



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CERRO LARGO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E
POLÍTICAS PÚBLICAS**

ANA CARLA FRANÇA RIBAS ZANINI

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE À PESSOA IDOSA E SUA
APLICABILIDADE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA/RS:
MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS**

**CERRO LARGO
2018**

ANA CARLA FRANÇA RIBAS ZANINI

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE À PESSOA IDOSA E SUA
APLICABILIDADE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA/RS:
MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Vidal Nogueira.

**CERRO LARGO
2018**

PROGRAD/DBIB - Divisão de Bibliotecas

Zanini, Ana Carla França Ribas
AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE À PESSOA IDOSA E SUA
APLICABILIDADE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA/RS:
MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS/ Ana Carla França Ribas
Zanini. -- 2018.
88 f.

Orientador: Dra Sandra Vidal Nogueira.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas -
PPGDPP, Cerro Largo, RS, 2018.

1. Idosos. 2. Políticas Públicas. 3. Atenção Básica.
I. Nogueira, Dra Sandra Vidal, orient. II. Universidade
Federal da Fronteira Sul. III. Título.

ANA CARLA FRANÇA RIBAS ZANINI

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE À PESSOA IDOSA E SUA
APLICABILIDADE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA/RS:
MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Vidal Nogueira

Esta dissertação foi defendida e aprovada pela banca em:

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Sandra Vidal Nogueira - UFFS



Profa. Dra. Serli Genz Böeltes - UFFS



Prof. Dr. Rodrigo Della Mera Pientz - UFCSPA

Aos meus pais, Aparício e Neni, pelo exemplo irrepreensível de fé e de vida com propósito. A presença espiritual de ambos foi a coragem para eu buscar o Mestrado, que era igualmente um sonho de vocês para minha carreira profissional.

Ao Sr. Roberval Moraes Gomes, “Seu Rubens”, um paciente que tornou-se meu amigo. A cada encontro, uma lição sobre a importância do cuidado e o quão feliz é viver a plenitude da velhice.

AGRADECIMENTOS

Na caminhada de nossa vida, encontramos pessoas que sempre torceram, apoiaram, choraram e vibraram com nossas conquistas. Nesta nova conquista, algumas pessoas foram cruciais para que esse sonho se tornasse real, pois exigiu de nós esforço, perseverança e coragem para enfrentar as dificuldades e superar desgastes físicos e emocionais que só a família e os verdadeiros amigos podem nos fazer lembrar que temos de seguir adiante. Portanto, esta conquista merece ser compartilhada, pois é fruto de relações construídas ou fortalecidas durante esta trajetória. Nesse sentido, agradeço profundamente:

A Deus, amor maior, meu companheiro das madrugadas, que sempre supriu minhas necessidades, renovou minhas forças e nos dias mais cinzentos, mostrou-me que não me abandonaria.

Aos meus pais, Aparício e Neni, por todas as vezes que me falaram: “Estudo ninguém te tira” e foi com essa certeza que eu segui atrás deste sonho, o mestrado. Seres de luz que me protegem, sei que seus corações estão em festa.

Aos meus filhos Ana Luiza, Mariana e Pedro Henrique, o trio que me move. A vocês, obrigada por compreenderem a minha ausência, a falta de paciência e a irritabilidade. Obrigada por me permitirem viver esta experiência de tentar ser exemplo a vocês.

Ao meu esposo David, pelo companheirismo e paciência que sempre demonstrou, mesmo nos momentos mais angustiantes e desesperadores deste processo. Obrigada pelo incentivo, acreditando comigo no meu sonho.

À minha estimada orientadora, professora doutora Sandra Vidal Nogueira, pela solicitude, apoio, amizade e qualidade inquestionável de orientações. Não tenho palavras para agradecer a confiança e o incentivo, mesmo tendo de lidar com minhas inquietudes, angústias, medos e inseguranças. Durante este percurso, mostrou ser uma pessoa que busca a excelência em tudo. Perdoe-me por talvez não a ter surpreendido. Levo comigo, para a vida, essa amizade trazida pelo Seminário.

À amiga Sissa, que aqui representa os meus verdadeiros e fiéis amigos. Vocês foram escuta, refúgio, calma, segurança, entusiasmo e alegria em muitos momentos desta caminhada.

Aos idosos, sobretudo àqueles que foram ou são meus pacientes e que

me oportunizam, na Fisioterapia, vivências indescritíveis. Aprendo, a cada momento, que estar com eles é mais do que uma troca; é sim um aprendizado para a vida.

RESUMO

Esta Pesquisa surgiu da necessidade de superarmos, enquanto Fisioterapeuta atuante na Secretaria Municipal de Saúde de São Luiz Gonzaga e Conselheira Municipal dos Direitos dos Idosos, ao quase silenciamento dos gestores públicos nas discussões sobre as necessidades da população idosa e a falta de integração desse grupo etário nas redes de atenção básica. Para tanto, o método de pesquisa adotado é a pesquisa qualitativa exploratória, baseada na abordagem multirreferencial e de natureza propositiva, utilizando como técnica de coleta de dados as ferramentas de análise documental e bibliográfica. Em termos estruturais, o presente trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo trata da cidadania no envelhecimento, superando o enfoque assistencialista, a fim de dimensionar a problemática e as suas consequências sociais e culturais. O segundo capítulo aborda os marcos legais e regulatórios sobre a Saúde da Pessoa Idosa no Brasil, referenciando a trajetória histórica, a fim de compreender a situação do idoso, seus direitos e sua dignidade. No terceiro capítulo é analisada, especificamente, a aplicabilidade da Política de Saúde da Pessoa Idosa no município de São Luiz Gonzaga, a partir do mapeamento da situação do envelhecimento populacional desse município, bem como verificando os limites e as possibilidades das equipes multidisciplinares que compõem a Atenção Básica.

Palavras- chave: idosos, políticas públicas, atenção básica.

ABSTRACT

This study was developed from the need of we overcome, as a physiotherapist in the Secretary of Municipal Health from São Luiz Gonzaga and as a Municipal Counselor of Elderly Rights, the poor performance of public managers to the needs of old-aged people as well as to the lack of integration of this group of old-aged people in the basic attention services. The research method is classified as qualitative exploratory one, based on multireferencial approach and on the purposeful character, performing documentary and bibliographic analysis. Structurally, the present study is organizing in three chapters. The first chapter is related to the citizenship in aging, overcoming the assistentialist approach in order to scale the problem and its social and cultural consequences. The second chapter is related to the legal and regulatory aspects about the health of old-aged people in Brazil, presenting the historical trajectory in order to understand the conditions, rights and the dignity aspects of old-aged people. The third chapter specifically analyses the applicability of politics about health of old-aged people in São Luiz Gonzaga from a mapping process of aging situation in the population from this municipality, as well as verifying the limits and possibilities in the multidisciplinary teams that compound the municipal basic attention.

Key-words: public politics, elderly, basic attention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Crescimento da população nas microrregiões do Rio Grande do Sul de 2000 para 2010.....	45
Figura 2 – Pirâmide Etária do Rio Grande do Sul – 2010.....	47
Figura 3 – Proporção da população idosa total.....	61
Figura 4 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e Caribe

COREDE- Conselho Regional de Desenvolvimento

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

FEE – Fundação de Economia e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul

ILP – Instituição de Longa Permanência

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PPIRS – Pesquisa Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul

PNAB – Programa Nacional de Atenção Básica

PNI – Política Nacional do Idoso

PUC – Pontifícia Universidade Católica

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 A CIDADANIA NO ENVELHECIMENTO, SUPERANDO O ENFOQUE ASSISTENCIALISTA	17
2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO.....	21
2.2 A VISIBILIDADE SOCIAL DO CONCEITO DE ENVELHECER, UM OBJETO DE AÇÃO PÚBLICA.....	26
3 MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS SOBRE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO BRASIL	34
3.1 PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA E GAÚCHA.....	40
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E SETORIAIS PARA OS IDOSOS NO BRASIL.....	49
4 APLICABILIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA/RS	56
4.1 MAPEAMENTO DA SITUAÇÃO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO MUNICÍPIO	57
4.2 ATENÇÃO BÁSICA, LIMITES E POSSIBILIDADES DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES	63
4.3 ELEMENTOS NORTEADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA NOVA MATRIZ DE REFERÊNCIA.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	84

1 INTRODUÇÃO

Escrever sobre o envelhecimento é sempre um desafio. Levando em consideração o fato de que todos vivenciam o processo de envelhecimento, então não há como sermos indiferentes. Sentimos, durante a nossa vida, uma ligação especial com “os mais velhos”.

O envelhecimento populacional é atualmente um fenômeno mundial, e olhar esta questão impõe-se com uma urgência histórica, haja vista que esse grupo etário encontra-se em significativo crescimento. O Brasil, nas próximas décadas, será um país de idosos. Entretanto, a ausência da efetividade das políticas públicas focadas no idoso demonstra a existência de uma cultura de desprezo e preconceito contra eles, não havendo uma formação cultural, numa ótica luminar, para a compreensão do envelhecimento como um acontecimento natural da vida. Ao dizer que o Brasil está envelhecendo, estamos reverberando uma mudança significativa no panorama nacional e na necessidade eminente da implementação de políticas públicas que atendam às pessoas idosas. Essa mudança é um fato inconteste, como fica evidente na assertiva de Camarano *et al.* (2004):

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Isto significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. No caso brasileiro, pode ser exemplificado por um aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional de 4% em 1940 para 8% em 1996. Além disso, a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo.

Assim, torna-se imprescindível uma análise da atual situação das políticas públicas municipais direcionadas aos idosos, a fim de ser vencida essa séria crise de paradigma pela qual passa a nossa sociedade, incluindo os gestores públicos, que ainda não compreenderam as transformações do mundo, resultando numa incapacidade em lidar com a realidade social da população envelhecida.

