o programa Hiperdia, destinado especificamente aos portadores de diabetes e hipertensão arterial, que participam de consultas e trabalhos de grupo (suspensos durante a pandemia);
- j. o CAPS atende a idosos com transtornos mentais (depressão, entre outros) ou alterações de comportamento;
- k. destacam-se também a rotatividade de profissionais, com um número expressivo de terceirizados, a ausência ou desatualização de protocolos de atendimento bem como as reuniões de equipe sistemáticas apenas entre enfermeiros, técnicos e ACSs (onde há ESF);
- l. o Município carece, ainda, de um planejamento em saúde, o que pode ser uma das razões para o processo de trabalho estar centrado no atendimento à livre demanda, ser medicocentrado, com limitado trabalho multi e interprofissional, e não existirem indicadores de saúde selecionados para monitoramento das condições de saúde;
- m. o número de mortes registradas por causas preveníveis também indica carência de ações e programas preventivos em saúde; e

- n. o sistema de informações específicas com relação à saúde do idoso é deficitário, além de ter havido uma troca de sistema, sem a migração dos dados do anterior para o atual, o que ocasiona dificuldades no acesso à informação, especialmente para dados epidemiológicos com séries históricas.

Os dados organizados, a observação em visitação local em algumas UBSs e a realização dos grupos focais permitem perceber um modelo de atenção orientado para atendimento às demandas espontâneas, centrado em rotinas procedimentais, sem planejamento em saúde ou com um planejamento insuficiente. O texto do Plano Municipal de Saúde faz referência à importância de um planejamento orientado pela análise da situação de saúde: “O processo de planejamento do SUS deve ser feito a partir da análise da situação de saúde, integrando as ações de vigilância e assistência à saúde. É importante reestruturar os processos de trabalho para compartilhar e sistematizar informações que fundamentarão as ações de saúde” (Gramado, 2022b, p. 6). Isso revela que há o reconhecimento por parte do Município da necessidade de alinhar os processos de trabalho com as ações e com base em diagnósticos que subsidiem o planejamento dos serviços.

Há uma alta rotatividade de profissionais, e uma grande quantidade deles é terceirizada (cerca de 50% em alguns serviços), o que causa descontinuidade de muitas ações e dificuldades em consolidar trabalho em equipe. Essa alta rotatividade e a terceirização podem também interferir na qualidade do trabalho na ESF, considerando que ela exige um trabalho integrado entre profissionais e população bem como uma prática de compartilhamento de informações e tomada de decisões coletivas no interior das equipes.

Mesmo em unidades com a presença de profissionais de diferentes áreas, há ausência de trabalho interprofissional, com evidente distanciamento do profissional médico, o que limita a constituição de protocolos e o desenvolvimento de um trabalho efetivo de planejamento das ações de saúde e das pactuações interprofissionais que aumentem a resolutividade dos serviços. Ainda, evidenciou-se que não existem referências técnicas instituídas para planejar ações de saúde. Uma das consequências disso é a ausência de diagnósticos sistematizados sobre a situação de saúde da população, bem como a estratificação de riscos nos territórios.

Outro fator a ser destacado é que reuniões de equipe ocorrem com objetivos mais administrativos do que técnico-assistenciais, e mesmo as equipes multiprofissionais, no geral, não trabalham com base na interprofissionalidade. Para a alteração dos processos de trabalho e a proposição de protocolos de atendimento, são fundamentais o trabalho em equipe e o desenvolvimento de competências colaborativas entre os profissionais.

Nesse sentido, é essencial a implementação de programas de Educação Permanente com base nos princípios da Política Nacional da EPS – horizontalidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade –, a partir de demandas originadas no trabalho em saúde e com vistas à qualificação dos processos de trabalho e atendimento e ao aumento da resolutividade. Também é importante desenvolver Educação em Saúde voltada à população usuária, de modo a socializar os programas e as ações de saúde, incentivar o autocuidado (especialmente no que se refere às doenças preveníveis) e ampliar a participação social nas instâncias de controle social do SUS.

Em relação à saúde do idoso, embora o Município desenvolva o programa Hiperdia e tenha a Rede de Apoio ao Cidadão (RAC), que trata também de questões relacionadas

ao idoso, não há médico geriatra e/ou gerontologista nas unidades ou no hospital. Apenas duas das unidades apresentaram o número de idosos cadastrados, o que dificulta a identificação do número e das necessidades específicas dos idosos por região. A adesão recente de uma UBS ao Programa de Desenvolvimento e Monitoramento da Rede “Bem Cuidar – RS”, a UBS Pórtico, tem empreendido esforços com vistas ao cadastramento e à avaliação das necessidades de saúde das pessoas idosas no território adstrito.

No que se refere às causas de hospitalização da pessoa idosa, prevalecem as causas externas e sequelas dessas causas, o que sugere necessidade de ações preventivas no município.

Diante dos dados, é possível afirmar que a oferta de serviços à população com 60 anos ou mais precisa ser qualificada, no sentido de alcançar a integralidade do cuidado. Importante é integrar ações programáticas com a demanda espontânea, enfatizando ações de promoção à saúde, de prevenção de agravos, de vigilância à saúde, de tratamento e de reabilitação.

A complexidade do trabalho em saúde exige planejamento, trabalho interdisciplinar e interprofissional com a equipe e gestão participativa do cuidado na rede de serviços. Para tanto, é fundamental, também, investir na definição e viabilização de indicadores capazes de refletir sobre a organização do atendimento, contribuir no planejamento das ações e avaliar a atuação da Atenção Básica e da rede estratégica de serviços, particularizando a pessoa idosa.

É perceptível, por meio dos dados coletados na pesquisa, que o Município tem feito investimentos no sentido de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. O caminho recomendável, de agora em diante, é qualificar os processos de organização e de produção em saúde para se

alcançar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, na perspectiva da universalidade, integralidade e equidade, conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde e normativas relativas aos direitos da pessoa idosa.

A produção do cuidado em saúde tem desafiado uma organização e uma dinâmica de funcionamento dos serviços públicos de saúde que tenha capilaridade às necessidades de indivíduos e coletividades, que vai além da competência técnico-científica baseada no modelo biomédico que privilegia o atendimento curativo, a partir do qual as ações de saúde têm historicamente se estruturado. No caso da pessoa idosa, esse desafio ainda é maior, levando em conta as determinações biopsicossociais que envolvem o processo de envelhecimento.

Conforme preconiza o SUS, os serviços devem ser articulados em Redes de Atenção em Saúde (RASs), em que o centro principal de orientação do cuidado deve ser a Atenção Básica em saúde. Nessas redes, os fluxos e os itinerários devem ser orientados a partir das necessidades e demandas concretas dos usuários, especialmente aqueles em situação de maior vulnerabilidade social (princípio da equidade). E essas redes precisam ser organizadas contemplando os vários serviços: básicos, especializados e hospitalares, contando com um sistema de regulação integrando os vários serviços por meio de pactuações e mecanismos de referência e contrarreferência.

Assim, um sistema que almeja a atenção integral precisa revisar permanentemente os processos de trabalho das equipes, sempre buscando a integração dos vários conhecimentos e saberes, de modo a compor projetos terapêuticos pautados pelas necessidades e pelos modos de adoecer singulares dos usuários, contemplando, também, ações voltadas à prevenção. Para a pessoa idosa, seria importante que as Unidades Básicas de Saúde estabelecessem equipes de



referência para acolher os idosos e fazer a gestão do cuidado, atentando-se às necessidades e potencialidades para um envelhecimento ativo e saudável, recorrendo, sempre que necessário, ao amparo da família, da comunidade e dos recursos existentes no território.

Embora os processos de adoecimento e sofrimento tratem de experiências individuais e singulares, é por meio da interação com os outros e de oportunidades de convivência (em espaços de cultura, de atividade física e lazer, entre outros), que podem ser fortalecidas as experiências individuais, o que muito contribui para a melhoria das condições de saúde. Ações intersetoriais de diferentes densidades tecnológicas e de integração com as redes de suporte social-formal e informal, é condição fundamental para a promoção do cuidado integral aos idosos.

Recorrendo às noções cunhadas por Mattos (2001) na saúde coletiva, destaca-se que a integralidade em saúde depende de novas práticas (mais acolhedoras, integradas e comprometidas com as necessidades dos usuários), nova organização dos serviços de saúde e destes com outras políticas setoriais (já que a saúde não se reduz à ausência de doenças, mas está relacionada à qualidade de vida), e políticas específicas (como é o caso da proposição da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa).

Para a reconfiguração das práticas, recomenda-se, ainda, o desenvolvimento de uma gestão democrática que incentive a participação de trabalhadores e de usuários num planejamento ascendente em saúde, orientado por planos locais construídos em cada território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde. O planejamento local é um potente instrumento para manter as equipes comprometidas com o desempenho e os resultados da produção em saúde. Para isso, é indispensável contar com um sistema de infor-

mações condizente com as necessidades de processamento de dados e informações em saúde.

A vigilância em saúde é importante para subsidiar a definição de dados epidemiológicos a serem coletados e monitorados pelas equipes, podendo ser uma boa alternativa para o estabelecimento de indicadores em cada ciclo vital. Sem um sistema de monitoramento de indicadores e resultados, o sistema de saúde tende a reproduzir um trabalho rotineiro e burocratizado, restringindo a assistência às demandas espontâneas, que não alcança níveis de resolutividade desejáveis, além de despende recursos financeiros elevados.

Observou-se, por meio da pesquisa, que há dificuldades para elaboração de diagnósticos em saúde e, conseqüentemente, de planejamentos correspondentes (uma das principais razões está na deficiência do sistema de informação vigente). Sem a qualificação do planejamento, que deve partir de diagnósticos qualificados, ficam prejudicadas a programação de saúde e a organização de fluxos, rotinas, regulações, protocolos assistenciais, além da previsão de recursos humanos, insumos e suprimentos, situação que repercute negativamente no desempenho do sistema de saúde como um todo. O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 anuncia algumas propostas que contribuirão com o enfrentamento das dificuldades.

## **5.2. Sistema Municipal de Assistência Social**

Neste item, inicialmente, são apresentadas as principais premissas da Política Nacional de Assistência Social (Brasil, 2005), especificando os níveis de proteção social estabelecidos por ela: proteção social básica, proteção social de média complexidade e proteção social de alta complexidade. Também são informadas as especificações

do Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003) referentes à assistência social da pessoa idosa.

A seguir, consta uma síntese acerca da estrutura, organização e funcionamento do sistema de assistência social de Gramado, além de diretrizes, prioridades e ações elencadas no Plano Municipal de Assistência Social vigente, em relação à gestão e aos diferentes níveis de proteção social, e um conjunto de dados extraídos do Sistema de Informações do CadÚnico, com o intuito de caracterizar a população idosa cadastrada. Por fim, são tecidas algumas considerações analíticas relativas ao Sistema Municipal de Assistência Social, como subsídio diagnóstico ao plano de ação nessa área.

### **5.2.1. Marco legal e bases que orientam a Política Nacional de Assistência Social**

A assistência social está prevista desde a Constituição Federal de 1988, como direito do cidadão e dever do Estado, constituindo-se como Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas, conforme a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Brasil, 1993).

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (Brasil, 2004), os serviços e as ações devem ser executados por níveis de proteção social: a) básica, para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e o desenvolvimento de potencialidades das famílias; e b) especial (subdividida em média e alta complexidades), para famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco por violação de direitos, conforme o Quadro 13.

## Quadro 13 – Níveis de proteção social

<b>Proteção social básica</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Atenção integral às famílias.</li><li>– Programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza.</li><li>– Centros de Convivência para Idosos.</li><li>– Serviços para crianças de 0 a 6 anos, que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização para a defesa dos direitos das crianças.</li><li>– Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 6 a 24 anos, visando à sua proteção, socialização e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.</li><li>– Programas de incentivo ao protagonismo juvenil e de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.</li><li>– Centros de informação e de educação para o trabalho, voltados para jovens e adultos</li></ul>
<b>Proteção social especial de média complexidade</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Serviço de orientação e apoio sociofamiliar.</li><li>– Plantão social.</li><li>– Abordagem de rua.</li><li>– Cuidado no domicílio.</li><li>– Serviço de habilitação e reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência.</li><li>– Medidas socioeducativas em meio-aberto, como Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e Liberdade Assistida (LA).</li></ul>
<b>Proteção social especial de alta complexidade</b>

- Atendimento integral institucional.
- Casa-Lar.
- República.
- Casa de Passagem.
- Albergue.
- Família substituta.
- Família acolhedora.
- Medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada).
- Trabalho protegido.

Fonte: Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (Brasil, 2005).

O público usuário dessa política compreende cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnicos, culturais e sexuais; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e/ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção nos mercados de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (Brasil, 2004).

No Estatuto da Pessoa Idosa – Lei nº 10.741 (Brasil, 2003) –, constam definições relativas ao direito à assistência social, conforme o Capítulo VIII, art. 33 – “A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes” –, art. 34 – “Aos idosos, a partir de 65 anos, que não possuam

meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas” –, art. 35 – “Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada” – e art. 36: “O acolhimento de idosos em situação de risco social, por adulto ou núcleo familiar, caracteriza a dependência econômica, para os efeitos legais” (Brasil, 2003).

### **5.2.2. Estrutura, organização e funcionamento do Sistema de Assistência Social de Gramado**

Para conhecimento do Sistema Municipal de Assistência Social do Município, utilizaram-se as seguintes fontes: a) Plano Municipal de Assistência Social (vigência 2022-2025), para identificação de diagnósticos e projeções na área; b) *site* oficial do Município, para identificação das competências da secretaria responsável pela gestão; c) informações repassadas por profissionais vinculados à Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Defesa Civil por meio de entrevistas, para conhecimento da estrutura e dinâmica de funcionamento da área; d) grupo focal com profissionais da área de Assistência Social, para conhecimento da percepção acerca das potencialidades, fragilidades e soluções vislumbradas; e e) base de dados do CadÚnico, informados por um profissional do Município, para identificação do perfil da população demandária.

Em Gramado, a Política de Assistência Social é gestada pela **Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Defesa Civil**, que, de acordo com o *site* oficial do Município, tem as seguintes competências:

[...] orientar e realizar estudos e pesquisas no campo da assistência social; promover programas de trabalho referentes ao serviço social; promover diagnóstico da situação social das famílias; selecionar e cadastrar os

beneficiários a serem atendidos pelos programas assistenciais; proceder levantamento socioeconômico para subsidiar o planejamento habitacional das comunidades carentes; coordenar a Casa de Abrigo; acompanhar todos os serviços realizados no Cras, Creas e Speac<sup>10</sup>; responder demandas de Protocolo, Ouvidoria Fala Cidadão de sua Secretaria [...] (Gramado, 2021a).

Segundo informações de profissionais que atuam nessa secretaria, as ações de assistência social iniciaram em 2011, com o trabalho de dois assistentes sociais que atendiam às diversas demandas. Em 2012, mediante a realização de concurso público, a equipe foi ampliada, sendo as atividades concentradas no bairro Várzea Grande, por ser o mais populoso. A partir de 2016, foi instituída a Lei Municipal nº 3.507, de 30 de novembro de 2016, que instituiu a Política de Assistência Social do Município de Gramado, tendo como referência as orientações da legislação federal.

Pelas definições do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Município encontra-se no nível de gestão básico, caracterizando-se como de Pequeno Porte II (entre 20.001 e 50.000 habitantes), um critério que auxilia a identificar as ações de proteção básica e/ou especial de média e alta complexidades que devem ser estruturadas. Nesse porte, para a proteção social básica, o Município deve dispor de, no mínimo, um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para até 3.500 famílias referenciadas, cuja equipe deve ser composta de três técnicos de nível superior, sendo dois assistentes sociais e, preferencialmente, um psicólogo, além de três técnicos de nível médio (Brasil, 2012). Ainda, as equipes de referência do CRAS devem contar com um coordenador (técnico de nível superior, servidor público efetivo do Município, com experiência em traba-

---

<sup>10</sup> Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Secretaria Municipal da Cidadania e Assistência Social (SPEAC).

lhos comunitários e gestão de programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais).