De acordo com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), o mundo está no centro de uma transição única e irreversível do processo demográfico, e que irá resultar em populações cada vez mais velhas em todos os lugares. Estudo publicado em 2015 sobre idosos em países latino-americanos, apresentado pela CEPAL, evidenciou a presença dessa transição demográfica em

curso, com diminuição das taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida, provocando um processo de envelhecimento que aumenta as pressões políticas e financeiras aos sistemas de proteção social da região.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas, 73,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais vivem na América Latina e no Caribe, o que representa 11,5% da população. A previsão é de que, em 2050, esse número suba para 200 milhões, representando 26% da população local¹. Tal realidade sustenta a premissa de que as instituições públicas devem responder às demandas e necessidades dos idosos, representando o centro das preocupações no conjunto de iniciativas internacionais relacionadas com a velhice.

Esses dados demonstram que a explosão demográfica ratifica a presença marcante de um número expressivo de idosos nas diversas sociedades, representando, assim, uma das grandes conquistas e um dos maiores desafios da humanidade: o envelhecimento. Tal fenômeno tornou-se um enorme desafio aos gestores públicos, exigindo deles outra postura profissional, a fim de encontrar novos parâmetros sociais, econômicos e culturais que embasem esses acontecimentos e, dessa forma, possam encontrar ferramentas a mais, para enfrentar os problemas decorrentes do envelhecimento de uma maneira mais adequada, e incorporando as demandas dos diversos atores sociais.

É notório afirmar, também, que a ciência tem sido copartícipe do processo demográfico conhecido como envelhecimento populacional, experimentado por países desenvolvidos e em desenvolvimento, inclusive o Brasil. Expresso por um aumento crescente no número de idosos na população, tal processo representa para as sociedades humanas a emergência de novas demandas e, dentre elas, reside a necessidade de implementação de políticas públicas municipais de saúde e atenção ao idoso, com base em seus principais elementos norteadores, tema do presente trabalho. Atender a essas demandas é papel da ciência contemporânea. Para isso, são necessárias novas pesquisas em campos de saberes interdisciplinares, com movimentos de revista e revisão nas bases conceituais existentes, como forma de entender melhor o universo da atenção à saúde e qualidade de vida do idoso, bem

¹ Dados abordados e analisados pela ONU, que embasam a implementação da Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/cepal-apresenta-estudo-sobre-idosos-em-paises-latino-americanos/>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

como a prevenção de morbidades geriátricas nas camadas mais jovens da população.

Implementar uma política de saúde da pessoa idosa em nível municipal é vital, a fim de organizar o Sistema Único de Saúde, em termos da garantia de sua efetividade e equidade. Do ponto de vista das pessoas idosas, esse é o segmento que, proporcionalmente, mais utiliza o referido Sistema. Informações da Pesquisa Nacional de Saúde, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam que um percentual maior de 70% da população idosa brasileira conta somente com o SUS para ter suas necessidades de saúde atendidas.

Esta Pesquisa surgiu da necessidade de superarmos, enquanto Fisioterapeuta atuante na Secretaria Municipal de Saúde de São Luiz Gonzaga e Conselheira Municipal dos Direitos dos Idosos, ao quase silenciamento dos gestores públicos nas discussões sobre as necessidades da população idosa e a falta de integração desse grupo etário nas redes de atenção básica.

O método de pesquisa adotado é a pesquisa qualitativa exploratória, baseada na abordagem multirreferencial e de natureza propositiva, utilizando como técnica de coleta de dados as ferramentas de análise documental e bibliográfica.

Nosso plano metodológico, a análise documental apresenta também algumas vantagens significativas. Como enfatizou Kelly (apud GAUTHIER, 1984: 296-297) trata-se de um método de coleta de dados que elimina, ao menos em parte, eventualidade de qualquer influência – a ser exercida pela presença ou intervenção do pesquisador – do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados, anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida.

A análise dos dados se dá a partir da técnica de análise de conteúdo, que consiste num conjunto de ferramentas de análise das comunicações, que se utilizam de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos através de três passos: a pré-análise, exploração, e tratamento dos resultados por meio de inferência e interpretação conforme ensinamento de Laurence Bardin². Ainda, nas palavras de Uwe Flick:

Analisar um documento é, muitas vezes, um modo de utilizar métodos não intrusivos e dados produzidos com finalidades práticas no campo em estudo. Isso pode abrir uma perspectiva nova e não filtrada sobre o campo

² BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006. p.95.

e seus processos. Por isso, os documentos muitas vezes permitem que se vá além das perspectivas dos membros no campo.

Desse ponto de vista, ao ter como finalidade precípua a constituição de elementos essenciais na elaboração de uma nova matriz de implementação de POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA, referenciada pelo caso do Município de São Luiz Gonzaga/RS, mostra-se adequada a opção feita pela proposição do pesquisador francês Jacques Ardoino, da Universidade de Paris VIII (ARDOINO, 1998)³.

O que está posto como centralidade desta proposta de investigação, em termos metodológicos, é a própria maneira de conceber o objeto de estudo, numa lógica oposta aos trabalhos pautados, exclusivamente, pelo pensamento racionalista e cartesiano, assim como a epistemologia positivista (MACHADO e BARBOSA, 2012).

A concepção multirreferencial e propositiva, por sua vez, criada pelo pesquisador francês Jacques Ardoino⁴, da Universidade de Paris VIII, já consolidada na comunidade científica internacional e ganha adesão expressiva na vanguarda do mundo acadêmico brasileiro, desde então. Busca-se um método capaz de dar conta da análise descritiva do objeto, a partir de uma ruptura com os modelos vinculados a certa ortodoxia epistêmica e metodológica, utilizando um enfoque que seja ao mesmo tempo plural, multirreferencial e propositivo. “É mais que uma posição metodológica, trata-se de uma decisão epistemológica” (ARDOINO; BARBIER; GIUST-DESPRAIRIES, 1998, p. 54). Ou seja, “Determina-se, obviamente, como um paradigma de inteligibilidade específico ao campo em referência para análise, o que ficou conhecido posteriormente como análise institucional multirreferencial, ou plural” (ARDOINO, 1998, p. 41).

Tudo acontece um pouco como se os objetos de pesquisa, no campo das ciências do homem e da sociedade, devessem ser representados como mais ou menos mestiços. Tal complexidade, mais ou menos “holística”, global, isto é, fugindo definitivamente da intenção de decomposição (análise) e de redução em elementos cada vez mais simples. [...] um tipo de olhar que finalmente tenta mais entender do que explicar, que tem por

³ Em seus trabalhos elaborados, Ardoino desenvolveu o que foi denominado de modelo da inteligibilidade das organizações de sínteses, o que levou-o à aproximação com outras correntes, na perspectiva de entender o complexo (MACHADO e BARBOSA, 2012).

⁴ ARDOINO, Jacques. Abordagem multirreferencial (plural) das situações educativa e formativa. In: BARBOSA, J. A. (Org.). **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos: Editora da UFSCar, 1988.

objeto uma realidade suposta explicitamente heterogênea. A complexidade não deve, portanto, ser concebida como uma característica ou uma propriedade que certos objetos possuiriam por natureza e outros não, mas [...] uma hipótese que o pesquisador elabora a respeito do objeto (ARDOINO, 1998, p.36)⁵.

Dessa forma, ao lançar mão de um olhar plural, multirreferencial e propositivo, objetiva-se assumir uma postura mais qualificada, a partir de uma decisão epistemológica, construindo uma alternativa de construção investigativa, que vai exatamente à contramão daquilo que é proposto pelo modelo de se fazer ciência. O que está posto como centralidade desta proposta de investigação, em termos de método é, pois, a própria maneira de conceber o objeto de estudo, numa lógica oposta aos trabalhos pautados, exclusivamente, pelo pensamento racionalista e cartesiano, assim como a epistemologia positivista (MACHADO e BARBOSA, 2012)⁶.

Quanto ao direcionamento do universo de análise, alguns autores fazem distinções. Uns entendem que o objetivo da análise é compreender as relações entre as variáveis do estudo, propondo explicações para os fenômenos, ao passo que a interpretação atribui um significado mais amplo às respostas, estabelecendo conexões com outros conhecimentos. Porém, outros autores compreendem que estão imbricadas uma na outra, fazendo parte do mesmo movimento, ou seja, o de olhar com atenção e cuidado para os dados da pesquisa (MINAYO, 2003)⁷. É esta última concepção que norteará este projeto de pesquisa

Enquanto procedimentos técnicos de coleta de dados foram usadas ferramentas de análise documental e bibliográfica, a partir das seguintes bases de consulta: publicações de livros, periódicos, dissertações e teses já existentes sobre o direito à saúde da pessoa idosa, seja em meio físico ou eletrônico, tendo como delimitação geopolítica o Município de São Luiz Gonzaga, RS.

Em continuidade será feita uma análise da Legislação Municipal de São Luiz Gonzaga; do Planejamento Estratégico Municipal, elaborado em março de 2016, dos dados demográficos do município disponibilizados via Instituto Brasileiro de

⁵ ARDOINO, *op. cit.*

⁶ MACHADO, Roberto Sidnei; BARBOSA, Joaquim G. **Jacques Ardoino e a Educação**. Autêntica, 2012.

⁷ MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

Geografia e Estatística (IBGE); do Perfil Sócio Econômico apresentado pela Fundação de Economia e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul (FEE); e análise das informações e indicadores de Saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através da rede DATASUS e pelo banco de dados da Fundação Oswaldo Cruz.

Nesse quadrante, o estudo contempla o tema das Políticas Públicas de Saúde à Pessoa Idosa e sua aplicabilidade no âmbito municipal, com o propósito de fornecer ferramentas, identificando as necessidades numa nova matriz de referência para a implementação dessa Política Pública, considerando os marcos legais e regulatórios vigentes.

Dentro desse espectro social, a presente pesquisa buscou também subsidiar equipes de gestores municipais das Secretarias de Saúde, que terão uma oportunidade para ratificar o papel decisivo que exercem nos processos de tomada de decisões. Possibilitará, ainda, aprimorar formas de gestão, diante da apresentação de novas estratégias de atenção à pessoa idosa, observando as especificidades de cada município, contemplando as demandas individuais e coletivas dessa população.

A montagem de uma nova matriz visa atender um coletivo, aqui representado pelos gestores municipais, bem como os profissionais que atuam na Atenção Básica, de forma a possibilitar o aprimoramento das formas de gestão, diante da apresentação de novas estratégias e programas, com resultados eficientes e práticos de atenção à pessoa idosa, a partir de ações coletivas, abrangentes e articuladas, além de projetos bem elaborados que condizem com a realidade local dos idosos, observando as especificidades de cada município, contemplando demandas individuais e coletivas, através de cursos de formação e criação de agendas de debates.

Em termos estruturais, o presente trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo trata da cidadania no envelhecimento, superando o enfoque assistencialista, a fim de dimensionar a problemática e as suas consequências sociais e culturais. O segundo capítulo aborda os marcos legais e regulatórios sobre a Saúde da Pessoa Idosa no Brasil, referenciando a trajetória

histórica, a fim de compreender a situação do idoso, seus direitos e sua dignidade. Encerrando este trabalho, no terceiro capítulo é analisada, especificamente, a aplicabilidade da Política de Saúde da Pessoa Idosa no município de São Luiz Gonzaga, a partir do mapeamento da situação do envelhecimento populacional deste município, bem como verificando os limites e as possibilidades das equipes multidisciplinares que compõem a Atenção Básica, elencando os elementos norteadores necessários para a implementação de uma nova matriz de referência no que tange à Política de Saúde da Pessoa Idosa.

Por óbvio, a presente Pesquisa não esgota a matéria e nem há pretensão para tal objetivo, mas é um estudo investigativo que pretende, ao menos, demonstrar a grave problemática da invisibilidade do idoso, buscando trazer subsídios para uma efetiva construção da cidadania pela atenção integral a esse grupo populacional e, sobretudo, pelo empoderamento de pessoas e coletivos em relação aos direitos pertinentes aos idosos.

2 A CIDADANIA NO ENVELHECIMENTO, SUPERANDO O ENFOQUE ASSISTENCIALISTA

“Cidadania fundamental viceja neste lado, aquela que sabe tomar consciência das injustiças, descobre os direitos, vislumbra estratégias de reação e tenta mudar o rumo da história.” (Pedro Demo)

O envelhecimento populacional, apesar de ser amplamente reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX, é reconhecido também porque traz grandes desafios para as políticas públicas. Um dos mais importantes desafios é o de assegurar que o processo de desenvolvimento econômico e social ocorra de forma contínua, com base em princípios capazes de garantir tanto um patamar econômico mínimo para a manutenção da dignidade humana, quanto a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.

No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, a questão do envelhecimento populacional soma-se a uma ampla lista de questões sociais não resolvidas, tais como a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população, e aos elevados níveis de desigualdades vigentes.

É preciso discutir o envelhecimento humano, sob todos os aspectos, pressupondo os desafios que esse processo coloca na agenda das políticas públicas brasileiras. Tal processo precisa ser visto como algo constatado, natural, previsível e estrutural, devendo ser tratado com intervenções sociais, econômicas e ambientais.

Foi a partir da Constituição Federal de 1988, marco essencial na trajetória das políticas públicas de atenção ao idoso, após a introdução de conceitos tais como Seguridade Social, que a rede de proteção social alterou seu enfoque estritamente assistencialista para uma conotação ampliada de cidadania.

A partir da discussão e reflexão sobre o envelhecer, aborda-se um novo pensamento, que significa também transformar o processo do envelhecimento em objeto do saber científico, compreendendo este não apenas pela sua visibilidade de aumento demográfico, mas também, e principalmente, pelos olhares que revelam a

atuação perante a construção social. Assim, a necessidade de mudança de paradigmas na proteção do idoso é nítida e pontual.

O filósofo Frank Schirrmacher (2005) destaca o envelhecimento como um fenômeno mundial, enfatizando que a humanidade está prestes a vivenciar uma revolução econômica, política e cultural, motivada por uma modificação demográfica radical, justamente em face do envelhecimento rápido da população. E, diante disso, o autor observa também que não estamos preparados para essa realidade, pois nossa sociedade foi construída com base na expectativa de vida do século XIX, em que apenas 3% das pessoas ultrapassavam a barreira dos 65 anos.

Diante desse contexto, cabe trazeremos à discussão, as proposições de Rosa⁸ (2004):

O estereótipo do idoso decrépito, doente e senil, cedeu lugar a outro estereótipo, impensável há algumas décadas, representado pelo idoso ativo, aquele que, ou continua a trabalhar e a ser produtivo mesmo após a aposentadoria, ou viaja e se diverte normalmente, desfrutando da vida. O objetivo passa a ser o chamado “envelhecimento saudável”, o qual pode ser construído com a adoção de um estilo de vida saudável. Esse conceito de velhice bem sucedida é concebido a partir de contextos culturais específicos de certos grupos sociais com certa representação da vida humana e dos limites para intervenção no corpo humano e representa o fim das divisões tradicionais e estanques entre as faixas etárias. O apagamento das idades como marcador importante das experiências vividas representa a transformação da velhice em um mecanismo privilegiado na criação de atores políticos e definição de novos mercados de consumo.

A abordagem da autora acima reverbera a necessidade urgente de uma proposta de mudança de paradigmas, sem repetição de preconceitos, a partir de uma mudança de mentalidade, para que a pessoa idosa seja respeitada e valorizada por toda a sociedade.

A falta de políticas públicas, o isolamento social do idoso, a falta de respeito e a cultura de discriminação demonstram que a sociedade precisa se reorganizar e o Estado atuar de maneira efetiva.

⁸ Graduada em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1996), especialização em Psicogeriatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001), especialização em Terapia Familiar pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1999), especialização em Geriatria e Gerontologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2007), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2003) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2008). Atualmente é Psicóloga da Prefeitura Municipal de Pirai e Revisora de periódico da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (UnATI Impresso). Atuando principalmente nos seguintes temas: desinstitucionalização, saúde mental, dádiva, idoso, serviço residencial terapêutico.

O entendimento acerca da cidadania envolve um processo mais amplo de conquista, com o resgate do respeito ao homem como um sujeito presente na sociedade. É nesse processo que se inserem os direitos sociais, isto é, o acesso à proteção social.

A emergência dos direitos sociais para as pessoas idosas é um processo que adquiriu mais visibilidade nas lutas pela previdência social, na última década do século XX. Cabe ressaltar que a velhice com dignidade não deveria ser uma preocupação apenas dos “mais velhos”, mas uma questão importante a ser considerada e abraçada por todos os grupos etários da sociedade.

A dignidade humana deve ser assegurada em todos os ciclos de vida, até a finitude. Segundo a Constituição Federal, “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Portanto, o idoso possui status de cidadão, tendo todos os seus direitos assegurados, como os de todos os cidadãos brasileiros, sem distinção. Outro pressuposto constitucional que garante a cidadania aos idosos é um dos objetivos fundamentais da República, que é o de promover o bem comum, sem preconceitos ou discriminações de qualquer ordem. Cumprir esse dispositivo é um grande desafio.

É basilar termos claro que o exercício da cidadania é uma questão plural, de preservação da identidade, independente da idade do indivíduo. Preparar o cidadão para o exercício da cidadania não é paternalismo ou protecionismo. Ao contrário, é garantir a manutenção de direitos que não devem ser expropriados de ninguém, independente a qual grupo etário pertença, uma vez que a condição de ser idoso não é sinônimo de incapacidade civil.

No entanto, não podemos negar que a realidade nos aponta para o fato de que a velhice no Brasil representa uma ideia de improdutividade, de perda de papéis sociais, de dependência, doença, incapacidade e abandono, fazendo com que os idosos sejam considerados cidadãos sob uma ótica de segundo plano, ou mais ainda, que a questão dos direitos seja algo sem importância diante do peso de cuidar dessas pessoas. Não raro se constata a expropriação da autonomia do idoso, fato esse causado pela família, mas não somente por ela, sendo algo visível também em muitas ações dos entes públicos, onde a velhice tende a ser vista como um

período em que a socialização não pode acontecer de forma igualitária, gerando com isso a invisibilidade e a silênciade do idoso.

De uma maneira geral, é comum observarmos na velhice situações em que o idoso perde sua autonomia a partir de atitudes de quem o cerca, quando, sob o pretexto de cuidado e proteção, costumam desobrigá-lo das decisões, tirando a sua liberdade de escolha, chegando a decidir o que ele deve comer, vestir, falar, ir e vir. Somado a isso, em situações usuais, a família assume a administração dos bens do idoso, resultando em uma dependência cada vez maior e perda quase total de sua autonomia.

Por tudo isso, torna-se indispensável a mudança de comportamento da sociedade em relação ao envelhecimento, criando diuturnamente condições favoráveis à manutenção do poder de decisão, escolha e deliberação do idoso, preservando sua liberdade, sua autonomia. Somente através do engajamento dos idosos em uma vida ativa e participante nas decisões que os afetam, direta e indiretamente, é que ao exercício da cidadania para os idosos será realmente efetivado, fortalecido e ampliado.

Nesse propósito, resgatar a cidadania é buscar possibilidades para que o envelhecimento possa ser uma conquista consciente e socialmente responsável.

Mudanças ocorridas na estrutura populacional, tais como o crescimento exponencial da população brasileira de 60 anos ou mais, longevidade e queda da fecundidade, estão acarretando uma série de consequências sociais, culturais, econômicas, políticas e epidemiológicas, para as quais o Brasil, o Rio Grande do Sul e a região Missioneira não estão ainda devidamente preparados. Esse salto representa um fator de pressão importante para a inclusão do tema na agenda de prioridades dos governos.

Cabe aos gestores formular políticas públicas para o atendimento das demandas provocadas pelo envelhecimento populacional brasileiro, culminando na expressão máxima que é a cidadania plena.

Nesse contexto, a demanda por estudos acadêmicos e técnicos sobre o fenômeno da longevidade sugere novas abordagens, para orientar e fomentar as políticas públicas nas áreas econômica, social, psicológica e, sobretudo, no campo da Saúde.

2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo universal, que é compreendido por uma redução das atividades funcionais.