O CRAS deve ofertar a Atenção Integral à Família (PAIF),<sup>11</sup> na perspectiva da matricialidade sociofamiliar<sup>12</sup>, e fazer a gestão da proteção básica no território de abrangência do CRAS. Para tanto, deve operar um conjunto de ações, tais como: acolhida e escuta qualificada para identificação das necessidades sociais; atendimento individual/familiar; trabalhos em grupo; inserção e acompanhamento em programas sociais; campanhas socioeducativas; oficinas de convivência e socialização; atendimento psicossocial; encaminhamento das demandas para a rede socioassistencial e de outras políticas públicas; grupos de crianças, jovens e idosos, entre outras atividades; e acompanhamento das famílias em descumprimento de condicionalidades do programa Auxílio Brasil (que substituiu recentemente o Bolsa-Família).

No que concerne à gestão, são de responsabilidade do CRAS as ações de gestão territorial da proteção social básica: articulação da rede socioassistencial de proteção social básica referenciada ao CRAS e promoção da articulação intersetorial e busca ativa. Dada sua capilaridade nos territórios, caracteriza-se como a principal porta de entrada do

---

<sup>11</sup> “O PAIF consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso a direitos e o usufruto deles e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. O trabalho social continuado do PAIF deve utilizar ações nas áreas culturais para o cumprimento de seus objetivos, de modo a ampliar o universo informacional e proporcionar novas vivências às famílias usuárias do serviço” (Brasil, 2016, p. 12).

<sup>12</sup> Refere-se à centralidade da família como núcleo social fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da Política Nacional de Assistência Social. A família, segundo a PNAS (Brasil, 2005), é o conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade, cujas sobrevivência e reprodução social pressupõem obrigações recíprocas e compartilhamento de renda e/ou dependência econômica.



SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso das famílias à Rede de Proteção Social de Assistência Social.

A organização dos serviços requer o dimensionamento do Município por territórios, o que permite construir a perspectiva do alcance da universalidade de cobertura da política de assistência social, a partir de suas particularidades e especificidades, privilegiando esforços na prevenção e no enfrentamento de situações de vulnerabilidade e risco sociais, por meio de intervenções territorializadas e com foco nas relações familiares e comunitárias.

Destaca-se que território não se restringe à delimitação espacial. Constitui um espaço humano, habitado. [...]É nos espaços coletivos que se expressam a solidariedade, a extensão das relações familiares para além da consanguinidade, o fortalecimento da cumplicidade de vizinhança e o desenvolvimento do sentimento de pertença e identidade. O conceito de território, então, abrange as relações de reconhecimento, afetividade e identidade entre os indivíduos que compartilham a vida em determinada localidade. Nessa direção, as características de determinada localidade são intrinsecamente ligadas às formas de relacionamento social predominantes, que por sua vez são diretamente influenciados pelos contextos social, cultural e econômico do território (Brasil, 2009, p. 13).

Em Gramado, existem dois CRAS localizados em dois territórios distintos que, segundo informações de profissionais entrevistados, foram dimensionados considerando as melhores condições de acesso viário e deslocamento da população, conforme o Quadro 14.

Quadro 14 – Territórios de abrangência dos Centros de Referência da Assistência Social

<p align="center"><b>CRAS Várzea Grande</b> Av. Primeiro De Maio, 1603 – Várzea Grande</p>	<p align="center"><b>CRAS Vila Verde</b> R. Coluna do Norte, 147 – Floresta</p>
<p>– Implantado em 2012, abrangendo área de maior vulnerabilidade social.</p>	<p>– Implantado em fins de 2020, antes funcionava na sede da Secretaria, no bairro Piratini.</p>
<p>Área de <b>abrangência:</b> Altos da Viação Férrea Belvedere Cantão Linha Caboclo Linha Carahá Linha dos Horlle Linha Gambelo Linha Moleque Linha Moreira Linha Padre Eterno Linha Quilombo Linha Schneider Loteamento Celita Loteamento Maredial Loteamento Michaelsen Mazzurana Morro Agudo Morro do Arame Praça da <i>Miss</i> Serra Grande Três Pinheiros Vale Verde Várzea Grande Vila do Sol Vila Paraíso</p>	<p>Área de <b>abrangência:</b> Avenida Central Bela Vista Caracol Carniel Centro Dutra Floresta Linha 15 Linha 28 Linha Accorse Linha Araripe Linha Arroio Forquilha Linha Ávila Linha Bonita Linha Forqueta Linha Furna Linha Marcondes Linha Nova Linha Renânia Linha São Roque Linha Tapera Mato Queimado Moura Pedra Branca Vale das Colinas Vale do Bosque Vila Suiça Vila Verde Villagio Vivendas do Arvoredo Bavária Campestre do Tigre Carazal Casagrande Jardim Piratini Planalto Pórtico Prinstrop Tirol Vale dos Pinheiros</p>

<p><b>Equipe:</b>  1 assistente social (30h);  2 psicólogas (30h);  1 recepcionista (terceirizado);  1 auxiliar administrativo (CadÚnico)  3 monitoras socioeducativas;  1 cozinheira;  1 auxiliar de limpeza (terceirizada);  1 coordenadora.</p>	<p><b>Equipe:</b>  2 assistentes sociais (30h);  1 psicóloga (30h);  1 terapeuta ocupacional;  1 recepcionista (terceirizada);  1 auxiliar administrativa para CadÚnico;  3 monitoras socioeducativas;  1 cozinheira;  1 auxiliar de limpeza (terceirizada);  1 coordenadora.</p>
--	---

Fonte: informações prestadas pela equipe de trabalho do Município em novembro de 2021.

No Brasil, o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) tem sido o principal instrumento do Estado para a seleção e a inclusão de famílias de baixa renda em programas federais, podendo também ser utilizado para a seleção de beneficiários de programas ofertados pelos governos estaduais e municipais. Em Gramado, o CadÚnico opera no CRAS Várzea Grande e na sede da secretaria para cadastro da população do CRAS Vila Verde (devido a restrições de área física), tendo sido estendido à área rural em trabalho conjunto com a Secretaria de Saúde (cogita-se a possibilidade de implementar ações com a população do interior mediante um CRAS itinerante).

Nos Centros de Referência de Assistência Social há o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que, em média, atende de 15 a 20 famílias por técnico, e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), para crianças, adolescentes e idosos (no CRAS da Várzea Grande havia um grupo de aproximadamente 20 idosos, que foi suspenso temporariamente devido à pandemia e que, gradativamente, vem sendo retomado).

Ainda há o projeto Sapeca no CRAS da Várzea Grande, com ações para o segmento infantil em turno contrário ao da escola, com capacidade de atendimento de 50 crianças de 5 a 12 anos, prioritariamente destinado às famílias

beneficiárias do programa Transferência de Renda Auxílio Brasil que se encontram em risco e vulnerabilidade social.

Esse projeto tem por foco a constituição de espaço de convivência, formação para participação e cidadania, desenvolvimento do protagonismo e da autonomia de crianças e adolescentes, a partir de interesses, demandas e potencialidades dessa faixa etária. No CRAS da Várzea Grande também são desenvolvidas ações coletivas para mulheres em situação de violência.

Desde 2020, com a pandemia de Covid-19, foram realizados plantões para atendimento via telefone, e o SCFV precisou ser suspenso. Também o Serviço de Proteção Básica a Domicílio para pessoas com deficiência e idosas ficou operando em situações pontuais, devido às restrições determinadas pela pandemia e pela falta de transporte para dar suporte a esse trabalho.

Segundo informação dos profissionais entrevistados, levando em conta as condições sanitárias, gradativamente as atividades estão sendo retomadas. O PAIF tem operado mediante atendimentos individuais (no CRAS da Várzea Grande há 69 famílias cadastradas); o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes já vem sendo reativado. Na área de cobertura do CRAS Várzea Grande, o território chamado “Altos da Viação Férrea” é um dos que possui maior concentração de situações de vulnerabilidade.

Os profissionais informam que um grande desafio é construir respostas às demandas sociais que têm crescido, com agravamento por conta da pandemia, sendo que os auxílios emergenciais têm aumentado significativamente. As vulnerabilidades sociais se aprofundam em decorrência da falta de emprego e de trabalho precarizado. Os aluguéis são elevados na cidade, o que repercute de modo bastante

prejudicial para as pessoas que não dispõem de habitação própria, especialmente as idosas desempregadas e sem direitos previdenciários.

Ainda não foi implantada a vigilância socioassistencial<sup>13</sup> em Gramado em razão de as equipes ainda não estarem completas nos CRAS, sendo esse assunto recorrente nas conferências municipais. Segundo informações dos profissionais, no CRAS da Várzea Grande faltam 1 assistente social, além de 1 monitor socioeducativo e 4 oficinairos.

O Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021 apontava estratégias específicas direcionadas à pessoa idosa, mas a sua implementação ficou prejudicada em razão da pandemia, que dificultou a realização de encontros entre as equipes para sistematizar as ações propostas (antes da pandemia foram realizadas algumas reuniões). No Plano Municipal de Assistência Social atual (2022-2025), são apontadas estratégias, prioridades e ações para as instâncias de gestão, de proteção social básica e de proteção social de média e alta complexidade, conforme demonstrado no Quadro 15.

---

<sup>13</sup> “A Vigilância Socioassistencial é caracterizada como uma das funções da Política de Assistência Social e deve ser realizada por intermédio da produção, sistematização, análise e disseminação de informações territorializadas, e trata: I – das situações de vulnerabilidade e risco que incidem sobre famílias e indivíduos e dos eventos de violação de direitos em determinados territórios; II – do tipo, volume e padrões de qualidade dos serviços ofertados pela rede socioassistencial” (Brasil, 2012, art. 87).

“São consideradas ferramentas de gestão, que orientam o processo de organização do SUAS, além dos aplicativos da Rede SUAS: I – o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal; II – os sistemas e base de dados relacionados à operacionalização do Programa Bolsa-Família e do Benefício de Prestação Continuada, observadas as normas sobre sigilo de dados dos respectivos Cadastros; III – os sistemas de monitoramento; IV – o Censo SUAS; V – outras que vierem a ser instituídas” (Brasil, 2012, art. 97).

Quadro 15 – Diretrizes, prioridades e ações propostas no Plano Municipal de Assistência Social (2022-2025)

	<b>Diretrizes e prioridades</b>	<b>Ações</b>
<b>Na gestão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estruturação das equipes de proteção social básica e especial de média e alta complexidade.</li> <li>■ Adequação da legislação Municipal à legislação do SUAS, garantindo a subdivisão dos níveis de proteção social.</li> <li>■ Garantia de estrutura física e de recursos humanos, conforme NOB-RH Suas e resoluções da CIT, para a efetivação real da Política Municipal de Assistência Social, de acordo com as normativas estabelecidas pelo Governo Federal.</li> <li>■ Garantia de capacitações continuadas para os trabalhadores do SUAS.</li> <li>■ Sistematizar e consolidar a implantação da vigilância socioassistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Regularização do quadro de profissionais técnicos lotados na Secretaria de Assistência Social, para complementação das equipes de proteção social básica e especial de média e alta complexidade.</li> <li>– Aprimoramento de espaço físicos dos CRAS para o desenvolvimento do PAIF. – Programa de Atenção Integral às Famílias.</li> <li>– Criação da Vigilância Socioassistencial.</li> <li>– Criação do Centro-Dia para idosos em situação de vulnerabilidade social.</li> <li>– Fomentar a intersetorialidade, por meio de planejamentos estratégicos visando à integralidade do acesso a direitos sociais.</li> <li>– Reestruturação e ampliação dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.</li> </ul>
<b>Na proteção social básica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Acompanhamento familiar pelo PAIF.</li> <li>■ Cadastramento das famílias com beneficiários do BPC no CadÚnico.</li> <li>■ Acompanhamento pelo PAIF das famílias beneficiárias do Programa Auxílio Brasil que apresentem outras vulnerabilidades sociais, para além da insuficiência de renda.</li> <li>■ Acompanhamento pelo PAIF das famílias beneficiárias do Programa Auxílio Brasil em fase de suspensão por descumprimento de condicionalidades, cujos motivos sejam da assistência social.</li> <li>■ Reordenamento dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Levantamento de dados através dos Sistemas de Informações do MDS, para mapeamento da realidade social das áreas de abrangência do CRAS.</li> <li>– Busca ativa das famílias em situação de risco e/ou vulnerabilidade social.</li> <li>– Realizar o acompanhamento das famílias do Cadastro Único, serviços, programas, projetos e benefícios desenvolvidos pelo CRAS.</li> <li>– Resgate da autonomia e do protagonismo dos usuários do CRAS.</li> <li>– Elaboração de um fluxo de acolhimento para os usuários que buscam atendimento no CRAS.</li> <li>– Descentralizações realizadas no interior e bairros de Gramado com o intuito de levar informação sobre os serviços ofertados pelo CRAS e CREAS.</li> <li>– Realizar ações intersetoriais em territórios de maior vulnerabilidade.</li> </ul>

<p>Na proteção social especial de média complexidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Identificação e cadastramento de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.</li> <li>■ Cadastramento e atendimento da população em situação de rua.</li> <li>■ Garantir a efetivação do acompanhamento do Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade.</li> <li>■ Acompanhamento pelo PAIF de famílias com crianças e adolescentes em serviço de acolhimento.</li> <li>■ Acompanhamento pelo PAEFI das famílias com violação de direitos em decorrência do uso de substâncias psicoativas.</li> <li>■ Implantar o Centro-Dia Idoso (Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conscientização da rede municipal e da população sobre o trabalho realizado pelo CREAS, bem como formas de encaminhamento para referenciamento dos usuários.</li> <li>– Levantamento de dados, a partir de relatórios do CREAS, de crianças e adolescente em situação de trabalho infantil, abuso sexual, violência física, moral, sexual e psicológica.</li> <li>– Levantamento de dados, a partir de relatórios do CREAS, de idosos em situação de abandono, negligência, violência física, moral, sexual, patrimonial e psicológica.</li> <li>– Levantamento de dados, a partir de relatórios do CREAS, de pessoas com deficiência em situação de abandono, negligência, violência física, moral, sexual, patrimonial e psicológica.</li> <li>– Realização de atendimento especializado para adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa em Meio Aberto de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade.</li> <li>– Educação continuada para os trabalhadores do CREAS.</li> <li>– Manutenção do CREAS</li> <li>– Complementação da equipe do CREAS para execução dos serviços atualmente não realizados por equipe específica pelo equipamento: Serviço Especializado em Abordagem Social. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias.</li> </ul>
--	---	--

<p>Na proteção social especial de alta complexidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Organização, reordenamento e celebração de convênios para os Serviços de Acolhimento institucional de crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, mulheres, famílias E pessoas em situação de rua.</li> <li>■ Equipe técnica conforme RH/SUAS.</li> <li>■ Implantar as equipes técnicas com a respectiva coordenação em cada serviço, conforme definido na NOB-SUAS/RH (Abrigo Municipal, famílias acolhedoras, entre outros).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar os serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes.</li> <li>- Ofertar capacitação profissional para adolescentes acolhidos em processo de desligamento da instituição.</li> <li>- Garantir acolhimento institucional provisório para mulheres vítimas de violência, acompanhadas ou não de seus filhos.</li> <li>- Garantir acolhimento institucional em residência inclusiva, de forma provisória ou de longa permanência, para jovens e adultos com deficiência que estejam com os vínculos familiares fragilizados ou rompidos.</li> <li>- Garantir atendimento efetivo e prioritário para idosos em situação de acolhimento institucional, decorrentes de abandono e/ou negligência.</li> <li>- Implantar o serviço de acolhimento em família acolhedora para crianças e adolescentes.</li> <li>- Implantar o programa de apadrinhamento afetivo.</li> <li>- Garantir acolhimento institucional provisório para adultos e famílias que estejam em situação de rua.</li> </ul>
---	---	--

Fonte: Adaptado de Gramado (2022a) – Plano Municipal de Assistência Social 2022-2025.