A etapa da vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo. (SCHNEIDER, 2008)

Atualmente, os especialistas no estudo do envelhecimento referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo idoso jovem geralmente refere-se às pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas e com vigor. Os idosos velhos são as pessoas entre 75 e 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária. Embora esta categorização seja bastante usual, cada vez mais as pesquisas revelam que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea, vivida como uma experiência individual.

As concepções de velhice são multifacetadas e por vezes contraditórias, decorrentes do resultado de uma construção social e temporal feita por uma sociedade com valores e princípios próprios.

Quanto à idade social, Schneider e Irigaray (2008) dizem que ela “é definida pela obtenção de hábitos e status social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social”.

Um indivíduo pode ser mais velho ou mais jovem dependendo de como ele se comporta dentro de uma classificação esperada para sua idade, em uma sociedade ou cultura particular. A medida da idade social é composta por

performances individuais de papéis sociais e envolve características como tipo de vestimenta, hábitos e linguagem, bem como respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança. Socialmente, pode-se inferir que a pessoa é definida como idosa a partir do momento em que deixa o mercado de trabalho, isto é, quando se aposenta e deixa de ser economicamente ativa. A sociedade atribui aos aposentados o rótulo de improdutivos e inativos.

A visão do envelhecimento como sinônimo de doença e perdas precisa evoluir para a concepção de que esta fase do ciclo vital é um momento propício para novas conquistas e para a continuidade do desenvolvimento e produção social, cognitiva e cultural.

As experiências e os saberes acumulados ao longo da vida precisam ser vistos como ganhos que podem ser otimizados e utilizados em prol do próprio indivíduo e da sociedade. É uma sabedoria ímpar e indispensável. Dentro desta perspectiva, a velhice deveria passar a ser considerada uma fase boa da vida, não rotulada apenas pelas perdas, mas também reconhecida pelos ganhos e pela administração das transformações, cabendo ao idoso potencializar os próprios recursos e atuar na autoconstrução da subjetividade e da identidade.

Qualquer que seja a idade definida dentro de contextos diferentes é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade. Os gestores precisam considerar essas variações ao formular políticas e programas para as populações “mais velhas”. Fazer vigorar políticas sociais abrangentes, baseadas somente na idade cronológica, pode ser discriminatório e contraproducente para o bem-estar dos idosos.

Mesmo reconhecendo que a idade não é o único parâmetro para definir o processo sociodemográfico do envelhecimento, a fim de facilitar a análise dos dados no que tange à transição demográfica, neste trabalho adotamos como critério de classificação do idoso a idade preconizada pelo Estatuto do Idoso, que caracteriza como idosos as pessoas com 60 anos ou mais de idade.

A população brasileira sofreu profundas transformações na sua estrutura

etária, nas últimas três décadas. Essas transformações têm enormes repercussões nos quesitos sociais e econômicos. Sendo assim, torna-se necessário entender a dinâmica demográfica brasileira.

Entre 1940 e 1970, o Brasil viveu um processo de rápido incremento demográfico, em razão do seu alto crescimento vegetativo, ou seja, queda na taxa de mortalidade e elevada taxa de fecundidade. Entretanto, os analistas da época não esperavam que o país passasse por um processo de transição demográfica, no qual as taxas de fecundidade se mantiveram constantes, diminuindo o crescimento populacional.

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, no século XXI faz parte da realidade da maioria das sociedades. O envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento da participação percentual dos idosos na população e consequente diminuição dos demais grupos etários, é um fenômeno já evidente no país, e tende a ficar mais marcante nas próximas décadas. A participação dos idosos de 60 anos ou mais, passou de 9,7% em 2004 para 13,7% em 2014. Informações da Projeção da População por Sexo e Idade, realizada pelo IBGE e divulgada em 2013 (IBGE, 2013), mostram a forte tendência de aumento da proporção de idosos na população: em 2030 seria de 18,6%, e em 2060 de 33,7%.

Os estados com as maiores proporções de idosos são Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, onde cerca de uma em cada seis pessoas possuía 60 anos ou mais de idade, em 2014.

Tanto isso é verdade que, na projeção para o ano de 2050, a expectativa é de que no Brasil existirão mais idosos do que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado⁹.

Dallepiane (2009), referenda que o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade, e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão, associados ao gênero, à etnia, classe social e fatores geracionais, aliados às condições sociais e econômicas, à região geográfica de

⁹À medida que a expectativa de vida do brasileiro aumenta, a reflexão em relação à capacidade e preparo das cidades brasileiras para o desafio de acolher de forma cidadã e sustentável os cidadãos idosos precisa ser aprofundada.

origem e à localização de moradia.

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e na área da saúde, adequados para atender às novas demandas emergentes.

O contexto com que ocorre o processo de transição demográfica e do envelhecimento da população, no Brasil, rumam para uma complexidade de alternativas de atenção às demandas dessa nova estrutura etária, uma vez que em decorrência desse processo e de profundas mudanças estruturais, necessariamente o país passa a enfrentar novos problemas, pois ainda se depara com problemas básicos, como desigualdade social, problemas na atenção básica de saúde, saneamento básico, educação, habitação, pobreza, trabalho, etc.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, publicado em 29 de setembro de 2015, uma das dificuldades em se estabelecer uma resposta ampla para o envelhecimento da população é a diversidade de percepções e suposições que circundam os idosos que estão no mundo. Partindo de estereótipos ultrapassados, permanecemos limitados na tarefa de conceituar os problemas.

Nascer, crescer, reproduzir-se e morrer são fatos indissociáveis da espécie humana, ainda que muitas pessoas não cumpram a terceira parte do ciclo da vida, a reprodução. Em cada país, estado ou cidade esse ciclo ocorre com uma intensidade diferente, dependendo de alguns indicadores – as taxas de fecundidade, natalidade, migração e mortalidade – e da influência, sobre esses indicadores, da economia, das variações climáticas e das mudanças culturais.

A demografia – ciência que estuda as modificações que ocorrem nesses indicadores – definiu "transição demográfica" como as mudanças dessas taxas no transcorrer do tempo. Ou seja, as sociedades sofrem, continuamente e em diferentes ritmos, processos de transição demográfica.

Do primeiro censo demográfico (1872) ao mais recente (2010), ocorreu uma significativa alteração nos indicadores de mortalidade e natalidade no Brasil.

Segundo o Censo 2000, a população de 60 anos ou mais de idade, no Brasil, era de 14.536.029 de pessoas, contra 10.722.705 em 1991 (IBGE, 2002).

Tais dados denotam um crescimento dessa população devido ao aumento da expectativa de vida, sendo também uma tendência brasileira e gaúcha. O peso relativo da população idosa no início da década representava 7,3%, enquanto em 2000 essa proporção atingia 8,6%. Nesse período, por conseguinte, o número de idosos aumentou em quase 4 milhões de pessoas, fruto do crescimento vegetativo e do aumento gradual da esperança média de vida. Dados estatísticos do IBGE apontam que, na população idosa, o segmento que no período intercensitário compreendido entre 1991 e 2000 mais cresceu, relativamente, foi o das pessoas de 75 anos ou mais (49,3%), alterando a composição interna do próprio grupo e revelando uma heterogeneidade de características desse segmento populacional.

O Brasil vem passando por profundas mudanças na sua dinâmica demográfica, com queda drástica dos níveis de fecundidade e diminuição da mortalidade (BRASIL, 2006). O Censo de 2010 observou um aumento de 43,3% na população idosa (60 anos ou mais), contrastando com o aumento de 12,3% da população geral, em comparação com o censo de 2000. Ainda segundo os dados do Censo de 2010, 13,6% da população gaúcha era formada por idosos, sendo o Estado com a maior proporção de idosos.

De modo geral, vem sendo observado um crescimento da população de idosos de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento, embora esse contingente ainda seja proporcionalmente bem inferior ao encontrado nos países desenvolvidos. Em relação aos países da América Latina, o Brasil assume uma posição intermediária, com uma população de idosos correspondendo a 8,6% da população total.

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais (SIS), a proporção de pessoas com mais de 60 anos saltou de 9,8% para 14,3% da população brasileira, entre 2005 e 2015¹⁰. Um crescimento em velocidade acima da média mundial, cujo impacto vai além da tão nada bem-afamada Previdência.

¹⁰ Disponível em: <<http://blogs.oglobo.globo.com/depois-dos-50/post/numero-de-idosos-no-brasil-cresce-acima-da-media-mundial.html>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

O Estado do RS, assim como outras regiões mais desenvolvidas do Brasil, ao longo do Século XX criou condições de controle nas suas taxas de mortalidade infantil e fecundidade. Esse controle foi o pilar para o estabelecimento das condições de transição demográfica e do processo de envelhecimento populacional que, no RS, está em fase adiantada se comparado às regiões Norte e Nordeste.

Tal fato, aliado às questões sanitárias, melhores condições de saúde, científica e tecnológica, pode ter contribuído para uma maior longevidade no Estado e, conseqüentemente, para o processo de envelhecimento da população gaúcha. Essa alteração na estrutura etária da população gaúcha (aumento acelerado de indivíduos com mais de 60 anos) trouxe consigo não somente diversas alterações, tanto no padrão de morbimortalidade, quanto na própria estrutura socioeconômica e cultural, mas também está proporcionando uma mudança de estilo de vida, à medida que as pessoas se tornam mais velhas.

2.2 A VISIBILIDADE SOCIAL DO CONCEITO DE ENVELHECER, UM OBJETO DE AÇÃO PÚBLICA

Simone de Beauvoir, em sua ontológica obra “A velhice”, destaca que “Velhice é o que acontece com as pessoas que ficam velhas; impossível encerrar essa pluralidade de experiências num conceito ou mesmo numa noção”.

Por conseguinte, é necessário definir a velhice quando pretende-se discutir acerca dos múltiplos aspectos que incidem sobre a situação de pessoas idosas, principalmente quando esses conceitos tornam-se frequentemente utilizados para caracterizá-la. Entretanto, as distintas conceituações, quais sejam, velho, idoso e terceira idade estão muito relacionadas com a ideia de tempo de vida, na qual se constrói a expectativa de vida da população, sendo isso um fator que resulta de uma média entre os níveis de mortalidade, nas diversas faixas de idade.

A filósofa ainda acrescenta:

Estudar a condição dos velhos através das diversas épocas não é uma empresa fácil [...]. A imagem da velhice é incerta, confusa, contraditória. Importa observar que, através dos diversos testemunhos, a palavra “velhice” tem dois sentidos diferentes. É uma certa categoria social, mais ou menos valorizada segundo as circunstâncias. É, para cada indivíduo, um destino singular – o seu próprio (BEAUVOIR, 1990, p 109).

A velhice, por muitas vezes, é tida como algo que se aproxima da

experiência obtida pelo indivíduo quando envelhece.

Cabe aqui uma reflexão moral da categoria ou classificação idoso, pois comumente percebe-se a referência ao termo “velho”, estando este associado à imagem de decadência e comumente confundido com a incapacidade do trabalho. Dentro dessa lógica, ser velho é pertencer à categorização emblemática dos indivíduos idosos e pobres¹¹.

A arte de bem viver está baseada no dinamismo, através do estímulo constante às capacidades individuais, ou seja, faz da velhice um empreendimento privado, modificando-a como bem vivida ou decadente, num problema estritamente individual. Esse cenário que é posto, a partir da ótica do dinamismo e de novas capacidades no envelhecimento, implicou no aparecimento de novos vocábulos. Surge a designação terceira idade, sinônimo de envelhecimento ativo e independente, convertendo-se numa nova fase do ciclo de vida, entre a aposentadoria e a velhice.

Atualmente, ao falar da velhice, é clichê evocar-se o estiramento da longevidade e o aumento da proporção dos mais velhos na pirâmide populacional, como eixo central da importância desse segmento no cenário social. Sem dúvida, o aumento da proporção dos idosos na pirâmide populacional foi o fato desencadeante da visibilidade social da velhice, mas o impacto maior dessa alteração demográfica são as mudanças qualitativas que inevitavelmente desencadeiam.

Mais do que um contingente populacional que passa a onerar o sistema previdenciário, os serviços de saúde e outros setores da sociedade e do Estado, a elevação desse grupo etário traz consigo outra forma de olhar a vida e o mundo, outras práticas sociais, ritmos, valores, crenças, simbologias, que modificam profundamente a cultura, a economia, a política e demais dimensões da sociedade.

O Brasil, que se via como jovem, e por isso mesmo se representava como país do futuro, da vitalidade, do dinamismo, da criatividade e da esperança, terá então de assimilar outras características e imagens trazidas pelo espectro do seu envelhecimento. Dessa forma, terá de integrar a velhice como parte de sua imagem e como partícipe da construção de seu destino. Consentindo ou não, a

¹¹Percebemos essa conotação negativa e pejorativa em nosso cotidiano, explicitando a categorização cultural que há, inclusive pelos próprios idosos.

cultura brasileira terá de incluir a figura do idoso no cenário do protagonismo social, até então dominado pela personagem do jovem.

Ao discutirmos a função social do idoso na atualidade, vamos operar com o conceito de protagonismo, bastante utilizado atualmente em substituição à noção de sujeito. Por que protagonismo e não subjetivação¹² ou outro conceito que permita pensar o idoso como parte ativa do processo social?

No campo das Ciências Sociais, protagonista ou protagonismo têm sido usados como variantes do termo “sujeito” para designar grupos ou conjuntos de atores que desencadeiam ações, que se colocam ativamente na construção da história (MINAYO, 2001).

A própria expressão “atores sociais” está sendo amplamente usada, substituindo o termo “sujeito”. Essa linguagem pertence a teorias do campo da Sociologia ou da Psicologia que privilegiam a linguagem e a narrativa na constituição do homem e do seu mundo. O ator é alguém que representa, que encarna um papel dentro de um enredo, de uma trama de relações. Dentro dessa perspectiva, um determinado indivíduo é um ator social quando ele representa algo para a sociedade, seja encarnando uma ideia, uma reivindicação, um projeto, uma promessa ou uma denúncia.

A noção de protagonismo surge como consequência do entendimento do mundo como algo construído a partir das relações sociais que os homens vão estabelecendo ao longo de suas vidas. Neste mundo, podemos nos situar como coadjuvantes, figurantes, submetidos ao enredo dado, ou podemos tentar, como protagonistas, participar da narrativa, da construção da história ou do seu desenrolar.

Touraine (2006) diz que uma das marcas da sociedade contemporânea é o processo de subjetivação, ou seja, é “a construção, por parte do indivíduo ou do grupo, de si mesmo como sujeito” (p. 166). Conforme o autor argumenta, não podemos dizer que vivemos em um mundo de sujeitos, porém essa tendência está presente, mesmo que de forma latente, imersa na vida ordinária, na rotina das instituições convencionais, no entorpecimento das práticas cotidianas, submetida por

¹² Subjetivação, basicamente, é o processo de tornar-se sujeito.

poderes que negam a sua liberdade de se autoconstruir e, assim, construir a sociedade.

Ainda nessa lógica, o sociólogo francês afirma que a sociedade está mudando diante da decomposição dos sistemas e instituições sociais, que moldavam os indivíduos, seus papéis e delimitações, enfatizando que:

é precisamente no momento em que se impõe a figura cultural da sociedade, quando se observa a grande oscilação da ação e da representação do mundo exterior para o mundo interior, do sistema social para o ator pessoal ou coletivo, que aparece a ideia de sujeito como o ideal do ator. (p. 125).

Nesse novo contexto, surge a figura do idoso como protagonista de sua história. Aquela imagem do idoso trancafiado nos antigos asilos cinzentos ou recluso nos espaços domésticos, às vezes sendo até escondido pelos familiares, está cedendo lugar para outras imagens, nas quais os idosos aparecem nas ruas, no comércio, nos clubes, salões de dança, em caminhadas, academias de ginástica, excursões, viagens de turismo e em tantos outros lugares.

O aumento da proporção de idosos já é notado nos espaços públicos e nas famílias. A visibilidade está avançando rapidamente nos mais diferentes espaços sociais, até mesmo naqueles antes completamente vetados aos mais velhos. As políticas públicas e os programas de atenção voltados para os idosos são outra importante mostra da visibilidade adquirida pelos longevos. O surgimento do Estatuto do Idoso é mais uma demonstração do reconhecimento social, da necessidade de se retirar os idosos do olvidamento, do esquecimento e do silêncio, proporcionando a eles uma condição social mais justa.

A visibilidade e o envelhecimento da população abrem possibilidades para que os idosos não sejam vistos e tratados como personagens secundários, dependentes, necessitados de apoio, ajuda e complacência, mas para que se insurjam como protagonistas, como personagens capazes de exercer papéis com segura autonomia, no cenário social e nos enredos que aí se desenrolam.

Situações antes usuais, como dedicação exclusiva aos afazeres domésticos ou o exercício diuturno de cuidadores dos netos, já não representam os ideais dos idosos. Mudanças estão acontecendo para que os idosos ocupem um lugar de destaque na sociedade. Atualmente, é possível localizar nas cidades lugares

frequentados majoritariamente por idosos, quais sejam associações, clubes e outras organizações, que funcionam como espaços de encontro, de convivência e, eventualmente, de organização política.

No entanto, há muito a ser feito para que a visibilidade e a presença dos idosos no cenário social se transformem em protagonismo. Infelizmente, ainda é possível presenciarmos atitudes de benevolência e tolerância extremamente desqualificadoras e despotencializadoras sobre eles. O protagonismo social dos idosos é extremamente importante e necessário, porque é nele que pode fluir, por mais paradoxal que possa parecer, uma crítica radical da sociedade e ações de mudança mais contundentes.

Os idosos não querem nem podem acompanhar a aceleração exacerbada do tempo na atualidade. Nesse sentido, representam um poderoso freio para as pretensões da sociedade do consumo. Apesar de toda a tentativa do mercado em seduzi-los, o que pode ser observado nos idosos, sobretudo naqueles de mais idade, é que subsiste certa precaução com o endividamento e certa resistência ao consumo desenfreado. Eles ainda vivem a lógica da poupança, da acumulação, da redução de gastos, que traduz mais profundamente uma experiência do tempo e do espaço diferente da que está sendo disseminada. Apreciam a durabilidade das coisas e a permanência, demonstrando uma preferência por um tempo cadenciado e por um espaço que possa ser habitado como um lugar, no qual seja possível fincar algumas raízes ou criar territórios com suas identidades.

Diante disso, recusam-se a permitir que a vida torne-se acelerada e desterritorializada, o que poderia ser angustiante para os idosos, porque não viveram essa experiência antes, mas, mais ainda, pelo temor diante da percepção da iminência da morte. Para quem faz essa relação entre tempo e morte, não interessa acelerar o tempo, nem expor-se aos perigos das mudanças ou dos deslocamentos constantes de um lugar a outro.

Manter a identidade de seus espaços é vista pelos idosos como uma das ações mais importantes para a manutenção do seu protagonismo social, quando somente a eles cabe a decisão de desacelerar o tempo ou transformar espaços, uma vez que isso corrobora com o poder que lhes pertence sobre essas duas dimensões básicas da vida e do ser humano.

Ao focalizarmos o protagonismo, nos deparamos com o tema do controle social. Assim como o “protagonismo”, o tema “controle social” tem sido bastante abordado por vários pesquisadores das Ciências Sociais no Brasil, principalmente ao tratarem da democracia. Controle social é a participação da sociedade na formulação, acompanhamento e na verificação das políticas públicas. Impossível pensar em protagonismo sem nos remetermos ao controle social.

Dentro da abrangente temática “controle social”, os conselhos surgem como o principal canal democrático para o exercício da democracia, da cidadania, do protagonismo e da participação social. Os conselhos passaram a representar uma nova forma de interação entre Estado e sociedade civil, sendo espaços de participação democrática, com legitimidade, cujo propósito principal é aumentar a transparência da gestão das políticas públicas.

O Conselho Nacional do Idoso foi criado pela Lei Federal no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, intitulada Política Nacional do Idoso - PNI. A referida lei, entre outras providências, estabeleceu diretrizes sobre a composição dos Conselhos do Idoso em todas as esferas da administração pública. A redação do Artigo 60 estabelece que:

“Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicos e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área” (BRASIL, 1994).