No Plano Municipal de Assistência Social, é possível identificar um conjunto de propostas no sentido de qualificar a assistência prestada. Em relação à pessoa idosa, destaca-se, principalmente, a implantação da vigilância socioassistencial como mecanismo importante para a elaboração de diagnósticos sociais; a criação do Centro-Dia para idosos em situação de vulnerabilidade social; o fomento da intersetorialidade por meio de planejamentos estratégicos; a reestruturação e ampliação dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; a qualificação dos processos de trabalho (a exemplo da busca ativa e do acompanhamento) e do acolhimento institucional; e a capacitação continuada para os trabalhadores do SUAS.



Atualmente, a capacitação para as equipes é realizada mediante cursos oferecidos por meio do “CapacitaSUAS”, além das capacitações relativas às legislações e normatizações municipais (a exemplo da Lei de Benefícios Eventuais). Não há uma proposta local de educação permanente.

Com o surgimento da pandemia, foi criado um banco de alimentos com recursos do Fundo Municipal de Assistência Social, de recursos federais e de doações por parte da sociedade civil; durante vários meses, foram concedidas em torno de 900 cestas básicas.

Anteriormente à pandemia, o processo de trabalho da equipe era organizado de acordo com uma agenda semanal que contemplava 1 dia para acolhimento inicial; 2 dias para atendimentos previamente agendados (PAIF) e algumas demandas imediatas; e demais dias para atendimento às famílias vinculadas ao Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) e aos grupos de convivência para idosos e adolescentes. Os benefícios eventuais são: auxílio funeral, cesta básica e auxílio transporte municipal e intermunicipal.

No que tange à modalidade de proteção social especial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, Gramado dispõe de um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para efetivar soluções protetivas. Esse serviço passou a ter uma sede nova há um ano, localizada na rua das Margaridas, nº 101, bairro Moura. Implantado em 1º de fevereiro de 2011, conta com 2 assistentes sociais, 1 psicóloga, 1 coordenador e 1 auxiliar administrativo.<sup>14</sup> As

---

<sup>14</sup> Conforme a NOB-RH/SUAS (Brasil, 2011), aos Municípios em gestão inicial e básica, para a média complexidade, com capacidade para atendimento de 50 pessoas/indivíduos, é recomendada uma equipe composta com 1 coordenador, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 advogado, 2 profissionais de nível superior ou médio (abordagem dos usuários) e 1 auxiliar administrativo, sendo que para a alta complexi-

atividades desenvolvidas são: atendimento a crianças e idosos vítimas de violação de direitos, abordagem social de pessoas em situação de rua, atendimentos individuais e visitas domiciliares, além de reuniões de articulação com a rede. No momento da visitação ao serviço, em novembro de 2011, havia cinco pessoas idosas em acompanhamento.

No CREAS há o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias, o Serviço Especializado em Abordagem Social, o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC). A equipe é constituída por 2 assistentes sociais, 1 psicóloga e 1 auxiliar administrativo. O acesso ao serviço acontece por meio de demandas espontâneas, de encaminhamentos das redes socioassistencial pública e privada, do Poder Judiciário, do Ministério Público e de denúncias dirigidas à Delegacia de Polícia ou Disque 100. Os indicadores monitorados são os relativos ao Relatório Mensal de Atendimentos previstos pelo Governo Federal, além dos dados do CadÚnico, mas há dificuldade para sistematização de informações e elaboração de diagnósticos.

Segundo informações da equipe, com a pandemia aumentou a incidência de violência em relação à pessoa idosa, destacando-se a negligência, o abandono e a violência patrimonial. Em novembro de 2021 havia cinco idosos acompanhados nessa modalidade de serviço. As denúncias são notificadas por meio do Disque 100, do Ministério Público ou diretamente por vizinhos de idosos.

No CREAS, a equipe realiza reuniões semanais para discussão das situações atendidas e para fins de estudo de assuntos de interesse na área de trabalho.

---

dade há recomendações específicas para composição das equipes de acordo com os serviços prestados.

Em relação à média complexidade, os profissionais informam que, em Gramado, tem aumentado o número de moradores de rua. No mês de novembro de 2021, por exemplo, foram feitas em torno de 20 abordagens. Não há abrigo municipal para esses casos, nem albergue ou casa de passagem. Também não há instituição para acolher mulheres em situação de violência. Há serviços na modalidade de comunidade terapêutica, para os quais são referenciadas pelos profissionais de saúde algumas situações de uso abusivo de álcool e outras drogas.

No PAEFI há 40 famílias cadastradas, sendo feitos atendimentos individuais (a pandemia inviabilizou ações grupais), além de articulações com a rede ampliada de serviços, e há a intenção de constituir articulação também com a área da cultura. O número de atendimentos individuais já ultrapassa os 90 casos.

Não há Centro-Dia para pessoas idosas, Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) própria do Município nem sistema de cadastramento de cuidadores de idosos.

Para a alta complexidade, há uma equipe composta por 1 assistente social, 1 psicólogo e 1 coordenadora. As demandas são encaminhadas por CRAS, CREAS e Ministério Público, sendo ofertados serviços de acolhimento institucional para crianças, adolescentes e idosos. Também são atendidas famílias e mulheres em situação de violência.

As ILPIs existentes para pessoas idosas são instituições privadas conveniadas/contratadas, sendo que a maioria dos casos é encaminhada em decorrência de problemas de saúde, ou porque a família não consegue cuidar. São duas instituições de referência para o Município (de grau I e II), que atendem no modo *compra de vagas*:

- a. *Lar Maria Nazaré*, filantrópica, localizada em Gramado, sendo a principal referência, mas só atende mulheres, com 15 idosas (novembro de 2021); e
- b. *Instituição Santíssima Trindade*, filantrópica, localizada na Linha Moreira, divisa com Três Coroas, com 5 idosos, 1 do sexo feminino e 4 do sexo masculino (novembro de 2021).

Alguns idosos são também encaminhados para Três Coroas, ao Lar-Família (grau III) (com 9 idosos em novembro de 2021). Desde a pandemia, a fiscalização das ILPIs foi suspensa (antes eram realizadas mensalmente).

Para o atendimento de crianças e adolescentes há um Abrigo Municipal, localizado na rua Augusto Bordin, nº 296, bairro Floresta. Para o abrigo, além da 1 assistente social e de 1 psicóloga, há 6 monitores socioeducativos (4 concursados e 2 contratados); 1 cozinheira (concurada); 1 servente (terceirizada) e a coordenadora da alta complexidade que acumula a função de coordenadora do abrigo.

Os serviços de proteção social exigem um trabalho articulado em rede que garanta uma estreita interface com o sistema de garantia de direitos. A equipe refere que esse trabalho precisa ser qualificado. Em Gramado, existe a Rede de Atendimento à Cidadania (RAC), a qual realiza reuniões mensais para discutir situações que requeiram definições e encaminhamentos pactuados conjuntamente (especialmente situações com crianças, adolescentes e idosos). Integram essa rede: Secretaria da Administração, Secretaria da Cidadania e Assistência Social, Secretaria da Educação, Secretaria da Saúde, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Polícia Militar, Polícia Civil, Conselho Tutelar, Hospital Arcanjo São Miguel e Serviço de Assistência Judiciária Gratuita da Universidade de Caxias do Sul (SAJU/Gramado). Também são feitas algu-

mas articulações entre serviços e Secretarias Municipais, a exemplo do acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), que envolve ações integradas com o setor da saúde.

Quanto ao controle social do Sistema Municipal de Assistência Social de Gramado, o Município informa que está instituído o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), como uma instância de caráter permanente e deliberativo, integrando o Poder Público municipal e a sociedade civil organizada, para deliberar sobre a execução de ações de assistência social. A sua estrutura contempla 11 membros titulares e suplentes, sendo 5 do Poder Executivo (1 representante da Secretaria Municipal da Cidadania e Assistência Social, 1 representante da Secretaria Municipal da Saúde, 1 representante da Secretaria Municipal de Educação, 1 representante da Secretaria Municipal da Fazenda e 1 representante indicado entre os trabalhadores do SUAS do Município, representando os servidores) e 6 da sociedade civil (4 representantes eleitos entre os indicados pelas entidades e organizações de assistência social que prestam serviços dessa natureza, sem fins lucrativos, no território da cidade, 1 representante eleito entre os indicados dos trabalhadores do SUAS do Município, representando entidades, e 1 representante eleito entre os usuários da Política Municipal de Assistência Social).

O Conselho de Direitos à Pessoa Idosa foi criado em conjunto com o Fundo Municipal do Idoso por meio da Lei nº 3.192, de 19 de dezembro de 2013 (Gramado, 2013), a qual define o referido conselho como órgão permanente, consultivo, deliberativo, formulador e controlador das políticas públicas e ações voltadas ao idoso. É composto por 13 membros titulares e suplentes, sendo 6 representantes da sociedade civil eleitos pelos seus segmentos e 7 representantes da Administração Pública municipal indicados pelo gestor público municipal. Da sociedade civil, são 2 representantes

de instituições que congregam idosos, 2 representantes de organizações prestadoras de serviços na área do idoso; 1 representante de clubes de serviços ou igrejas e 1 representante da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), subseção de Gramado. Do Poder Público são 2 representantes da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social, 1 representante da Secretaria Municipal de Saúde, 1 representante da Secretaria Municipal de Educação, 1 representante da Secretaria Municipal de Turismo, 1 representante da Secretaria Municipal de Agricultura e 1 representante da Secretaria Municipal da Fazenda. Segundo informações do atual presidente desse conselho, em geral, as reuniões acontecem para deliberações relativas a recursos, sendo bastante frágil a participação da sociedade civil.

Em relação à Conferência de Assistência Social (Gramado, 2021b), podem ser identificadas, entre as principais recomendações descritas no relatório, as seguintes:

- a. fortalecimento dos espaços democráticos para ampliar a informação e a participação;
- b. ampliação da equipe técnica para acompanhamento dos beneficiários do BPC;
- c. qualificação do acesso a políticas sociais com destaque às zonais rurais;
- d. ampliação das equipes do SUAS;
- e. implantação de Centro-Dia para idosos;
- f. ampliação dos serviços de proteção social, com destaque aos de convivência;
- g. implantação de plano de carreira efetivo para os trabalhadores do SUAS;
- h. educação permanente aos trabalhadores do SUAS;
- i. implantação da vigilância socioassistencial; e

- j. garantia de, no mínimo, 5% do orçamento municipal para a Política de Assistência Social.

### **5.2.3. Perfil da população idosa cadastrada no CadÚnico**

Para conhecer o perfil da população idosa de baixa renda, buscaram-se alguns dados no Sistema de Informações do CadÚnico (Cecad), por meio da contribuição de profissional que atua na área. Esse cadastramento reúne, armazena e processa o registro de indivíduos e de famílias de baixa renda e é utilizado como instrumento de inserção em programas de benefícios sociais. Além de permitir a caracterização da população idosa cadastrada, contribui para o monitoramento e a avaliação de políticas públicas, nos âmbitos federal, estadual e municipal. Os dados informados a seguir foram extraídos da base de dados do Cecad, em 9 de novembro de 2021, com entrevistas realizadas até 8 de outubro 2021.

Em Gramado, havia, no período pesquisado, 2.190 famílias no CadÚnico, correspondendo a 5.848 pessoas (aproximadamente 15% da população geral). Os dados a seguir retratam algumas características das pessoas idosas (60 anos ou mais) cadastradas, totalizando 660 pessoas (383 do sexo feminino e 277 do sexo masculino). Importa destacar que esses dados retratam um extrato da população demantadária da Política de Assistência Social, levando em conta que o critério para cadastramento no CadÚnico é ter renda *per capita* de meio salário-mínimo (SM) ou de até três salários-mínimos. Ainda, há situações especiais que necessitam do cadastro para atender às exigências à vinculação em programa estadual ou municipal. A Tabela 52 apresenta o perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico.

Tabela 52 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Sexo

<b>Idade</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Total</b>
60 a 64 anos	113	82	195
65 a 74 anos	173	132	305
75 anos ou mais	97	63	160
Total	383	277	660

Fonte: Cecad (2021).

Os dados revelam que, na população com 60 anos ou mais de idade cadastrada (total de 660 pessoas), predomina o sexo feminino (383 idosas) em relação ao masculino (277 idosos). A maioria se declara como da cor branca tanto para mulheres (332) como para homens (247); como pardos declaram-se 33 idosas e 21 idosos; de cor preta, 16 mulheres e 9 homens. A Tabela 53 apresenta o perfil dos idosos de Gramado no CadÚnico responsáveis pela unidade familiar.

Tabela 53 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Responsáveis pela unidade familiar

<b>Idade</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Total</b>
60 a 64 anos	88	39	127
65 a 74 anos	138	72	210
75 anos ou mais	74	34	108
Total	300	145	445

Fonte: Cecad (2021).

Evidencia-se, por meio da Tabela 53, que 445 pessoas idosas são responsáveis pela unidade familiar (20% do total das famílias cadastradas), predominando mulheres (300 idosas) em relação a homens (145 idosos). A Tabela 54 apresenta o perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico em relação a moradores por domicílio.



Tabela 54 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Moradores por domicílio

Idade	1 pessoa	2 pessoas	3 a 4 pessoas	Mais de 5 pessoas	Coletivo	Total
60 a 64 anos	47	70	61	14	3	195
65 a 74 anos	94	115	81	14	1	305
75 anos ou mais	52	68	35	3	2	160
Total	193	253	98	31	6	660

Fonte: Cead (2021).

Conforme a Tabela 54, nota-se que, das pessoas idosas cadastradas (660), 193 vivem sós, correspondendo a 29,24% do total (122 mulheres e 71 homens).

As Tabelas de 55 a 68 também se referem ao perfil dos idosos do CadÚnico.

Tabela 55 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Idosos que vivem sós por renda *per capita*

Idade	Acima de R\$ 550,00	R\$ 178,01 a R\$ 550,00	R\$ 89,01 a R\$ 178,00	R\$ 0,00 a R\$ 89,00	Total
60 a 64 anos	9	5	0	33	47
65 a 74 anos	68	6	1	19	94
75 anos ou mais	52	0	0	0	52
Total	129	11	1	52	193

Fonte: Cead (2021).

Tabela 56 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Renda *per capita* familiar

Idade	Acima de R\$ 550,00	R\$ 178,01 a R\$ 550,00	R\$ 89,01 a R\$ 178,00	R\$ 0,00 a R\$ 89,00	Total
60 a 64 anos	58	62	7	68	195
65 a 74 anos	181	85	4	35	305
75 anos ou mais	137	21	0	2	160
Total	376	168	11	105	660

Fonte: Cead (2021).

Nas Tabelas 55 e 56 é possível verificar, em relação à renda *per capita* dos idosos (que vivem sós) e das famílias com pessoas idosas, que a maior parcela corresponde ao valor acima de R\$ 550,00 (o limite para o CadÚnico é de três salários-mínimos), abrangendo, principalmente, idosos entre 65 e 75 anos ou mais, o que pode sugerir a contribuição de benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões).

Tabela 57 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Unifamiliar por renda de até meio SM

Idade	R\$ 275,01 a R\$ 550,00	Até R\$ 275,00 (% SM)	R\$ 0,00	Total
60 a 64 anos	12	3	32	47
65 a 74 anos	70	6	18	94
75 anos ou mais	52	0	0	52
Total	134	9	50	193

Fonte: Cecad (2021).