Como pode ser observado no Artigo 60, assim como nos demais artigos da PNI, não há menção, ou garantia, acerca da participação dos próprios idosos nos conselhos em questão. Ao fazer isso, excluindo, na maioria das vezes, os idosos da gestão dos seus próprios interesses, o Estado acabou revelando sua subestimação da velhice, enxergando essa população como limitada e dependente, relegando-a à passividade e resignação.

Diante disso, destacamos a indispensabilidade de criação de espaços participativos espontâneos e independentes, sem intervenção política ou estatal, para o exercício da cidadania e do controle social pela população idosa. Dessa forma, produziríamos novas formas de protagonismo, com os próprios idosos

ocupando a agenda de discussões e reivindicações coletivas da categoria, atuando como atores políticos no cenário social.

Nos mesmos moldes da Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso, Lei no 10.741, de 01 de outubro de 2003, assume um papel fundamental na maneira como a velhice é tratada e vista na sociedade brasileira.

Apesar de a palavra “protagonismo” não ser mencionada no Estatuto do Idoso, a prática do protagonismo pode ser considerada garantida pelo Artigo 10: “É obrigação do Estado e da sociedade assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.” (BRASIL, 2003).

Entretanto, a palavra “participação”, que poderia ser considerada homóloga ao termo “protagonismo”, foi mencionada várias vezes na redação da referida Lei, mas na maioria de suas ocorrências, tem um caráter de cuidado e proteção. Essas concepções de participação denotam uma velhice bastante limitada, digna de cuidados e de tutela.

É inegável que devemos celebrar as muitas conquistas assinaladas no Estatuto do Idoso. Contudo, muitas vezes essa legislação acaba por tolher e minimizar a participação e o controle social dos idosos, invertendo a lógica democrática que a fundamenta. O Estado, por intermédio do Estatuto do Idoso, pretende, assim, exercer o controle sobre os longevos mediante a tutela e a propagação de concepções da velhice como uma fase da vida bastante fragilizada e dependente.

No decurso da existência humana, somos incitados ao desenvolvimento, à independência física e econômica, a assumirmos o controle de nossa própria vida e tomarmos importantes decisões, seja no âmbito pessoal ou coletivo. Tudo isso faz parte de um projeto de construção da subjetividade e do tornar-se sujeito.

No entanto, percebemos que, na atualidade, essa mesma sociedade que nos incita a sermos protagonistas de nossas próprias histórias acaba, muitas vezes, por nos atribuir o papel de personagens secundários. Isso acontece quando delegamos ao outro o poder de tomar as decisões por nós, ou quando nos omitimos

diante de importantes questões sociais e também pessoais, ou, ainda, quando um personagem ou uma classe se sobrepõe à outra.

É certo que, ao vivermos em sociedade, devemos aprender a respeitar e conviver com diferentes papéis e protagonistas do cenário social. Mas em muitas situações, esse ideário de existência e convivência deixa a desejar. No caso dos idosos, essa questão é bastante elucidativa.

Hoje, assistimos a um momento muito singular na história de nosso país, com o crescente envelhecimento da população. No cenário atual, temos a forte presença de atores sociais idosos, contribuindo com o fortalecimento da economia brasileira, com a renda familiar, participando do mercado de trabalho e em conselhos municipais, atuando em programas e atividades para essa faixa etária e contribuindo em tantas outras situações.

A população idosa entra em cena e começa a mostrar suas múltiplas faces e papéis. Mas precisamos, ainda, resgatar da invisibilidade civil de grande parte dos idosos, estimulando-os na ação efetiva de atores sociais, na condição de cidadãos que protagonizaram tantas histórias de vida imersas na vivência do tempo.

Vivemos um tempo propício para inaugurar não uma simples “idade de ouro da velhice”, mas para abrir espaço para um protagonismo social efetivo, transparente, onde o idoso assuma seu papel de sujeito ativo, independente, autônomo, participativo e livre.

3 MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS SOBRE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO BRASIL

O fenômeno do envelhecimento passou, então, a destacar-se como uma realidade mundial, pois há muitas demandas, e também existem fatores de transversalidade, como por exemplo, desigualdades, pobreza, violência, e condições sociais desfavoráveis, de modo que, conseqüentemente, marcará cada vez mais os processos de desenvolvimento econômico e social, representando um enorme desafio que necessita da intervenção de Políticas Públicas. Assim, o tema do envelhecimento tornou-se objeto de ação pública, pois passou a chamar a atenção do Estado e da sociedade, e adquiriu visibilidade social por ser uma questão relevante nas arenas políticas.

A Organização das Nações Unidas (ONU) pode ser considerada a principal promotora da formulação de políticas e de ações relacionadas ao segmento da população idosa. A partir do momento em que a questão da velhice tomou dimensões mundiais, a ONU passou a fundamentar suas ações, demonstrando a preocupação com essa situação (RIBEIRO, 2011).

O primeiro marco legal reconhecido mundialmente como relacionado aos direitos dos idosos tem como data 10 de dezembro de 1948, dia em que a Assembleia Geral das Nações Unidas promulgou a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esse documento histórico, além de afirmar que *“todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos, que não haverá distinção de raça, sexo, cor, língua, religião, política, riqueza ou de qualquer outra natureza”*, define em seu artigo 25, entre outros itens, os universais direitos dos idosos:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, *velhice ou outros* casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controle.

Para o jurista Comparato (2005), os direitos fundamentais do homem reconhecem a dignidade inerente a todos os indivíduos, o valor da pessoa humana e os seus direitos iguais e inalienáveis, constituindo o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo.

Aos poucos, os direitos dos idosos foram ganhando destaque e passaram a

ser evidenciados como uma política específica, deixando de ser parte integrante de tantas outras classes de direitos para se tornarem “sujeitos de direitos”. O aumento nas demandas e nas pressões, devido ao alto contingente de idosos preocupou os governos, resultando em uma série de políticas públicas específicas para esse público.

A conscientização mundial sobre a necessidade de serem discutidas, especificamente, as problemáticas relativas à população idosa, concretizou-se a partir de 1977, quando a ONU decide convocar uma assembléia para debater as questões relativas à população idosa e propor, a partir daí, políticas públicas e programas sociais que viessem a proporcionar uma boa qualidade de vida para esse segmento da sociedade (ONU 1982, 1991).

Sendo assim, o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa foi a realização da primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena, em 1982, que resultou no primeiro plano global, com princípios orientadores centrados nas questões do envelhecimento: *Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Viena*. (DANTAS e SILVA; SOUZA, 2010)¹³. Foi a partir dessa Assembleia que a questão dos idosos passou a ocupar um lugar de destaque através dos debates que surgiram, e dessa forma, foram definidas diretrizes que passaram a nortear as decisões sobre as políticas públicas a serem adotadas mundialmente.

Outro instrumento internacional que possui relevância com a temática do envelhecimento é a Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, de 1986, sendo reconhecido pela ONU como um direito humano fundamental e indisponível, assim como os demais, e reconhecendo como um direito a igualdade de oportunidades para todas as pessoas e todas as nações, sem distinção qualquer (ONU, 1986). Em 1991, a Assembleia Geral adotou o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, sendo esses princípios relativos aos direitos humanos: independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade. No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento reuniu-se para dar

¹³Esse plano foi estruturado em forma de 66 recomendações para os estados membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação.

seguimento ao Plano de Ação, adotando a Proclamação do Envelhecimento.¹⁴

A segunda Assembleia Mundial aconteceu no ano de 2002, em Madri, sendo dedicada uma atenção especial aos países em desenvolvimento, ressaltando-se a colaboração estabelecida entre o Estado, Sociedade Civil e o Setor Privado. Realizou-se uma revisão do Plano de Viena e o desenvolvimento de estratégias de longo prazo sobre envelhecimento: Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Madri.¹⁵

Baseado nas recomendações do plano de ação desenvolvido na Assembleia em Madri, os países da América Latina e do Caribe comprometeram-se a implantar políticas e ações voltadas a esse fim. Diante dos fatos, em 2003 foi realizada a Conferência Regional da América Latina e Caribe sobre Envelhecimento, em Santiago do Chile, resultando no documento: “Estratégias Regionais de Implementação para América Latina e o Caribe”. Buscou-se com isso propiciar condições que favoreçam um envelhecimento individual e coletivo com segurança e dignidade.

No ano de 2007, em Brasília, foi realizada a II Conferência sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, com o tema “Uma Sociedade para Todas as Idades e de Proteção Social baseada em Direitos”, que resultou na “Declaração de Brasília”. A III Conferência Intergovernamental sobre o Envelhecimento na América Latina e no Caribe aconteceu em 2012, na cidade de San José (Costa Rica) e destacou a importância de os países contarem com uma agenda de proteção social para as pessoas idosas, através da apresentação do documento: “Envelhecimento, solidariedade e proteção social: a hora de avançar para a igualdade” (ONU, 2007; 2012).

Reverendo a legislação brasileira relativa ao idoso, pode-se afirmar que a incorporação, em alguma medida, da questão do envelhecimento populacional na

¹⁴Seguindo a recomendação da Conferência, a Assembleia Geral da ONU declarou 1999 o Ano Internacional do Idoso (ONU, 1991). Na Carta, os povos das Nações Unidas se declaram, nomeadamente, decididos a reafirmar a fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, assim como das nações, grandes e pequenas, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de um conceito mais amplo de liberdade.

¹⁵O Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Madri contém 35 objetivos e 239 recomendações para a adoção de medidas dirigidas aos governos nacionais, onde foram adotadas medidas em todos os níveis e em três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e criação de um ambiente propício e favorável (ONU, 2002; CAMARANO; PASINATO, 2004; BATISTA *et al*, 2011; DANTAS e SILVA; SOUZA, 2010).

agenda das políticas brasileiras, quer sejam públicas ou por iniciativa da sociedade civil, não é nova. O Brasil é um dos pioneiros na América Latina na implementação de uma política de garantia de renda para a população trabalhadora, que culminou com a universalização da seguridade social, pela Constituição Federal, em 1988.