A Tabela 57 mostra que das famílias com idosos cadastradas, na condição unifamiliar, 20% do total (134) recebem até meio salário-mínimo.

Tabela 58 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Responsável familiar por renda *per capita*

Idade	Acima de R\$ 550,00	R\$ 178,01 a R\$ 550,00	R\$ 89,01 a R\$ 178,00	R\$ 0,00 a R\$ 89,00	Total
60 a 64 anos	37	34	4	52	127
65 a 74 anos	130	46	4	30	210
75 anos ou mais	98	9	0	1	108
Total	265	89	8	83	445

Fonte: Cecad (2021).

Na Tabela 58, verifica-se que 265 pessoas idosas (40% do total de cadastrados) têm a responsabilidade familiar pela renda *per capita*, sugerindo a contribuição de benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões).

Tabela 59 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Idosos exercendo atividade remunerada

<b>Idade</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Total</b>
60 até 64 anos	13	25	38
65 até 74 anos	3	19	22
75 anos ou mais	1	1	2
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>45</b>	<b>62</b>

Fonte: Cecad (2021).

Do total de idosos, 62 exercem atividade remunerada (9% do total dos cadastrados), sendo a maioria de homens (73%), conforme a Tabela 59.

Tabela 60 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Responsável familiar que possui renda

<b>Idade</b>	<b>Somente trabalho</b>		<b>Somente pensão, BPC, aposentadoria</b>		<b>Ambos</b>		<b>Total</b>
	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	
60 a 64 anos	9	11	29	3	2	0	54
65 a 74 anos	1	12	101	33	2	4	153
75 anos ou mais	0	0	70	32	1	1	104
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>200</b>	<b>68</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>311</b>

Fonte: Cecad (2021).

De acordo com os dados da Tabela 60, dos idosos responsáveis familiares, a maior parte do rendimento provém somente de pensão, BPC e aposentadoria (para 268 idosos), predominando, nesse caso, as mulheres (200 idosas).

Tabela 61 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico –  
Recebendo pensão, aposentadoria, BPC ou algum benefício

Idade	Sim		Não		Total
	F	M	F	M	
60 a 64 anos	41	17	72	65	195
65 a 74 anos	125	85	48	47	305
75 anos ou mais	91	62	6	1	160
Total	257	164	126	113	660

Fonte: Cecad (2021).

A Tabela 61 indica que, do total, 421 idosos (64%) recebem pensão, aposentadoria, BPC ou outro benefício, sendo a maioria de mulheres (257).

Tabela 62 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico –  
Sabe ler e escrever

Idade	Sim		Não		Total
	F	M	F	M	
60 a 64 anos	103	75	10	7	195
65 a 74 anos	142	115	31	17	305
75 anos ou mais	74	49	23	14	160
Total	306	239	64	38	660

Fonte: Cecad (2021).

Do total de idosos cadastrados, 102 (15%) não sabem ler e escrever (sendo a maior parte de mulheres (63% dos que não sabem ler e escrever), como indica a Tabela 62.

Tabela 63 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Escolaridade

Idade	Ens. Fund. incomp.		Ens. Fund. compl.		Ens. Med. incomp.		Ens. Med. compl.		Superior ou mais		Total
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
60 a 64 anos	29	18	46	24	33	28	4	10	1	2	195
65 a 74 anos	56	38	65	50	44	37	8	6	0	1	305
75 anos ou mais	37	15	36	32	21	14	2	1	1	1	160
Total	122	71	147	106	98	79	14	17	2	4	660

Fonte: Cecad (2021).

Em relação à escolaridade, 52 pessoas idosas têm Ensino Fundamental incompleto (a maioria é de mulheres); 68 têm Ensino Fundamental completo; 35 têm Ensino Médio incompleto; 3 têm Ensino Médio completo; e apenas 2 têm Ensino Superior (Tabela 63).

Tabela 64 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Possui algum tipo de deficiência

Idade	Sim		Não		Total
	F	M	F	M	
60 a 64 anos	22	19	91	63	195
65 a 74 anos	34	17	139	115	305
75 anos ou mais	23	19	74	44	160
Total	79	55	304	222	660

Fonte: Cecad (2021).

Na Tabela 64, pode-se verificar que 20% das pessoas idosas cadastradas têm algum tipo de deficiência.

Tabela 65 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Possui gasto com aluguel e medicamentos

Idade	Nenhum		Somente aluguel		Somente medicamentos		Ambos		Total
	F	M	F	M	F	M	F	M	
60 a 64 anos	47	40	11	7	41	30	14	5	195
65 a 74 anos	46	42	17	13	87	64	23	13	305
75 anos ou mais	18	19	9	3	59	37	11	4	160
Total	111	101	37	23	187	131	48	22	660

Fonte: Cecad (2021).

Do total de idosos, 11% têm gastos com aluguel e medicamentos. Pode-se inferir que, para a maioria dos idosos cadastrados no CadÚnico, a medicação seja fornecida pelo SUS (Tabela 65).

Tabela 66 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Zoneamento

Idade	Urbano		Rural		Total
	F	M	F	M	
60 a 64 anos	92	65	21	17	195
65 a 74 anos	146	104	27	28	305
75 anos ou mais	88	55	9	8	160
Total	326	224	57	53	660

Fonte: Cecad (2021).

A maior parte dos idosos desse banco de dados reside na área urbana (550), correspondendo a 83% do total (Tabela 66).

Tabela 67 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Zoneamento por pagantes de aluguel

Idade	Urbano		Rural		Total
	F	M	F	M	
60 a 64 anos	24	12	1	0	37
65 a 74 anos	37	25	3	1	66
75 anos ou mais	18	7	2	0	27
Total	79	44	6	1	130

Fonte: Cecad (2021).

O maior número de pessoas idosas pagantes de aluguel reside na área urbana da cidade (123 idosos), e apenas 7 da área rural pagam aluguel (Tabela 67).

Tabela 68 – Perfil dos idosos de Gramado cadastrados no CadÚnico – Idosos por bairro

Bairro	60 a 64 anos		65 a 74 anos		75 anos ou mais		Total
	M	F	M	F	M	F	
Alto Padre Eterno	–	–	1	1	–	–	2
Altos da Viação Férrea	4	5	4	4	3	4	24
Avenida Central	4	2	1	1	2	1	11
Bavária	–	1	–	–	–	–	1
Campestre do Tigre	2	2	2	1	1	–	8
Cantão	1	2	1	–	–	1	5
Carniel	3	5	3	9	2	3	25
Casagrande	3	1	–	3	–	1	8
Centro	2	2	4	6	2	3	19
Dutra	1	7	3	7	1	4	23
Floresta	3	6	6	14	6	3	38
Jardim	3	5	6	11	2	2	29

Jardim dos Ipês	1	–	–	–	–	–	1
Linha 15	1	1	1	1	–	–	4
Linha 28	1	1	–	–	–	–	2
Linha Araripe	1	1	1	1	–	–	4
Linha Ávila	1	–	2	1	–	1	5
Linha Bonita	–	1	4	3	–	–	8
Linha Caboclo	1	–	1	–	–	–	2
Linha Caracol	–	1	–	1	–	–	2
Linha Carahá	–	3	3	3	–	–	9
Linha Carazal	–	1	4	2	–	–	7
Linha Furna	–	–	1	–	–	–	1
Linha Lajeana	–	1	–	–	–	–	1
Linha Marcondes	–	–	1	4	2	–	7
Linha Moreira	3	5	1	1	1	2	13
Linha Nova	2	–	1	–	–	–	3
Linha Quilombo	1	2	3	1	–	1	8
Linha Renania	–	–	1	1	–	–	2
Linha Tapera	1	1	2	2	2	3	11
Lot. Celita	–	–	–	–	1	1	2
Lot. Michaelsen	1	1	1	1	–	1	5
Mato Queimado	2	4	4	1	1	1	13
Morro Agudo	1	–	–	–	1	–	2
Morro do Arame	–	–	1	–	–	–	1
Moura	1	5	10	9	1	4	30
Pedras Brancas	1	–	–	–	–	–	1
Piratini	18	15	9	20	14	17	93
Planalto	1	3	3	3	2	3	15
Pórtico	2	–	–	2	–	–	4
Praça da <i>Miss</i>	1	1	–	1	–	1	4
Prinstrop	1	3	2	7	3	1	17
Serra Grande	1	2	2	2	–	2	9



Tirol	–	–	2	–	–	–	2
Três Pinheiros	3	2	4	1	–	1	11
Vale dos Pinheiros	–	–	2	5	1	2	10
Várzea Grande	6	15	24	31	11	27	114
Vila do Sol	3	5	11	11	4	8	42
Vila Suíça	–	–	–	1	1	–	2
Total							660

Fonte: Cecad (2021).

Conforme os dados do CadÚnico, o maior número de pessoas idosas cadastradas concentra-se nos seguintes bairros: Várzea Grande (114); Piratini (93); Vila do Sol (42); Floresta (38); Moura (30); Jardim (29); Carniel (25); Altos da Viação Férrea (24); e Dutra (23) (Tabela 68).

Ao analisar o perfil da população idosa cadastrada no Sistema de Informações do CadÚnico (Cecad), verificou-se que, em Gramado, em torno de 15% da população corresponde a pessoas idosas (60 anos ou mais) de baixa renda, o que reforça a importância de políticas públicas sociais na proteção desse segmento. Outro dado a ser destacado é que 67% desses idosos, ainda que disponham de baixa renda, são responsáveis pelas famílias, situação que se assemelha à realidade brasileira, como informa Camarano, em entrevista a Fachin (2020, n.p.): “eles contribuem com 70% da renda em 34% dos domicílios brasileiros e, em 21% deles, a renda dos idosos é responsável por 90% da renda familiar”.

Ou seja, nos últimos 30 anos, a partir do sistema de seguridade social proposto pela Constituição de 1988, muitos idosos, por meio dos benefícios previdenciários, tornaram-se os principais provedores de uma parte significativa dos lares brasileiros. Os dados do CadÚnico, em Gramado, indicam que 421 (64% do total) recebem pensão, aposentadoria, BPC ou outro benefício.

Ainda, importa salientar que a maioria dos idosos cadastrados com responsabilidade familiar é de mulheres, ou porque vivem mais tempo que os homens, ou devido a outros fatores derivados de processos de separação e/ou abandono, configurando a situação da mulher como principal provedora da família.

Também merece destaque a evidência de que, do total de cadastrados em Gramado, 193 idosos vivem a sós, sendo 122 mulheres. A condição de morar sozinha traz alguns desafios para a pessoa idosa, principalmente às mais longevas e àquelas que enfrentam perda de autonomia e independência, aumentando, com isso, o risco para acidentes ou agravamento de doenças. A dificuldade de realizar tarefas domésticas, lidar com as limitações fisiológicas e ter renda ausente ou insuficiente, dificuldades para acessar serviços e, por vezes, prejuízos na memória potencializam ainda mais a condição de vulnerabilidade e risco. No que diz respeito à renda, alguns idosos que vivem a sós em Gramado estão em situação de extrema pobreza (52 idosos).

Do total de idosos cadastrados, apenas 9% exerce atividade remunerada, sendo a maioria de homens, o que reitera a importância dos benefícios previdenciários como fonte de renda para a própria subsistência e, por vezes, a da família. Com isso, pode-se inferir que as recentes reformas da Previdência Social e do Trabalho, somadas à crise econômica e ao desemprego estrutural no Brasil, trarão graves consequências, particularmente à pessoa idosa. Sabe-se que há dificuldade para a manutenção ou obtenção de emprego formal entre idosos e que, ao mesmo tempo, é previsível a redução do trabalho remunerado com o aumento da idade, uma vez que as condições de saúde pioram e a limitação funcional aumenta com a idade.

Em relação aos dados de educação, do total de idosos cadastrados, 15% não sabem ler e escrever, ampliando

ainda mais as dificuldades para o autocuidado, para o uso de medicamentos e para a participação na vida social. Os indicadores nessa área refletem os baixos níveis de escolaridade no ciclo vital da velhice no Brasil, haja vista que estudos populacionais apontam que, quanto mais velho for o grupo populacional, maior é a proporção de analfabetos, situação que tende a melhorar para as novas gerações que estão tendo um maior acesso à educação e sendo alfabetizadas na infância.

Quanto aos dados relativos às pessoas com deficiência, foram identificadas 20 idosas nessa condição no CadÚnico, o que também agrava a situação de vulnerabilidade.

Os dados relativos ao segmento de idosos, extraídos da Base de Dados do Cecad, revelam a necessidade de intensificar as ações das diversas políticas públicas direcionadas ao atendimento das necessidades básicas dos idosos e ao enfrentamento das condições de pobreza e vulnerabilidade.

#### **5.2.4. Percepção de profissionais quanto às potencialidades, fragilidades e soluções vislumbradas em relação ao Sistema Municipal de Assistência Social (grupo focal)**

Para a melhor identificação da percepção dos trabalhadores em relação ao Sistema Municipal de Assistência Social, optou-se por realizar um grupo focal<sup>15</sup>, do qual, realizado com oito profissionais representativos de diversos serviços da assistência social, obteve-se uma intensa e colaborativa participação, sendo desenvolvida uma metodologia que facilitasse a obtenção de um mapeamento da percepção

---

<sup>15</sup> Foram utilizados cartões visuais nos quais cada participante poderia escrever suas percepções e, em seguida, submeter a seus pares, no sentido de obter o refinamento mais aproximado possível da percepção coletiva do grupo. Após, as ideias foram expostas em um painel para visualização de todos, sempre com abertura para complementações e/ou alterações na representação escrita. No final desse processo, foi também proposta uma breve reflexão, porém mais específica em relação à pessoa idosa.

dos profissionais acerca da realidade do Município em relação a essa política.

Estabeleceu-se uma conversação durante, aproximadamente, duas horas, orientada por três grandes eixos de questões: a) potencialidades da Assistência Social no Município de Gramado; b) fragilidades/dificuldades enfrentadas; e c) propostas de soluções. Foi informado que essas questões deveriam abarcar aspectos relacionados à gestão, à organização dos serviços e ao trabalho prestado.

A síntese do grupo focal está descrita no Quadro 16.