As primeiras políticas previdenciárias direcionadas aos trabalhadores do setor privado surgiram no início do Século XX, com as leis de criação do seguro de acidentes do trabalho, em 1919; e a primeira caixa de aposentadorias e pensões, em 1923, regulamentada pela Lei Eloy Chaves. Nos anos 1930, o Brasil já contava com uma política de bem-estar social, que incluía previdência social, saúde, educação e habitação (CAMARANO & PASINATO, 2004, p.263).

Nos anos 1970, a Lei nº 6.119/74 instituiu a Renda Mensal Vitalícia, no valor de 50% do salário mínimo, para maiores de 70 anos que houvessem contribuído para a Previdência ao menos por um ano. Ao final daquela década, o então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a apoiar os centros de convivência como lugares de socialização, e os idosos começaram a organizar-se em associações (Rodrigues, 2005, p.84/90).

Em 1982, foi inaugurada, no Brasil, a primeira Universidade da Terceira Idade, sendo que nos anos 1990 multiplicou-se pelo País. Ainda na década de 1990 foi organizada a Confederação Brasileira de Aposentados (COBAP), responsável por fomentar, junto aos idosos, a luta pelo aumento dos valores das aposentadorias, pelos direitos sociais e pela cidadania.

O primeiro documento do Governo Federal contendo algumas diretrizes para uma política social para a população idosa foi editado pelo então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1976, que se fundamentou nos resultados obtidos em três seminários regionais realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza, além de um em âmbito nacional, que objetivaram identificar as condições de vida do idoso brasileiro e do apoio assistencial existente para atender suas necessidades. Dessas iniciativas resultaram as seguintes propostas contidas no documento: “Política social para o idoso: diretrizes básicas” (BRASIL, 2002):

1. A implantação de um sistema de mobilização comunitária, visando, dentre outros objetivos, à manutenção do idoso na família;

2. A revisão de critérios para concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos;
3. A criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar; revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria e;
4. A formação de recursos humanos para o atendimento de idosos; coleta de produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo Serviço de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev) em parceria com a Fundação de Economia e Estatística (FEE), dentre outras.

É oportuno ressaltar que até aquele momento, as políticas do Governo Federal para os idosos consistiam unicamente no provimento de renda para a população idosa que trabalhou de alguma forma, ou ações de assistência social para idosos necessitados e dependentes. A visão que parece ter predominado nas políticas é a de vulnerabilidade e dependência do segmento. Sucessivas mudanças no modo de perceber o idoso foram ganhando forma ao longo dos anos 80, influenciadas pelos debates internacionais acerca da questão da longevidade.

A Constituição de 1988, elaborada no processo de transição democrática que rompeu com a ditadura militar, configurou um Estado de Direito com um sistema de garantias da cidadania, e abarcou muito dos princípios contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, para definir um modelo de proteção social configurado como um sistema de seguridade social.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, lei fundamental e suprema do Estado, declara todos os direitos e deveres dos Cidadãos, independentemente da idade. Vale ressaltar que o legislador constituinte inovou ao estabelecer direitos à pessoa idosa, até então não previstos em outro texto constitucional.

Alguns artigos da Carta Magna referentes à idade merecem destaque:

- Artigo 3º, inciso IV – Dispõe que é objetivo fundamental do Estado “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.
- Artigo 7º, inciso XXX – Proíbe “diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil”.
- Artigo 14, parágrafo 1º, inciso II, alínea “b” – Faculta o direito de votar aos maiores de 70 anos.
- Artigo 201 – Salienta que a previdência social atenderá, entre outros eventos, à cobertura de doenças, invalidez, morte e idade avançada (inciso I). Estabelece, ainda, o tempo de contribuição para homens, mulheres e trabalhadores rurais (parágrafo 7º).
- Artigo 203 – Afirma que “a assistência social será prestada a quem dela precisar, independentemente de contribuição à seguridade social”, e relaciona, entre seus objetivos, “a proteção à família, à maternidade, à

infância, à adolescência e à velhice” (inciso I). Assegura, também, “um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei”.

• Artigo 229 – Determina que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar seus filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.

• Artigo 230 – Dispõe que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes direito à vida”. Estabelece que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares” (parágrafo 1º) e garante a gratuidade dos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos (parágrafo 2º).

O caráter social e assistencial da Constituição Federal de 1988 iniciou o processo de efetivação dos avanços na assistência social no Brasil, dentre os quais merece destaque a legislação aprovada nos anos seguintes.

No ano de 1989, o Ministério da Saúde publica a Portaria Federal de nº 810/89, que determina a normatização do funcionamento padronizado de instituições ou estabelecimentos de atendimento ao idoso. Em continuidade, no ano de 1990 é aprovado o Código de Defesa do Consumidor e, em 1993, são promulgados o Estatuto do Ministério Público da União e a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), reconhecida como política de seguridade social, responsável pela garantia de proteção social não contributiva à população socialmente mais exposta a riscos e criação de instâncias de pactuação e compartilhamento de experiências, nos três níveis governamentais, sob a forma de conferências.

Estabelecido pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social em 1993, o Benefício de Prestação Continuada – BPC constitui-se na garantia de renda básica no valor de um salário mínimo, e é destinado a pessoas com deficiência e a idosos, a partir de 65 anos de idade. Nos dez primeiros anos de sua vigência, o número de idosos atendidos cresceu 25 vezes, principalmente em decorrência da mudança na legislação, que alterou a idade mínima para o recebimento, de 67 para 65 anos.

Em que pesem suas limitações, a implementação de políticas públicas universais, como as de saúde, e a instituição de políticas de caráter etário, como a garantia de renda, contribui para uma percepção mais positiva da qualidade de vida na velhice. Estudos que comparam o bem-estar subjetivo entre nações, concluem que a renda é importante para satisfação da vida em todas as idades, quando

atende às necessidades humanas básicas como alimentação, saúde, abrigo, sendo possível correlacionar satisfação financeira com satisfação com a vida, especialmente em nações mais pobres.

Ao longo das leituras sobre a temática, percebemos que a articulação entre a população idosa e as políticas públicas de saúde no Brasil é um tema extremamente rico e contemporâneo.

A necessidade de concretização da Política de Saúde como direito às pessoas idosas está colocada, cotidianamente, como um desafio para todos que investem num sistema descentralizado, hierarquizado e articulado, nas três esferas de governo, com o fim de possibilitar o acesso igualitário e equitativo para todas as pessoas, em todos os níveis de atenção à saúde.

3.1 PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA E GAÚCHA

Ao fazermos uma abordagem sobre a população idosa brasileira e gaúcha é imprescindível que, anteriormente, façamos um sucinto apanhado sobre o Estado do Rio Grande do Sul, no que tange a alguns dados socioeconômicos, informações que se tornam relevantes a este trabalho.

O Rio Grande do Sul está localizado no extremo meridional do Brasil, apresentando uma população de 10.693.929 habitantes¹⁶, aproximadamente 6% do total da população brasileira, ocupando assim o quinto lugar entre os estados mais populosos do Brasil, sendo superado por São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia.

Apresenta um quadro diferenciado quanto aos indicadores sociais, no comparativo com os demais estados da federação, destacando-se pelos baixos índices de mortalidade infantil - próximo de 10 óbitos por mil habitantes; uma das maiores expectativas de vida - superior a 74 anos e taxa de alfabetização superior a 95%. Esses dados colocam o Estado em um patamar privilegiado em termos de qualidade de vida no país.

A Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser (FEE)¹⁷

¹⁶ IBGE. Censo Demográfico 2010

¹⁷ RS em números. FEE, Porto Alegre, 2017. p.8

destaca, dentre os indicadores, o Produto Interno Bruto (PIB)¹⁸, o Valor Adicionado Bruto (VAB)¹⁹ e o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese)²⁰. O Produto Interno Bruto (PIB) do Rio Grande do Sul apresentou, em 2016, uma retração expressiva de 3,1% em comparação com o de 2015. Esse resultado deveu-se ao recuo conjunto da indústria (-3,9%), dos serviços (-2,1%) e da agropecuária (-4,5%). O PIB per capita do Estado alcançou R\$ 36.329 em 2016.²¹

Com uma pauta diversificada, as culturas de soja, arroz, fumo, milho e mandioca concentraram os maiores valores de produção no Estado. Em termos de quantidade produzida, na comparação com o País, destacaram-se as participações das produções de arroz (70,6%), uva (58,5%), fumo (47,8%), maçã (47,3%) e trigo (25,3%). Registrou-se também o aumento da produtividade das lavouras do Estado no ano de 2015. O setor da agropecuária, no Estado, contribuiu, em 2014, com 11,6% do Valor Adicionado gerado pelo setor no País.²²

Quanto ao setor Industrial, os números da FEE²³ revelam que o valor adicionado da indústria de transformação representou 72,1% do total gerado pela indústria estadual em 2014, com a construção civil respondendo por 21,9%. Ao contrário do que ocorre no Brasil, o setor de extrativa mineral tem pouca expressão no Rio Grande do Sul. Regionalmente, os 10 maiores municípios industriais concentram 44,5% do Valor Adicionado da indústria. Destacam-se, no Estado, os segmentos de produtos alimentícios (principalmente carnes e arroz), veículos automotores (incluindo peças e acessórios), máquinas e equipamentos (com destaque para máquinas agrícolas), produtos químicos, couros e calçados e produtos de metal. Esses segmentos representaram 59,9% do Valor da Transformação Industrial em 2014.

Após crescer no período 2011-14, o setor de serviços no Rio Grande do Sul declinou a partir de 2015. Em 2016, decresceu 2% no Estado, uma variação menor,

¹⁸ PIB - representa a soma, em valores monetários, de todos os bens e serviços finais produzidos por uma região em um determinado período

¹⁹ Valor Adicionado Bruto (VAB) é o valor que a atividade acrescenta aos bens e serviços consumidos no seu processo produtivo.