Quadro 16 – Percepção dos trabalhadores do SUAS quanto às potencialidades, fragilidades e soluções vislumbradas

<b>Potencialidades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Coordenações dos serviços efetivadas.</li><li>– Espaços físicos distintos para cada serviço (CRAS, CREAS, alta complexidade).</li><li>– Estrutura dos espaços físicos adequada para os atendimentos.</li><li>– Equipamentos e materiais de expediente disponíveis para cada profissional.</li><li>– Ampliação do quadro de servidores efetivos (concurados).</li><li>– Implantação dos benefícios eventuais públicos (cesta básica, auxílio funeral).</li><li>– Disponibilização de veículos para atendimentos das demandas programadas e imediatas.</li></ul>
------------------------	--

<p><b>Fragilidades</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dificuldade de estabelecer planejamento da Política de Assistência Social por falta de diagnósticos.</li> <li>– Vigilância socioassistencial não implantada.</li> <li>– Falta de planejamento e gestão integrada entre os diversos setores municipais (ações intersetoriais são pontuais para determinadas situações).</li> <li>– Equipes insuficientes para atender às demandas das proteções básica e especial (média e alta complexidade).</li> <li>– Inexistência de um sistema de avaliação de resultados (não existem mecanismos de escuta dos usuários para avaliação dos serviços).</li> <li>– População da área rural sendo atendida somente nas demandas espontâneas.</li> <li>– Falta de uma política de educação permanente para as equipes.</li> <li>– Falta de cofinanciamento do CRAS Várzea Grande.</li> <li>– Inexistência de serviço para acolhimento de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social.</li> <li>– Inexistência de atendimento a domicílio da pessoa com deficiência (PcD) e idosa.</li> <li>– SCFV para idosos fragilizado (particularmente devido à pandemia).</li> <li>– Inexistência de Centro-Dia para idosos.</li> <li>– Processos de institucionalização da pessoa idosa nem sempre consideram as premissas estabelecidas.</li> </ul>
----------------------------	--

<p><b>Propostas de solução</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualificar o planejamento da Assistência Social com base em diagnóstico socioterritorial.</li> <li>– Implantar a vigilância socioterritorial.</li> <li>– Desenvolver planejamento e gestão inter-setorial (clarificando objetivos e ações da Assistência Social).</li> <li>– Ampliar as equipes da proteção social básica e especial.</li> <li>– Implantar sistema de avaliação que contemple a escuta dos usuários em relação aos serviços prestados.</li> <li>– Implantar um CRAS volante para atender à área rural e de difícil acesso.</li> <li>– Instituir a educação permanente.</li> <li>– Buscar cofinanciamento do CRAS Várzea Grande (possibilitando, com isso, a ampliação da equipe).</li> <li>– Realizar atendimento a domicílio da pessoa com deficiência e idosa.</li> <li>– Implantar serviço para acolhimento de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social.</li> <li>– Retomar e ampliar o SCFV para idosos.</li> <li>– Implantar Centro-Dia para idosos.</li> <li>– Qualificar os processos de implementação da institucionalização da pessoa idosa (levando em conta as normativas nacionais).</li> </ul>
------------------------------------	--

Fonte: Dados coletados no grupo focal (Gramado, fevereiro de 2022)

### **5.2.5. Síntese analítica quanto ao Sistema Municipal de Assistência Social**

Tomando como referência as fontes pesquisadas e os dados coletados, pode-se identificar que o Município tem empreendido esforços para implementar uma Política de Assistência Social em consonância com as diretrizes e normativas nacionais. Destaca-se que a Política Municipal de Assistência Social foi instituída no ano de 2016, sendo, por-

tanto, a estruturação dos serviços bastante recente e ainda inconclusa.

A rede de serviços conta com dois serviços básicos de proteção social (dois CRAS), além dos serviços de proteção especial, de média e alta complexidade, todos esses serviços dispoñdo de coordenações específicas e estando instalados em áreas físicas distintas, com infraestrutura adequada e materiais e equipamentos disponíveis para o atendimento da população usuária.

Gradativamente foi ampliado o quadro de servidores públicos para compor as equipes, embora ainda haja a necessidade de complementá-las. Foi sugerido pelos informantes que uma estratégia para ampliar os recursos financeiros na área (que possivelmente contribuiria para ampliação de recursos humanos), seria o cofinanciamento do CRAS Várzea Grande mediante recursos disponibilizados pela união.

Uma das principais dificuldades está em estabelecer o planejamento da Política de Assistência Social. A vigilância socioassistencial ainda não foi implantada e, por consequência, não há diagnósticos e indicadores sociais disponíveis que possam orientar o planejamento dos serviços e das ações a serem desenvolvidas. O próprio dimensionamento de necessidades de recursos humanos para compor as equipes deveria ser feito a partir de diagnósticos locais.

Nesse contexto, os serviços têm restringido sua atuação às demandas espontâneas mais imediatas, com isso não têm conseguindo interferir preventivamente em relação a certas situações de vulnerabilidade social, que são, muitas vezes, despercebidas nos territórios.

Ao mesmo tempo que não há diagnósticos e planejamentos territoriais, as equipes defrontam-se com a dificuldade de avaliar o resultado de suas ações. Não há mecanismo de avaliação nem de escuta dos usuários em relação aos

efeitos e/ou resultados das intervenções, o que tende a reproduzir um modo de trabalho centrado nas rotinas cotidianas, restringindo o alcance dos serviços em relação às necessidades mais abrangentes dos territórios.

Num sentido mais amplo, também não há planejamentos e projetos integrados entre os vários setores que envolvem as políticas sociais no Município, o que reduz as chances de enfrentamento das manifestações da questão social. Somente em algumas situações pontuais são mobilizadas intervenções intersetoriais. Contudo, sabe-se que nenhuma política, por si só, consegue garantir respostas suficientes às necessidades sociais da população.

Outro desafio importante para o Município é viabilizar uma proposta mais abrangente de atenção à população que reside na zona rural, já que, atualmente, são atendidas apenas as situações que chegam aos serviços.

No que tange aos serviços ofertados, evidencia-se a necessidade de implantar um serviço para acolhimento de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social, além de viabilizar o atendimento no domicílio de PcDs e idosos, de retomar e ampliar o SCFV para idosos que se fragilizou, especialmente devido à pandemia, e de criar um Centro-Dia para idosos. Essas ações, inclusive, poderiam prevenir algumas situações de institucionalização da pessoa idosa, que, por vezes, acontece na cidade, sem considerar as premissas estabelecidas pela ausência de outra alternativa.

Outro ponto importante a ressaltar-se é a necessidade de instituir a Política de Educação Permanente que favoreça discussões *no e sobre o* trabalho, com vistas à construção de estratégias de qualificação dos processos de trabalho. Essa política poderia incentivar o trabalho de equipe e a interprofissionalidade, atualmente incipientes, ampliando, inclusive, a participação dos trabalhadores nos processos



gestores dos diferentes serviços, condição indispensável para qualificar a assistência prestada.

## **6. IDENTIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES, DIFICULDADES E RECOMENDAÇÕES**

A fim de atender a um dos objetivos do diagnóstico, este capítulo trata das principais oportunidades, potencialidades, problemas e obstáculos que o Município apresenta para a população idosa, a fim de colaborar com a proposição de ações que favoreçam o desenvolvimento da cidade como amiga para todas as idades. Nessa direção, percebeu-se que a prefeitura tem trabalhado em prol da cidade, e que o município encontra-se numa posição bastante privilegiada em comparação com outros do país.

As questões urbanas de Gramado estão sendo discutidas na Câmara Municipal de Vereadores e na Secretaria de Planejamento, Urbanismo e Publicidade, que deverão ser alteradas no novo Plano Diretor, no qual se espera que ocorra uma maior descentralização das atividades econômicas. O Plano Diretor em vigência foi instituído em 2014, e essa revisão deve levar em consideração o crescimento da cidade, ajustando várias das suas orientações, como é o caso da redefinição das zonas de ocupação, uso da terra, sistema viário, plano de transporte e habitação.

A partir da pesquisa, constatou-se um movimento da prefeitura em torno da descentralização do município, a fim de que serviços e equipamentos sejam instalados nos bairros com a intenção de ampliar os serviços para eles e diminuir a mobilidade no centro da cidade. Gramado definiu a Agenda Estratégica de Desenvolvimento Sustentável e Mobilidade Urbana (Gramado, 2018b), e uma das metas é a descentralização com o intuito de promover mais au-

tonomia para os bairros bem como incentivar o transporte público e a interligação entre eles.

O Plano de Mobilidade Urbana propõe a restrição de veículos no centro da cidade, que é visto como um facilitador, considerando que *aumenta* a mobilidade de pedestres; *reduz* barreiras e obstáculos aos pedestres; *diminui* o uso de veículos individuais; *estimula* o transporte coletivo com vistas a qualificar os percursos, a pontualidade e o valor da passagem; e *interliga* os itinerários do transporte público entre bairros. Constata-se uma dificuldade quanto a vagas disponíveis de estacionamento na área central para a quantidade da frota de veículos de passeio, estimulando novas ofertas de estacionamento não centrais e administradas de forma integrada ao fluxo automobilístico.

O uso de transporte em ciclovias também é citado como um dos estímulos do Plano de Mobilidade Urbana, por meio de uma rede de ciclovias, valorizando o esporte, o turismo, o lazer e a saúde da população gramadense.

Quanto à parte urbana, o novo Plano Diretor de Gramado surge como uma resposta a vários problemas identificados que afetam a maioria da população. Um deles é o crescimento da oferta de imóveis para residência de alta valorização imobiliária, o que resulta na redução de unidades habitacionais populares. Diante disso, está sendo discutida uma contrapartida das empresas que atuam no ramo imobiliário, isto é, a criação de unidades habitacionais de valores populares, ofertando, assim, o acesso à moradia e à diminuição do déficit habitacional na cidade, estimado em 2 mil unidades.

Esse plano propõe um espaço urbano sustentável, de valorização das paisagens naturais, o que é considerado um valor agregado para o turismo, a ocupação dos espaços urbanos e a qualidade de vida das pessoas. Inclui-se, ainda,

a valorização da paisagem cultural da cidade, em que está presente a diversidade de paisagens culturais. Nos grupos focais, identificou-se a preocupação de participantes quanto à identidade cultural e às origens da população mais idosa, alertando para a necessidade de preservar a memória e a cultura locais.

A possibilidade de novos agrupamentos urbanos, em regiões que hoje são rurais, poderá criar dificuldades para quem está acostumado à vida no interior, sobretudo das famílias mais antigas que vivem em locais não urbanos. Esse impacto poderá ser minimizado, de acordo com a ideia do novo Plano Diretor de integrar o rural com o urbano, levando serviços e equipamentos para novas áreas de Gramado.

Deve-se considerar que a urbanização, desde os anos 70, apresenta-se como um desafio para o Município, pois passou de 36%, em 1970, para 90%, em 2010 (IBGE, 2011). Nesse mesmo período, o número de idosos na cidade aumentou em 991%. Essa informação merece destaque, pois se apresenta como um importante desafio para a gestão pública. Arelada ao processo de urbanização, há uma transformação demográfica em curso, que aponta para um aumento crescente de idosos nas próximas décadas. Isso requer que o Município consiga abarcar as necessidades advindas de uma população que envelhece rapidamente.

Como potenciais nas questões ambientais, destaca-se o Termo Aditivo de Conformidade ao Novo Marco Regulatório do Saneamento Básico, que contempla a ampliação do sistema de coleta e de tratamento do esgoto. Também se destaca o fato de 100% da população urbana ter abastecimento de água potável e cobertura total da coleta dos resíduos sólidos domésticos em Gramado (Brasil, 2021). Considera-se preocupante a falta de indicadores para a coleta sistemática de resíduos sólidos perigosos.

As condições de vida para se envelhecer em Gramado se mostram positivas se comparadas ao Índice de Exclusão Social (55ª) e ao Índice de Desenvolvimento Socioeconômico do Rio Grande do Sul (16º em 2019). Contudo, no Índice de Bem-Estar Urbano-Municipal, Gramado estava na posição 1.152º no país, considerando mais de 5,5 mil municípios. Para melhorar essa colocação, o Município precisa aprimorar o subíndice de infraestrutura, que foi a dimensão com pior avaliação se comparada aos outros subíndices: ambiental, habitacional e mobilidade. O subíndice de infraestrutura avalia iluminação, pavimentação, calçada, meio-fio, bueiros, rampas para cadeirantes e identificação de logradouros.

Um desafio identificado quanto aos aspectos socioeconômicos diz respeito à renda das pessoas idosas. Dessa parcela da população, 64% recebe até dois salários-mínimos. Diante do cenário atual, considerando o aumento do custo de vida e a perda de poder aquisitivo da população, há uma tendência de aumento da demanda por serviços de saúde e assistência social, bem como uma dependência maior dos benefícios da Previdência Social.

O Quadro 17 apresenta uma síntese dos fatores facilitadores, dificultadores/obstáculos, recomendações e propostas.

Quadro 17 – Síntese dos facilitadores, obstáculos e recomendações

Saúde	Assistência	Urbano	Meio ambiente	Participação social
<b>Facilitadores</b>				
a. Os profissionais que atuam na saúde são motivados e comprometidos com o trabalho realizado.				
b. Os profissionais que atuam na saúde mostraram-se satisfeitos com as condições de acesso dos usuários aos serviços de saúde.				

<b>Saúde</b>	<b>Assistência</b>	<b>Urbano</b>	<b>Meio ambiente</b>	<b>Participação social</b>
c. Há um Plano Municipal de Saúde, concluído em 2022, que, se executado, representará avanços nos processos de trabalho, ações e serviços de saúde do Município.				
d. As Unidades Básicas de Saúde, em número de oito, cobrem a população urbana de Gramado.				
e. O Município tem feito investimentos no sentido de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.				
f. O Município tem empreendido esforços para implementar uma Política de Assistência Social em consonância com as diretrizes e normativas nacionais.				
g. Os profissionais são comprometidos e têm apropriação quanto à Política Nacional de Assistência Social.				
h. A rede de serviços conta com dois serviços básicos de proteção social (CRAS), além dos serviços de proteção especial, de média e alta complexidade, todos dispendo de profissionais e coordenações instalados em áreas físicas distintas, com infraestrutura adequada e materiais e equipamentos disponíveis para o atendimento da população usuária.				
i. O Município dispõe de Plano Municipal de Assistência Social atualizado que, se executado, trará avanços ao Sistema Municipal de Assistência Social.				
j. O Município oferta vagas para os idosos que necessitem de acolhimento institucional por meio de ILPIs conveniadas ou contratadas.				
k. O Município dispõe de benefícios eventuais públicos (cesta básica e auxílio funeral).				
l. Revisão do Plano Diretor do Município de 2014.				
m. O Município conta com uma Agenda Estratégica de Desenvolvimento Sustentável e um Plano de Mobilidade Urbana.				
n. O Novo Plano Diretor prevê a integração do meio urbano e rural bem como a preservação de paisagens naturais e culturais.				
o. Dispõe de um Plano de Mobilidade Urbana, atento às demandas do crescimento da cidade e de suas atividades econômicas.				
p. Dispõe, como solução para o crescimento da cidade, de um plano de descentralização.				
q. A construção de um novo aeroporto beneficiará a chegada de turistas.				
r. Atenção do Município com o Novo Plano Diretor (em análise pela Câmara Municipal de Vereadores).				

Saúde	Assistência	Urbano	Meio ambiente	Participação social
s. Termo Aditivo de Conformidade ao Novo Marco Regulatório do Saneamento Básico firmado entre o Município de Gramado e a Companhia Riograndense de Saneamento (Corsan) para atender às metas fixadas na Lei nº 14.026 (Brasil, 2020) no sentido de aumentar os índices de coleta e tratamento de esgoto.				
t. Índice de atendimento total de água é de 90,84%, e de atendimento urbano de água é de 100% (Brasil, 2021).				
u. Taxa de cobertura da coleta de resíduos sólidos domésticos em relação à população total (rural e urbana) é de 100% (Brasil, 2021).				
v. Percebe-se uma melhora em relação ao nível educacional de idosos em Gramado nos últimos anos.				
w. Há um movimento de descentralização das atividades de esporte e lazer.				
x. Existência de parques e praças para prática de esporte e lazer.				
y. Existência de espaços que promovem atividades de lazer direcionadas aos idosos (Azaleia e Sesc).				
z. A grande maioria dos idosos entrevistados sente-se segura nas áreas mais centrais.				
<b>Dificultadores/obstáculos</b>				
a. Parte do quadro dos profissionais da saúde é terceirizada, resultando em alta rotatividade, e contribui para a descontinuidade de programas, projetos e ações.				
b. O sistema de informações adquirido pelo Município para todas as secretarias não atende às necessidades da saúde. Os principais problemas estão relacionados à não importação de dados do sistema antigo (com dificuldade ou impossibilidade de acesso ao histórico do paciente) e à exportação de dados para os bancos oficiais do Ministério da Saúde.				
c. O processo de trabalho está organizado para atendimento à demanda espontânea e centrado no profissional médico. O trabalho interdisciplinar e interprofissional é incipiente. Não existem protocolos assistenciais que garantam mais autonomia aos profissionais no atendimento em saúde, comprometendo a resolutividade.				
d. A cobertura pela ESF ou outras formas de atendimento é insuficiente na zona rural.				
e. Em relação à população idosa, poucas Unidades Básicas de Saúde mantêm cadastro atualizado e específico, o que dificulta o acesso a dados da população acima de 60 anos e o acompanhamento da cobertura de ações e serviços prestados a essa população.				

Saúde	Assistência	Urbano	Meio ambiente	Participação social
f. Há dificuldade para estabelecer diagnósticos e planejamentos locais nos territórios da Atenção Básica.				
g. Não estão definidos os indicadores de avaliação para acompanhamento do desempenho de projetos e programas desenvolvidos.				
h. Inexistência de atendimento especializado em geriatria.				
i. Há dificuldade de estabelecer planejamento para a Política Municipal de Assistência Social por falta de diagnósticos.				
j. A vigilância socioassistencial ainda não foi implantada, não havendo monitoramento de indicadores sociais.				
k. Os serviços têm restringido sua atuação às demandas espontâneas mais imediatas, o que faz com que não tenha conseguido interferir preventivamente em relação a certas situações de vulnerabilidade social que ficam muitas vezes despercebidas nos territórios.				
l. Não há diagnósticos e planejamentos territoriais, as equipes de fronteira deparam-se com a dificuldade de avaliar o resultado de suas ações (inexiste um sistema de avaliação de resultados).				
m. Há falta de planejamento e gestão integrada entre os diversos setores municipais (as ações intersetoriais são pontuais para determinadas situações).				
n. Os profissionais das equipes são insuficientes para atender às demandas das proteções básica e especial (média e alta complexidade).				
o. A população da área rural está sendo atendida somente em demandas espontâneas.				
p. Não está implantada a política de Educação Permanente.				
q. Falta serviço para acolhimento de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social. Conforme dados do CadÚnico, 15% da população de Gramado corresponde a pessoas idosas de baixa renda e 67% destas são responsáveis pelas famílias, sendo a maioria mulheres. Além disso, 15% dos idosos de baixa renda não sabem ler e escrever, ampliando ainda mais as dificuldades para o autocuidado, para o uso de medicamentos e para a participação na vida social.				
r. Não está sendo realizado atendimento no domicílio para a pessoa idosa e a pessoa com deficiência (20 idosos cadastrados no CadÚnico têm deficiência), outro dado é que 193 idosos vivem sozinhos, sendo a maioria de mulheres (a condição de morar sozinho só aumenta o risco para acidentes, adoecimentos e agravamento de doenças).				
s. O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para idosos está fragilizado (principalmente devido à pandemia).				



Saúde	Assistência	Urbano	Meio ambiente	Participação social
t. Não há Centro-Dia para idosos.				
u. Ainda não foi efetivado o cofinanciamento do CRAS Várzea Grande.				
v. Os processos de institucionalização da pessoa idosa nem sempre consideram as premissas estabelecidas, e não há atendimento local às situações que exijam ILPI de grau III.				
w. Déficit de unidades habitacionais de cunho popular.				
x. Necessidade de melhoria do subíndice de infraestrutura.				
y. Dificuldades com o transporte público (frequência e pontualidade).				
z. Uso do automóvel individual, o que promove problemas de mobilidade.				
aa. Falta de indicadores de geração de resíduos sólidos perigosos.				
ab. Inexistência de estações de monitoramento da qualidade do ar.				
ac. Falta de água em alguns períodos do ano (segundo pesquisa de campo, entrevistas).				
ad. Inexistência de indicadores relacionados às áreas verdes disponíveis/ acessíveis para a população.				
ae. Índices reduzidos de coleta e tratamento de esgoto.				
af. 75% da população idosa de Gramado não possui instrução formal ou tem Ensino Fundamental incompleto.				
ag. Baixa frequência de idosos nas praças e parques para prática de esportes e lazer.				
ah. Quase metade dos idosos entrevistados utiliza a televisão como meio de comunicação/informação e não há canal local.				
ai. Ausência de policiamento nas áreas distantes do Centro.				
<b>Recomendações/propostas</b>				
a. Implementar protocolos assistenciais e ampliar programas de saúde a serem ofertados à população em geral e à população idosa.				
b. Estabelecer um plano de carreira aos profissionais de saúde, com ampliação de profissionais concursados para garantir continuidade de ações, programas e projetos.				
c. Resolver os problemas de incompatibilidade do sistema local de informação em saúde.				
d. Cadastrar os idosos em todas as Unidades Básicas de Saúde de cada território de abrangência.				

Saúde	Assistência	Urbano	Meio ambiente	Participação social
e. Realizar o planejamento local nos territórios, com definição de indicadores para monitoramento e avaliação de resultados em cada fase do ciclo vital.				
f. Implantar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para qualificação dos processos de trabalho e das práticas.				
g. Implantar uma política de saúde específica para a pessoa idosa.				
h. Instituir equipes de referência nas UBSs para o atendimento e a gestão do cuidado à pessoa idosa.				
i. Implantar atendimentos domiciliares ( <i>home care</i> e orientação de cuidados domiciliares) mediante articulação entre serviços de Atenção Básica e hospitalar.				
j. Ampliar a Estratégia de Saúde da Família (ESF).				
k. Ampliar os cuidados preventivos e o monitoramento de situações de vulnerabilidade em saúde, com atenção especial às doenças crônicas, de modo a prevenir o seu agravamento.				
l. Qualificar o sistema de referência e contrarreferência entre os serviços.				
m. Priorizar os atendimentos à pessoa idosa (desburocratização dos serviços).				
n. Qualificar as ações preventivas em saúde na perspectiva da integralidade (o atual modelo está centrado na consulta médica e na atenção curativa).				
o. Oferecer à população mais atendimentos de média complexidade e facilitar o acesso aos serviços de alta complexidade, por meio da ampliação dos horários de transporte às cidades que realizam esses atendimentos.				
p. Ampliar o trabalho interprofissional e intersetorial.				
q. Desenvolver ações educativas para a prevenção de agravos, com ênfase na pessoa idosa.				
r. Qualificar o planejamento da Assistência Social com base em diagnóstico socioterritorial.				
s. Implantar a vigilância socioterritorial.				
t. Desenvolver planejamento e gestão intersetorial (clarificando objetivos e ações da Assistência Social).				
u. Complementar as equipes da proteção social básica e da especial.				
v. Instituir a Política de Educação Permanente em Assistência Social.				
w. Implantar sistema de avaliação, mediante monitoramento de indicadores e escuta dos usuários em relação aos resultados dos serviços prestados.				

Saúde	Assistência	Urbano	Meio ambiente	Participação social
x.				Implantar um CRAS volante para atender a área rural e de difícil acesso.
y.				Realizar atendimento no domicílio para a pessoa idosa e pessoa com deficiência.
z.				Implantar serviço para acolhimento de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social.
aa.				Retomar e ampliar o SCFV para idosos.
ab.				Implantar Centro-Dia para idosos (evitaria processos de institucionalização).
ac.				Qualificar os processos de implementação da institucionalização da pessoa idosa (levando em conta as normativas nacionais) e viabilizar no Município acolhimento para idosos na modalidade de ILPI para grau de dependência III.
ad.				Buscar cofinanciamento do CRAS Várzea Grande (um aporte maior de recursos possibilitaria ampliar as equipes).
ae.				Intensificar as ações das diversas políticas públicas direcionadas ao atendimento das necessidades básicas dos idosos e ao enfrentamento das condições de pobreza e vulnerabilidade.
af.				Ampliar o trabalho interprofissional e intersetorial.
ag.				Ampliar a participação dos trabalhadores nos processos gestores dos diferentes serviços.
ah.				Ampliar a participação social da população no planejamento da Política Municipal de Assistência Social.
ai.				Preservar as paisagens naturais e culturais mantendo a identidade do local.
aj.				Pelo plano de descentralização, promover maior autonomia nos bairros.
ak.				Adequar ambientes públicos para a pessoa idosa (ex: banheiros públicos).
al.				Padronizar as calçadas da cidade (execução da Prefeitura Municipal).
am.				Adequar praças para pessoas idosas (ex: bancos com apoio).
an.				Aumentar a oferta de linhas de transporte público, ampliando regiões atendidas e horários.
ao.				Adaptar transporte público para ser acessível.
ap.				Ampliar estacionamentos para idosos na via pública garantindo fiscalização desses espaços.

Saúde	Assistência	Urbano	Meio ambiente	Participação social
aq.				Assegurar a implementação do plano de contrapartida para garantir a construção de habitações populares e ampliar unidades habitacionais populares.
ar.				Implantar estações de monitoramento da qualidade do ar.
as.				Implantar os indicadores relacionados às áreas verdes disponíveis/ acessíveis para a população.
at.				Implantar os indicadores para serviços urbanos e qualidade de vida preconizados no desenvolvimento sustentável de comunidades.
au.				Estimular ações de educação ambiental nos empreendimentos turísticos, em especial as relacionadas à gestão sustentável da água nos meios de hospedagem.
av.				Estimular ações de sensibilização da população sobre envelhecimento ativo e qualidade de vida.
aw.				Criar atividades/eventos direcionados aos idosos para que se apropriem de praças e parques como um espaço para prática sistemática de esportes e lazer.
ax.				Criar oportunidades para atualização e qualificação das pessoas mais velhas para que possam se manter inseridas no mercado de trabalho.
ay.				Desenvolver programas educativos de valorização da pessoa idosa.
az.				Implementar hortas comunitárias.
ba.				Construir ações que ampliem os vínculos da pessoa idosa na comunidade (prevenindo processos de isolamento).
bb.				Oportunizar o protagonismo e a participação dos idosos nos conselhos municipais.
bc.				Divulgar o Conselho Municipal do Idoso e demais conselhos das políticas públicas, bem como os direitos dos idosos, incentivando a sua participação.
bd.				Ampliar campanhas para destinação de recursos do imposto de renda (IR) para o Fundo do Idoso.
be.				Fortalecer as políticas públicas sociais para a proteção social do idoso.
bf.				Desenvolver ações de prevenção para redução de riscos de acidentes domiciliares para idosos que moram sozinhos.
bg.				Desenvolver projeto de alfabetização para idosos que não sabem ler e escrever.
bh.				Criar canais alternativos de comunicação para que as informações cheguem de forma efetiva à população idosa.

Saúde	Assistência	Urbano	Meio ambiente	Participação social
bi. Intensificar rondas policiais fora da região turística.				
bj. Transferir a Academia da Saúde para local adequado e de fácil acesso.				

Fonte: Elaborado pelos autores (2022, ano em que foi feita a pesquisa).

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados aqui apresentados colaborarão para atender aos critérios exigidos na proposta de tornar Gramado a cidade amiga de todas as idades. O Município tem muitas preocupações com o rápido crescimento urbano e vem buscando soluções adequadas por intermédio da revisão de planos de desenvolvimento urbano, de mobilidade urbana e de uma agenda estratégica de sustentabilidade em favor de toda a sua população.

Este estudo busca oferecer uma leitura diagnóstica dos aspectos vinculados à cidade, ao meio ambiente, à assistência social, à saúde e à participação social, apresentando, principalmente, os respectivos programas de políticas públicas. O percurso da execução do projeto de pesquisa está associado à metodologia da OMS (2008), a qual observa o Protocolo de Vancouver (2016) para caracterizar a cidade que pretende adotar a política de envelhecimento saudável.

A riqueza e a relevância desse diagnóstico concentram-se na escuta das diversas vozes que representam a cidade: os idosos, os gestores, os representantes de conselhos e os profissionais que atuam nas políticas públicas. Além disso, os dados estão disponíveis publicamente nos organismos de informação acerca da demografia, da saúde, da assistência social, da cidade, do meio ambiente, da participação social, enfim, das condições gerais que o Município oferece à sua população.

É importante sublinhar que esse diagnóstico prioriza quem é morador de Gramado, isto é, as pessoas que vivem o cotidiano da cidade, a qual tem uma forte marca no turismo.

Para reconhecer a qualidade de vida urbana da população, é necessário alinhar os conceitos de envelhecimento saudável com os objetivos de desenvolvimento sustentável

da ONU e as premissas de comunidades sustentáveis, cidades sustentáveis, cidades inteligentes e resilientes. Nesse sentido, o diagnóstico identifica uma série de ações que estão em andamento sob a responsabilidade do Município de começar um processo em busca de um futuro que seja economicamente viável, politicamente inclusivo e culturalmente de participação social e protagonismo.

O Município está na direção da descentralização ao revisar o Plano Diretor e colocar em ação o Plano de Mobilidade Urbana. Atento às demandas que nascem de uma forte expansão e crescimento urbano, precisa solucionar problemas imediatos de natureza coletiva: oferta de unidades habitacionais populares, transporte coletivo, medidas de redução do uso de veículos individuais nas áreas centrais e de turismo, autonomia dos bairros e descentralização dos serviços que hoje são oferecidos no centro da cidade, preservação das paisagens naturais e culturais como elementos identitários e de pertença ao território.

Várias dessas demandas podem favorecer a vida do morador de Gramado, se a articulação intersetorial acontecer de forma orgânica, intencional e a partir de um planejamento integrado. O diagnóstico dá subsídios às lideranças, aos gestores e à sociedade organizada, a exemplo de conselhos e instituições de interesse comum, pelo fato de oferecer uma leitura aproximada das condições existentes na cidade, a fim de criar um ambiente favorável a todas as idades.

A forma como esse diagnóstico foi construído, por meio da escuta das diversas representações da cidadania local, dos gestores, dos profissionais das diversas áreas de políticas públicas, justifica os dados apresentados e discutidos neste documento.

Observa-se que existem duas cidades: a do morador e a do turista. O desafio, portanto, da gestão pública consiste em conciliar esses dois modelos em um.

De acordo com a OMS (2008, n.p.), uma cidade saudável oferece condições para uma vida saudável, protege sua população, oportuniza melhores condições de vida coletiva, cria estratégias e ações efetivas em benefício do envelhecimento humano, prioriza “saúde, segurança e participação” e está atenta “aos espaços abertos e prédios, transporte e moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica, emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde”.

Para responder se Gramado é uma cidade favorável ao envelhecimento, utilizamos diversos procedimentos de pesquisa, a fim de garantir a cientificidade, a confiança estatística e os resultados pertinentes aos objetivos propostos. O Município de Gramado, por meio de vários quesitos, atende parcialmente às exigências da rede global de cidade para todas as idades e tem condições plenas de responder ao que falta para sua candidatura, conforme prevê o guia da OMS (2008).

Nas vozes dos idosos, fica clara a preocupação com a saúde, uma vez que grande parte utiliza os serviços públicos de saúde do Município. Eles reconhecem que o sistema os atende, mas esperam que os serviços sejam ampliados e qualificados, com acompanhamento integral e contínuo com ênfase na prevenção de doenças.

Nota-se, ainda, que os idosos não se veem protagonistas na cidade. Essa constatação surgiu das escutas que sinalizam restritos espaços de participação e valorização, como centros de convivência, atividades direcionadas aos interesses da pessoa idosa, organização de grupos e incentivo à vida social e comunitária. Com efeito, essas vozes es-



tão em sintonia com o entendimento de que a pessoa idosa integrada à comunidade tem uma vida mais saudável.

No âmbito da Assistência Social, os idosos esperam a criação de novos serviços, como: Centro-Dia, com serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para idosos; atendimento domiciliar para idosos disfuncionais; atividades que sejam articuladas de forma intersetorial; e criação e ampliação de ações de atendimento para a população idosa da área rural.

Na percepção dos atuais gestores (2021-2024), houve avanços, nos últimos anos, nos diversos setores que cuidam da cidade, atentos às transformações que estão em curso. O diagnóstico aponta a necessidade de integrar as diversas iniciativas do Município, a fim de promover a intersetorialidade das políticas públicas e favorecer o crescimento de forma integrada; uma cidade concebida, vivida e percebida de modo multifuncional.