²⁰ Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese): avalia a situação socioeconômica dos municípios gaúchos quanto à educação, à renda e à saúde, considerando aspectos quantitativos e qualitativos do processo de desenvolvimento

²¹ Ibidem, p.12

²² Ibidem, p.14

²³ Ibidem, p.16

no entanto, que a do Brasil (-2,7%). Em 2014, as atividades que mais participaram na estrutura do Valor Adicionado do setor serviços no Rio Grande do Sul foram outros serviços (24,5%), comércio (22,3%) e administração pública, saúde e educação públicas (APU) (21,7%), uma estrutura similar à do Brasil. No RS, contudo, o comércio apresentou maior participação, e a APU, menor participação, quando comparados com a estrutura nacional. A participação do Valor Adicionado Bruto dos serviços do Rio Grande do Sul no total do Brasil entre 2010 e 2014 obteve como média 5,85%, sendo que, de 2013 para 2014, declinou de 5,92% para 5,89%²⁴.

No Rio Grande do Sul, há uma série de atividades industriais e de serviços especializados diretamente vinculados à agropecuária. Dessa forma, convencionou-se chamar esse complexo de atividades de agronegócio, o qual engloba, além da produção agropecuária (segmento denominado “dentro da porteira”), a produção de insumos, máquinas e implementos (segmento chamado de “antes da porteira”) e a indústria de transformação de matéria-prima agropecuária e as atividades especializadas na comercialização, armazenagem e distribuição dos produtos do agronegócio (segmento denominado “depois da porteira”). Em 2016, o agronegócio foi responsável por 66% das receitas de exportação e 13% dos empregos com carteira assinada no Estado. Em se tratando do mercado de trabalho, após registrar uma perda substancial de empregos em 2015, o agronegócio gaúcho voltou a criar vagas em 2016.²⁵

Ainda numa abordagem prévia, porém necessária, cabe um apontamento sobre os Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDEs), instituídos por lei estadual em 1994, que são uma regionalização do território gaúcho que tem por objetivo a promoção do desenvolvimento regional harmônico e sustentável. Compreende-se por Regiões Funcionais de Planejamento (RFs), o território formado a partir da agregação de COREDEs. As RFs e os COREDEs são utilizados no Orçamento do Estado e no Plano Plurianual, contribuindo, portanto, para o estudo de temas regionais.

Ao abordarmos aspectos demográficos do Rio Grande do Sul, trazemos dados observados pela Fundação de Economia e Estatística, que elucidam a queda

²⁴ Ibidem, p.18

²⁵ RS em números. FEE, Porto Alegre, 2017. p.20

da taxa de crescimento populacional como sendo um dos principais indícios da transição demográfica. As taxas geométricas de crescimento anual da população brasileira e gaúcha têm apresentado queda constante, principalmente a partir da década de 60. O Brasil, na última década (2000-2010), apresentou crescimento de 1,17% ao ano. No Rio Grande do Sul, a população cresceu 13,20% de 1991 para 2000 e 7,69% de 2000 para 2010, a menor taxa de crescimento relativo entre os estados brasileiros, sendo que a faixa etária de 0 a 14 anos teve um decréscimo nesta última década de 16,02%, demonstrando que está em curso um processo de envelhecimento populacional.

Um dos fatores preponderantes no processo que vem resultando no decréscimo da população de grande número de municípios é a acentuada queda da taxa de fecundidade. No Rio Grande do Sul, em 1998, a média era de 2,1 filhos por mulher e, atualmente, conforme dados do Censo Demográfico de 2010, o número é de 1,8 filhos por mulher. Vários fatores contribuem para a queda da fecundidade. O processo de urbanização como consequência do aumento da industrialização, associado a fatores como o aumento no nível educacional, o acesso das mulheres ao mercado de trabalho, a disseminação de métodos contraceptivos e a melhora nas condições de saúde, entre outros, foram fundamentais para essa mudança.

Todavia, no que tange à distribuição e densidade demográfica, a população brasileira, por motivos históricos e econômicos, encontra-se distribuída de forma irregular no território. Embora essa característica tenha se alterado nas últimas décadas, com o avanço para o interior do país, a população ainda está bastante concentrada ao longo do litoral, onde também são encontradas as maiores densidades demográfica.

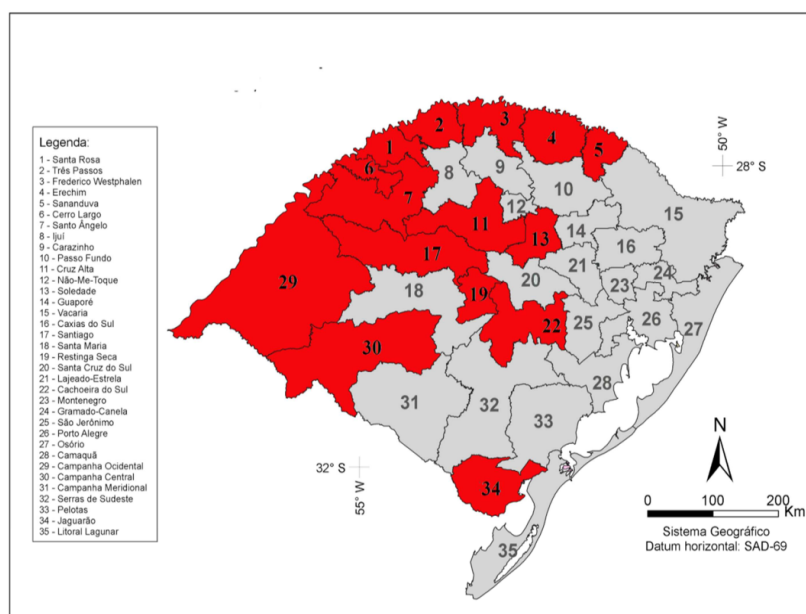
A distribuição da população no território gaúcho também não é uniforme. A densidade demográfica média no Rio Grande do Sul é de 38hab/km² em 2010. Entre os estados da região sul do Brasil é o que apresenta a menor densidade, mas ainda assim está acima da média brasileira, que é de 22,4hab/km². Com relação à população total, 66,7% dos municípios gaúchos tem menos de 10 mil habitantes. Os municípios com população entre 10 e 50 mil habitantes são 123. Os municípios com população entre 50 e 100.000 habitantes são 24. E, finalmente, os municípios com população superior a 100 mil são somente 17, e concentram 46,8% da população

total do estado.²⁶

A área de maior densidade demográfica se encontra no eixo Porto Alegre - Caxias do Sul. Dos 29 municípios com densidade superior a 200hab/km², dezenove fazem parte deste eixo, sendo que dezessete estão na Região Metropolitana de Porto Alegre - RMPA e dois na Região Metropolitana da Serra Gaúcha. De outro lado, existem áreas de baixa densidade populacional no Estado. Essas estão localizadas na faixa oeste do Rio Grande do Sul e correspondem às regiões dos COREDEs Jacuí Centro, Campanha, Fronteira Oeste, Missões e Alto da Serra do Botucaraí e, mais ao norte, o COREDE Campos de Cima da Serra.

A Figura 1 mostra a variação do número de habitantes, destacando em vermelho as regiões que tiveram decréscimo da população de 2000 para 2010. A figura também mostra que a população diminuiu em 15 das 35 microrregiões do Estado, e a microrregião de Jaguarão teve o maior decréscimo (-7,93%), seguida por Santo Ângelo (-5,83%) e Cerro Largo (-5,58%). No outro extremo, o maior crescimento populacional ocorreu nas microrregiões de Osório (19,36%), Caxias do Sul (17,74%), Gramado-Canela (14,14%) e Montenegro (14,07%).

Figura1 – Crescimento da população nas microrregiões do Rio Grande do Sul de 2000 para 2010



Fonte: Dados Brutos da Fee (2016).

Os dados do IBGE (2016) mostram que o crescimento populacional está ocorrendo de forma diferenciada entre as faixas etárias, uma vez que o estrato da

²⁶ <<http://www.atlassocioeconomico.rs.gov.br/crescimento-populacional>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

população de 0-14 anos teve redução no número de indivíduos e o de 65 anos ou mais aumentou de 2000 para 2010. Em média, também há um aumento na população em idade ativa (de 15 a 64 anos), com exceção das microrregiões de Três Passos, Cerro Largo, Santo Ângelo, Restinga Seca, Campanha Central e Jaguarão, que perderam população nesta faixa etária.

O Estado passa, atualmente, por um processo de envelhecimento da população, fato esse comprovado pelo Índice de Envelhecimento²⁷, onde no Rio Grande do Sul em 1970 era de 14,8, o que significa que, para cada 100 habitantes com idade inferior a 14 anos, havia 14,8 habitantes com mais de 60 anos. Em 2010, esse Índice passou para 65,4, ou seja, para cada 100 habitantes com menos de 14 anos, havia 65,4 habitantes com mais de 60 anos de idade, o mais alto índice do Brasil.

A população total do Rio Grande do Sul deve continuar crescendo por um período curto (a taxas cada vez menores) e, então, passar a diminuir. O ápice ocorreria por volta de 2025, quando o Estado atingiria uma população de 11,07 milhões e, em 2050, reduziria a 9,7 milhões. Além disso, o Rio Grande do Sul deverá passar por uma transformação demográfica nas próximas décadas: estima-se que o número de idosos (60 anos ou mais), que, no Censo 2010, era de 995 mil habitantes, deva atingir 2,24 milhões em 2050. Em contrapartida, o número de jovens (até 14 anos) deve passar de 2,23 milhões para 1,25 milhão nesse mesmo período. Por fim, a população potencialmente ativa (de 15 a 64 anos) deverá continuar aumentando até o final da presente década (com um ápice de 7,70 milhões) e, após, iniciará uma redução, totalizando 6,2 milhões de pessoas em 2050.²⁸

O aumento contínuo da população idosa vai impactar especialmente a previdência social e o sistema público e privado de saúde. A estagnação do crescimento da população em idade ativa vai se refletir na produção, pois ela é a base econômica que sustenta a sociedade.

A taxa de dependência total também está em queda, ou seja, está diminuindo a população inativa em relação à população em idade ativa. Ainda, a

²⁷ Índice de Envelhecimento é a relação existente entre o número de idosos (pessoas com mais de 60 anos de idade) e o número de jovens (pessoas com idade entre 0 a 14 anos).