A cidade para todas as idades pode oferecer à sua população condições adequadas de uma vida planejada, inclusiva e participativa. Para tal, Gramado deve oferecer iniciativas exemplares e de impacto comunitário, sem perder de vista o que tem de diferencial em relação às outras cidades, ao privilegiar a pessoa idosa no conjunto de providências político-administrativas na esfera pública da atualidade.

# REFERÊNCIAS

ABEGG, C. Como fazer levantamento de dados. *In*: BERNI, D. de Á. **Técnicas de pesquisa em Economia**. São Paulo: Saraiva, 2002. pp. 133-151.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR ISO 37120**: Desenvolvimento sustentável de comunidades – indicadores para serviços urbanos e qualidade de vida. 2. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2021a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR ISO 37123**: Cidades e comunidades sustentáveis — Indicadores para cidades resilientes. Rio de Janeiro: ABNT, 2021b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR ISO 37122**: Cidades e comunidades sustentáveis — Indicadores para cidades inteligentes. Rio de Janeiro: ABNT, 2020b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR ISO 37101**: Desenvolvimento sustentável de comunidades — Sistema de gestão para o desenvolvimento sustentável – Requisitos com orientação para uso. Versão corrigida em 2021. Rio de Janeiro: ABNT, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES (ANATEL). 4G já é utilizado por metade dos usuários do país. **Gov.br, Anatel**, 03 ago. 2018. Disponível em: [www.gov.br/anatel/pt-br/assuntos/noticias/4g-ja-e-utilizado-por-metade-dos-usuarios-do-pais](http://www.gov.br/anatel/pt-br/assuntos/noticias/4g-ja-e-utilizado-por-metade-dos-usuarios-do-pais). Acesso em: 13 jun. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES (ANATEL). Panorama. **Gov.br, Anatel**, 2022. Disponível em: <https://informacoes.anatel.gov.br/paineis/infraestrutura/panorama>. Acesso: 13 jun. 2022.

BECKER, O. M. S. Mobilidade espacial da população: Conceitos, tipologias, contextos. *In*: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. **Explorações Geográficas**: Percursos no fim do século. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997. pp. 319-367.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996.** Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, DF: 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D1948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm). Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em 10 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em 10 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em 10 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: 1993. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm). Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm). Acesso em 10 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm). Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: 2015. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm). Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 14.026, de 15 de julho de 2020.** Atualiza o marco legal do saneamento básico e altera a Lei nº 9.984, de 17 de julho de 2000, para atribuir à Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA) competência para editar normas de referência sobre o serviço de saneamento, a Lei nº 10.768, de 19 de novembro de 2003, para alterar o nome e as atribuições do cargo de Especialista em Recursos Hídricos, a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, para vedar a prestação por contrato de programa dos serviços públicos de que trata o art. 175 da Constituição Federal, a Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007, para aprimorar as condições estruturais do saneamento básico no País, a Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, para tratar dos prazos para a disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos, a Lei nº 13.089, de 12 de janeiro de 2015 (Estatuto da Metrópole), para estender seu âmbito de aplicação às microrregiões, e a Lei nº 13.529, de 4 de dezembro de 2017, para autorizar a União a participar de fundo com a finalidade exclusiva de financiar serviços técnicos especializados. Brasília, DF: 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/114026.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114026.htm). Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DataSus. **TabWin**, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/sxuf.def>. Acesso em: 28 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde. Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento – SNIS**. Diagnóstico água e esgoto e Diagnóstico resíduos sólidos. Diagnóstico SNIS 2021 (Ano de referência 2020). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Regional, 2021. Disponível em: <http://www.snis.gov.br/diagnosticos>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de Orientações Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2016. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/Cartilha\\_PAIF\\_1605.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Cartilha_PAIF_1605.pdf). Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/Orientacoes%20Tecnicas%20-%20>

Centro%20de%20Referencias%20de%20Assistencia%20Social%20%28CRAS%2922.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Agenda 21.** Brasília, DF: MMA, 2021. Disponível em: <https://antigo.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/agenda-21-brasileira.html>. Acesso em: 11 out. 2024.

BRASIL. Ministério do Turismo. **Índice de Competitividade do Turismo Nacional – 65 Destinos Indutores do Desenvolvimento Turístico Regional – Relatório Brasil 2010.** Brasília, DF: Ministério do Turismo, 2010. Disponível em: [http://pnc.cultura.gov.br/wp-content/uploads/sites/16/2017/10/Estudo-de-Competitividade\\_2010.pdf](http://pnc.cultura.gov.br/wp-content/uploads/sites/16/2017/10/Estudo-de-Competitividade_2010.pdf). Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **NOB-RH/SUAS 2011.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 10 maio 2022.

BRUYNE, P. *et al.* **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CAMARANO, A. A. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? *In*: INSTITUTO DE

PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica nº 81, julho de 2020**. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Brasília, DF: Ipea, 2020. Disponível em: [www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/200724\\_nt\\_disoc\\_n\\_81\\_web.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200724_nt_disoc_n_81_web.pdf). Acesso em: 30 maio 2022.

CASAGRANDE, G. R. **Um cheiro do vinho**: presença italiana em Gramado. 2006. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2311>. Acesso em: 25 abr. 2021.

CONSULTA, SELEÇÃO E EXTRAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO CADÚNICO (CECAD). Cadastro Único Brasil: Gramado. **CECAD**, 2021. Disponível em: <https://cecad.cidadania.gov.br/painel03.php>. Acesso em: 22 set. 2021.

CORDIOLI, S. Enfoque participativo no trabalho com grupos. *In*: BROSE, M. (org.). **Metodologia participativa**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2010. pp. 25-40.

DATASEBRAE. **Perfil das Cidades Gaúchas** – Gramado. Porto Alegre: SEBRAE, 2019. Disponível em: [https://datasebrae.com.br/municipios/rs/Perfil\\_Cidades\\_Gauchas-Gramado.pdf](https://datasebrae.com.br/municipios/rs/Perfil_Cidades_Gauchas-Gramado.pdf). Acesso em: 10 jun. 2021. DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (DEE). Idese. **RS.gov.br**, [2022]. Disponível em: <http://visualiza.dee.planejamento.rs.gov.br/idese/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

DISCHINGER, M.; ELY, V. H. M. B.; PIARDI, S. M. D. G. **Promovendo acessibilidade espacial nos edifícios públicos**: Programa de Acessibilidade às Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida nas Edificações de Uso Público. Florianópolis: Ministério Público do Estado, 2012.

FACHIN, P. 34% dos domicílios brasileiros dependem de 70% da renda dos idosos. Entrevista especial com Ana Amélia Camarano. **Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, 05 jun. 2020. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/599662-34-dos-domicilios-brasileiros-dependem-de-70-da-renda-dos-idosos-entrevista-especial-com-ana-amelia-camarano>. Acesso em: 22 mar. 2022.

FLECK, V. Cartão Amigo do São Miguel quer dobrar o número de contribuintes em 2017. **Hospital Arcanjo São Miguel**, Gramado, 3 maio 2017. Disponível em: <http://hasm.com.br/noticias/cartao-amigo-do-sao-miguel-quer-dobrar-o-numero-de-contribuintes-em-2017>. Acesso em: 22 mar. 2022.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. de A. **Curso de estatística**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

FRIGOTTO, G. **Educação e crise do trabalho**: perspectivas de final de século. Petrópolis: Vozes, 2002.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (FEE). Idese. **RS.gov.br**, [2016]. Disponível em: <https://arquivofee.rs.gov.br/indicadores/indice-de-desenvolvimento-socioeconomico/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. pp. 64-89.

GRAMADO. **Plano Municipal de Assistência Social (2022-2025)**. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Defesa Civil. 2022a.

GRAMADO. **Plano Municipal de Saúde (2022-2025)**. Secretaria Municipal de Saúde, 2022b.

GRAMADO. Prefeitura Municipal. **Cidadania e Assistência Social**. Gramado, 2021a. Disponível em: <https://www.gramado.rs.gov.br/secretarias/cidadania-e-assistencia-social>. Acesso em: 22 nov. 2021.

GRAMADO. **Conferência Municipal de Assistência Social**. Gramado, RS: Secretaria Municipal de Assistência Social, Cidadania e Defesa Civil, 2021b.

GRAMADO. **Vigilância em Saúde, Setor de Vigilância Epidemiológica**. Secretaria Municipal da Saúde. 2021c.

GRAMADO. *In*: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikipedia Foundation, 2021d. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Gramado#/media/Ficheiro:Locator\\_map\\_of\\_Gramado\\_in\\_Rio\\_Grande\\_do\\_Sul.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Gramado#/media/Ficheiro:Locator_map_of_Gramado_in_Rio_Grande_do_Sul.svg). Acesso em: 12 fev. 2021.

GRAMADO. **Lei Complementar nº 7, de 20 de dezembro de 2019**. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 01, de 08 de maio de 2018, que institui o Código de Posturas do Município de Gramado, e dá outras providências. Gramado, RS: 2019. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/g/gramado/lei-complementar/2019/0/7/lei-complementar-n-7-2019-altera-dispositivos-da-lei-complementar-n-01-de-08-de-maio-de-2018-que-institui-o-codigo-de-posturas-do-municipio-de-gramado-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 10 abr. 2022.

GRAMADO. **Lei Complementar nº 1, de 08 de maio de 2018**. Institui o Código de Posturas do Município de Gramado. Gramado,

RS: 2018a. Disponível em: [www.LeisMunicipais.com.br](http://www.LeisMunicipais.com.br). Acesso em: 01 abr. 2022.

GRAMADO. Prefeitura Municipal. **Agenda Estratégica de Desenvolvimento Sustentável e Mobilidade Urbana e Transporte de Gramado – RS – Brasil: Relatório Final Agosto – Outubro 2018.** Gramado, 2018b.

GRAMADO. Prefeitura Municipal. **Plano de Saneamento do Município de Gramado.** Gramado, 2017.

GRAMADO. **Lei nº 3.296, de 21 de julho de 2014.** Dispõe sobre o desenvolvimento urbano e rural do município de Gramado, institui o novo Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado (PDDI), e dá outras providências. Gramado, RS: 2014. Disponível em <https://leismunicipais.com.br/a2/plano-diretor-gramado-rs>. Acesso em: 05 abr. 2021.

GRAMADO. **Lei nº 3.192, de 19 de dezembro de 2013.** Cria o Conselho Municipal de Direitos do Idoso e o Fundo Municipal de Direitos do Idoso, e dá outras providências. Gramado, RS: 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD Contínua: Educação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000, Área territorial brasileira – Cidade de Gramado/RS.** Rio de Janeiro: IBGE, 2000 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/administracao-publica-e-participacao-politica/9663-censo-demografico-2000.html>. Acesso em: 5 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira – Cidade de Gramado/RS.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/gramado/panorama>. Acesso em: 5 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 1991, Área territorial brasileira – Cidade de Gramado/RS.** Rio de Janeiro: IBGE, 1991. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=782&view=detalhes>. Acesso em: 5 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 1980, Área territorial brasileira – Cidade de Gramado/RS.** Rio de Janeiro: IBGE, 1980. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=772&view=detalhes>. Acesso em: 5 abr. 2021.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 1970, Área territorial brasileira – Cidade de Gramado/RS**. Rio de Janeiro: IBGE, 1970.

Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=769&view=detalhes>. Acesso em: 5 abr. 2021.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL (ILC-BR). **Protocolo do Rio – Cidades amigas do idoso**. Rio de Janeiro: ILC-BR, 2015.

INSTITUTO TRATA BRASIL. Saiba como a falta de saneamento afeta os idosos do nosso País. **Trata Brasil**, [2022]. Disponível em: <https://www.tratabrasil.org.br/en/institucional-blog/saiba-como-a-falta-de-saneamento-afeta-os-idosos-do-nosso-pais>. Acesso em: 11 jun. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Dados do município de Gramado. **IPEA**, 2022. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001. pp. 39-64.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia Global: Cidade amiga do idoso**. Genebra: OMS, 2008.

RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; RIBEIRO, Marcelo Gomes (orgs.). Índice de bem-estar urbano dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: Observatório das Metrópoles, 2016. Disponível em: <https://ibeu.observatoriodasmetrolopes.net.br/ibeu-municipal/>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SECRETARIA DO MEIO AMBIENTE DE GRAMADO. **Níveis de Poluição Sonora**. [Informações recebidas da Secretaria do Meio Ambiente de Gramado]. Gramado, 2021.

PADUA, J. **Técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales**. Ciudad del Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1993.

POCHMANN, M.; AMORIM, R. (orgs.). **Atlas da exclusão social no Brasil: dinâmicas da exclusão social na primeira década do século XXI**. São Paulo: Cortez, 2015. v. 2.

POCHMANN, M.; AMORIM, R. (orgs.). **Atlas da exclusão social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

PROTOCOLO DE VANCOUVER. Proyecto Red de Ciudades Amigables com las Personas Mayores. **Ciudades Amigables**, 2016. Disponível em: [https://ciudadesamigables.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/camig\\_vancouver2016.pdf](https://ciudadesamigables.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/camig_vancouver2016.pdf). Acesso em: 22 maio 2021.

RODRÍGUEZ, M. **Libro Blanco del Envejecimiento Activo**. [S.l.]: Junta de Andalucía, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. **Termo aditivo de conformidade ao novo marco regulatório de saneamento básico (Lei 14.026/2020)**. Termo firmado entre a Companhia Riograndense de Saneamento – Corsan e o Município de Gramado. Porto Alegre, 2021.

WORLD HEALTHY ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: WHO, 2005.

# **APÊNDICE A** – Lista de aplicadores dos questionários da pesquisa

Professores da UCS:

Prof. Dr. Delcio Antônio Agliardi

Profa. Dra. Margareth Lucia Paese Capra

Profa. Dra. Nilva Lúcia Rech Stedile

Prof. Dr. Pedro de Alcântara de Bitencourt César

Profa. Dra. Suzana Maria De Conto

Profa. Dra. Vania Beatriz Merlotti Herédia

Profa. Dra. Verônica Bohm

## **Colaboração:**

Bruna Tronca

Fernanda Quissini Koch

# APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Questionário)

PROJETO DE PESQUISA  
GRAMADO PARA TODAS AS IDADES



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Questionário)

Meu nome é \_\_\_\_\_, e sou colaborador da pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades”, desenvolvida pela Universidade de Caxias do Sul. Sou a pessoa responsável por informá-lo sobre a pesquisa da qual você vai participar. Você foi escolhido(a) para participar de um estudo importante. O objetivo deste estudo é compreender melhor como as cidades podem ajudar os idosos a terem uma vida saudável e ativa. Durante as o preenchimento do questionário, você será convidado(a) a compartilhar suas percepções sobre como é viver em Gramado/RS. Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. As informações fornecidas por você serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa, garantindo seu anonimato. O questionário que você vai responder é pessoal e o tempo estimado para o seu preenchimento é de 15 minutos. Você poderá ser convidado a participar de grupo focal e/ou entrevista, que fazem parte deste mesmo projeto de pesquisa. Qualquer dúvida ou problema que surgir, você tem um canal disponível ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do

Sul, telefone 3218.2829 ou secretaria do Bloco E, através do telefone (54) 3218.2156.

Gramado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Nome completo e assinatura

---

Nome completo e assinatura do respondente

# **APÊNDICE C** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo focal)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (grupo focal)

Meu nome é \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, e participei do grupo focal da pesquisa  
“Gramado: cidade para todas as idades”, desenvolvida pela  
Universidade de Caxias do Sul. Os pesquisadores respon-  
sáveis pela mediação desse grupo são \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

As informações fornecidas por você serão utilizadas  
exclusivamente para fins de pesquisa. Qualquer dúvida ou  
problema que surgir, você tem um canal disponível ou no  
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do  
Sul, telefone 3218.2829 ou secretaria do Bloco E, através  
do telefone (54) 3218.2156.

Gramado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Nome completo e assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome completo e assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome completo e assinatura do pesquisador

---

Nome completo e assinatura do pesquisador

# APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista com profundidade)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista com profundidade)

Meu nome é \_\_\_\_\_, e participei da pesquisa “Gramado: cidade para todas as idades”, desenvolvida pela Universidade de Caxias do Sul, por meio de uma entrevista. O pesquisador responsável pela entrevista é o (a) Prof(a). Dr.(a) \_\_\_\_\_. As informações fornecidas na entrevista serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa. Qualquer dúvida ou problema que surgir, você tem um canal disponível, ou seja, no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul, telefone 3218.2829 ou na secretaria do Bloco E, através do telefone (54) 3218.2156.

Gramado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Nome completo e assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome completo e assinatura do pesquisador



---

Nome completo e assinatura do pesquisador

# APÊNDICE E – Questionário

Dados de identificação para cadastro da amostra

Local (onde o questionário foi preenchido):	Nº do Questionário:
() Área urbana () Área rural	
Nome:	
Endereço:	Complemento:
Bairro	CEP:
Telefone:	
Nome completo do entrevistador:	
Hora de início:	Hora de término:
Nome completo do supervisor de campo:	Data do controle:

Questionário – Nº \_\_\_\_\_

O quanto a sua cidade é amigável ao idoso?

Entrevistador:

Data:

Local:

## **BLOCO A** – Perfil do idoso

1. Qual seu estado civil?

[1] Solteiro(a)

[2] Casado/(a) União estável

[3] Separado(a)

[4] Divorciado(a)

[5] Viúvo (a)

2. **Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. **Idade:** \_\_\_\_\_

4. **Sexo:** [1](M) [2](F)

5. **Cor:**

[1] Branca

[2] Preta

[3] Amarela

[4] Parda

[5] Indígena

[6] Não sabe/Não respondeu

6. **Escolaridade:**

[1] Analfabeto

[2] Alfabetizado fora da escola

[3] Ensino Fundamental Incompleto

[4] Ensino Fundamental Completo

[5] Ensino Médio Incompleto

[6] Ensino Médio Completo

[7] Superior Incompleto

[8] Superior Completo

[9] Pós-Graduação (especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado)

[10] Não sabe/Não respondeu

**7. Número de filhos:** \_\_\_\_\_

8. Qual é a sua religião?

[1] Católica (romana, ortodoxa e brasileira)

[2] Evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, congregação cristã do Brasil, pentecostal, adventista, testemunha de Jeová, outras)

[3] Espírita (kardecista)

[4] Judaica (israelita)

[5] Afro-Brasileira (umbanda, candomblé)

[6] Outra (budista, xintoísta, maometana, esotérica, etc.)

[7] Nenhuma

[8] Não sabe/ Não respondeu

## **BLOCO B** – Moradia

1. A sua moradia é:

- [1] Própria
- [2] Alugada
- [3] Cedida
- [4] Ocupação irregular
- [5] Outra
- [6] Não sabe/ Não respondeu

2. Quantas pessoas moram nesta moradia?

\_\_\_\_\_

3. Mora em?

- [1] Casa
- [2] Apartamento
- [3] Quarto/Cômodo
- [4] Barraco
- [5] Outro. Especifique \_\_\_\_\_

4. Com quem vive? (Marque a(s) afirmativa(s) – pode ser mais que uma)

- [1] Cônjuge
- [2] Filho(s)
- [3] Sozinho
- [4] Neto(s)
- [5] Parente(s)
- [6] Amigo(s)
- [7] Vizinho(s)

[8] Cuidador(es)

[9] Outros \_\_\_\_\_

[10] Não sabe/ Não respondeu

5. Qual tipo de instalação sanitária tem sua moradia?

[1] Banheiro com vaso sanitário e chuveiro

[2] Banheiro com vaso sanitário, sem chuveiro

[3] Casinha

[4] Urinol

[5] Não sabe/ Não respondeu

6. Em que local da moradia dorme:

[1] Quarto

[2] Sala

[3] Cozinha

[4] Outro

[5] Não sabe/ Não respondeu

7. Sua moradia tem alguma limitação que dificulte a sua mobilidade?

[1] Sim. Quais? \_\_\_\_\_

[2] Não

# **BLOCO C** – Participação cívica e emprego

1. Qual a sua situação atual? (ocupacional)
  - [1] Aposentado ou pensionista
  - [2] Empregador
  - [3] Autônomo
  - [4] Empregado **com** carteira de trabalho assinada
  - [5] Empregado **sem** carteira de trabalho assinada (informal)
  - [6] Desempregado
  - [7] Funcionário público
  - [8] Dona de Casa
  - [9] Outra. Qual? \_\_\_\_\_
  - [10] Não sabe/ Não respondeu
  
2. Qual sua principal fonte de renda? (Marque a(s) afirmativa(s) – pode ser mais que uma)
  - [1] Não possui renda regular
  - [2] Remuneração pelo trabalho atual (Salário regular)
  - [3] Aposentadoria
  - [4] Pensão
  - [5] Ajuda de familiares
  - [6] Aluguel
  - [7] Aplicações bancárias
  - [8] Outro. Especifique \_\_\_\_\_
  - [9] Não sabe/ Não respondeu

3. Qual foi sua última renda mensal? (R\$)

- [1] Até 1 salário-mínimo
- [2] 1 salário a 2 salários-mínimos
- [3] 2 salários a 3 salários-mínimos
- [4] 3 salários a 4 salários-mínimos
- [5] 4 salários a 5 salários-mínimos
- [6] 5 salários a 6 salários-mínimos
- [7] 6 salários a 7 salários-mínimos
- [8] 7 salários a 8 salários-mínimos
- [9] 8 salários a 9 salários-mínimos
- [10] 9 salários-mínimos ou mais
- [11] Não tem renda própria
- [12] Não sabe/ Não respondeu

4. Quantas pessoas vivem dessa renda?

- [1] 1 pessoa (idoso só)
- [2] 2 pessoas
- [3] 3 pessoas
- [4] 4 pessoas
- [5] 5 pessoas
- [6] 6 pessoas
- [7] 7 ou mais
- [8] Não sabe/ Não respondeu

5. Qual a renda mensal de sua família? (R\$)

- [1] Até 1 salário-mínimo
- [2] 1 salário a 2 salários-mínimos
- [3] 2 salários a 3 salários-mínimos
- [4] 3 salários a 4 salários-mínimos



- [5] 4 salários a 5 salários-mínimos
- [6] 5 salários a 6 salários-mínimos
- [7] 6 salários a 7 salários-mínimos
- [8] 7 salários a 8 salários-mínimos
- [9] 8 salários a 9 salários-mínimos
- [10] 9 salários-mínimos ou mais
- [11] Não tem renda própria
- [12] Não sabe/ Não respondeu

6. Você contribui para a Previdência Social?

- [1] Contribuo atualmente
- [2] Não contribuo atualmente
- [3] Nunca contribuiu
- [4] Aposentado
- [5] Não sabe/ Não respondeu

7. Você recebe algum benefício previdenciário?

- [1] Auxílio-doença
- [2] Aposentadoria por tempo de serviço
- [3] Aposentadoria por invalidez
- [4] Pensão por morte
- [5] Não recebe
- [6] Não sabe/ Não respondeu

## **BLOCO D – Participação social**

1. Participa de grupos/associações na sua comunidade?  
De qual/quais?

[1] Grupo religioso

---

[2] Grupo da Terceira Idade (convivência)

---

[3] Reunião com amigos

---

[4] Grupo de esportes

---

[5] Associação comunitária (clube de mães, associação de moradores)

---

[6] Partido político

---

[7] Grupo cultural (coral, dança, artesanato)

---

[8] Outro(s). Qual/quais?

---

[9] Não participa/

[10] Não sabe/não respondeu

2. Participa de algum trabalho voluntário?

[1] Sim. Onde?

---

[2]Religião

[3] Educação

[4] Saúde

[5] Recreação

[6] Turismo

[7] Organizações Não Governamentais

[8] Outros. Quais? \_\_\_\_\_

---

[9] Não

3. Quais os principais eventos de que você participa (múltipla escolha)?

[1] Eventos comunitários promovidos pelo bairro/distrito/vila

[2] Eventos oficiais da GramadoTur

[3] Familiares

[4] Culturais

[5] Religiosos

[6] Outros. Quais \_\_\_\_\_

[7] Não participa

[8] Não sabe/não respondeu

# **BLOCO E – Apoio comunitário e serviços de saúde**

1. Como você classifica sua saúde?

[1] Ótima

[2] Boa

[3] Regular

[4] Péssima

[5] Não sabe/ Não respondeu

2. Em quais serviços de saúde você busca atendimento quando necessita? (Pode ser assinalada mais de uma opção)

[1] Unidade Básica de Saúde/SUS

[2] Plantão hospitalar 24 horas/SUS

[3] Hospital

[4] Plano privado de saúde

[5] Outro. Qual? \_\_\_\_\_

[6] Não se aplica

[7] Não sabe/ Não respondeu

3. Tem convênio de saúde (Plano de saúde)?

[1] Sim. Qual? \_\_\_\_\_

[2] Não

[3] Não sabe/ Não respondeu

4. Foi hospitalizado(a) nos últimos 12 meses?

[1] Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_

[2] Não

[3] Não sabe/Não respondeu

5. Faz uso de medicação contínua?

[1] Sim. Para que doenças? \_\_\_\_\_

---

[2] Não

[3] Não sabe/Não respondeu

## **BLOCO F** – Vida diária/ autonomia

1. No seu dia a dia encontra alguma dificuldade em realizar atividades da sua vida diária (tomar banho, fazer a própria alimentação, tomar medicação) devido a algum problema de saúde?

[1] Sim. Quais?

---

[2] Não

2. No seu dia a dia encontra alguma dificuldade em realizar atividades da sua vida diária (realizar compras, ir ao banco e outras) devido a algum problema de saúde?

[1] Sim. Quais?

---

[2] Não

3. Consegue ir a consultas médicas sozinho(a)?

[1] Sim

[2] Não

[3] Não se aplica

[4] Não sabe/Não respondeu

## **BLOCO 9** – Transporte

1. Utiliza transporte público?
  - [1] Frequentemente
  - [2] Às vezes
  - [3] Raramente
  - [4] Nunca
  - [5] Não sabe/ Não respondeu
  
2. 35. Dispõe de passe livre municipal?
  - [1] Sim
  - [2] Não necessito
  - [3] Desconheço esse direito
  - [4] Em processo de solicitação
  - [5] Não sabe/ Não respondeu

## **BLOCO H** – Respeito e inclusão social

1. Sente algum preconceito por ser idoso(a)?

[1] Sim. Qual? \_\_\_\_\_

---

[2] Não

[3] Não sabe/Não respondeu

2. De quais atividades comunitárias você participa na sua cidade?

Quais?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# **BLOCO I** – Espaços abertos e prédios

1. Frequenta algum parque/prança (espaço aberto)?

[1] Frequentemente

[2] Às vezes

[3] Raramente

[4] Nunca

[5] Não sabe/ Não respondeu

2. Você se sente seguro em passear pela cidade? (Pode ser assinalada mais de uma opção)

[1] Me sinto seguro.

[2] Não me sinto seguro devido à falta de segurança pública

[3] Não me sinto seguro devido à iluminação pública insuficiente

[4] Não me sinto seguro devido à falta de calçadas acessíveis

[5] Não me sinto seguro devido à falta de sinaleiras de pedestres

[6] Não me sinto seguro devido a cruzamentos perigosos

[7] Outro motivo. Qual?

---

---

# **BLOCO j** – Comunicação e informação

1. Qual o principal meio de comunicação que você utiliza?

[1] Jornal

[2] TV

[3] Rádio

[4] Redes sociais

[5] Internet

[6] Não sabe/ Não respondeu

2. Qual meio você utiliza para se comunicar com outras pessoas? (Pode ser assinalada mais de uma opção)

[1] Telefone fixo

[2] Celular sem acesso à internet

[3] Smartphones

[4] Telefone público

[5] Não me comunico

[6] Outros \_\_\_\_\_

[7] Não sabe/ Não respondeu

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACM	Associação Cristã de Moços
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Anatel	Agência Nacional de Telecomunicações
Apae	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Corsan	Companhia Riograndense de Saneamento
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRHO	Centro Regional de Hematologia e Oncologia
CP	Exame preventivo do câncer do colo uterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBEU-M	Índice de Bem-Estar Urbano Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica
Idese	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IES	Índice de Exclusão Social
ILC	<i>International Longevity Centers</i> (Centro Internacional de Longevidade)
ILPI	Instituição de Longa Permanência de Idosos
IMC	Índice de Massa Corporal
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IR	Imposto de Renda
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LA	Liberdade Assistida
Loas	Lei Orgânica da Assistência Social
MTur	Ministério do Turismo
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PBF	Programa Bolsa-Família
PcD	Pessoa com Deficiência
PDDI	Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado
PEA	Política do Envelhecimento Ativo
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PNI	Política Nacional do Idoso
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
RAC	Rede de Apoio ao Cidadão
RAPS	Rede Municipal de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção em Saúde

Remume	Relação Municipal de Medicamentos
RGE	Rio Grande Energia
RN	Recém-nascido
RS	Rio Grande do Sul
SAJU	Serviço de Assistência Judiciária Gratuita
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
Sesc	Serviço Social do Comércio
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SM	Salário-Mínimo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SPEAC	Secretaria Municipal da Cidadania e Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Teste Rápido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCS	Universidade de Caxias do Sul
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VE	Vigilância Epidemiológica
Vigiágua	Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo



A Universidade de Caxias do Sul é uma Instituição Comunitária de Educação Superior (ICES), com atuação direta na região nordeste do estado do Rio Grande do Sul. Tem como mantenedora a Fundação Universidade de Caxias do Sul, entidade jurídica de Direito Privado. É afiliada ao Consórcio das Universidades Comunitárias Gaúchas - COMUNG; à Associação Brasileira das Universidades Comunitárias - ABRUC; ao Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras - CRUB; e ao Fórum das Instituições de Ensino Superior Gaúchas.

Criada em 1967, a UCS é a mais antiga Instituição de Ensino Superior da região e foi construída pelo esforço coletivo da comunidade.

## *Uma história de tradição*

Em meio século de atividades, a UCS marcou a vida de mais de 120 mil pessoas, que contribuem com o seu conhecimento para o progresso da região e do país.

## *A universidade de hoje*

A atuação da Universidade na atualidade também pode ser traduzida em números que ratificam uma trajetória comprometida com o desenvolvimento social.

Localizada na região nordeste do Rio Grande do Sul, a Universidade de Caxias do Sul faz parte da vida de uma região com mais de 1,2 milhão de pessoas.

Com ênfase no ensino de graduação e pós-graduação, a UCS responde pela formação de milhares de profissionais, que têm a possibilidade de aperfeiçoar sua formação nos programas de Pós-Graduação, Especializações, MBAs, Mestrados e Doutorados. Comprometida com excelência acadêmica, a UCS é uma instituição sintonizada com o seu tempo e projetada para além dele.

Como agente de promoção do desenvolvimento a UCS procura fomentar a cultura da inovação científica e tecnológica e do empreendedorismo, articulando as ações entre a academia e a sociedade.

## *A Editora da Universidade de Caxias do Sul*

O papel da EDUCS, por tratar-se de uma editora acadêmica, é o compromisso com a produção e a difusão do conhecimento oriundo da pesquisa, do ensino e da extensão. Nos mais de 1.500 títulos publicados é possível verificar a qualidade do conhecimento produzido e sua relevância para o desenvolvimento regional.



Conheça as possibilidades de formação e aperfeiçoamento vinculadas às áreas de conhecimento desta publicação acessando o QR Code:

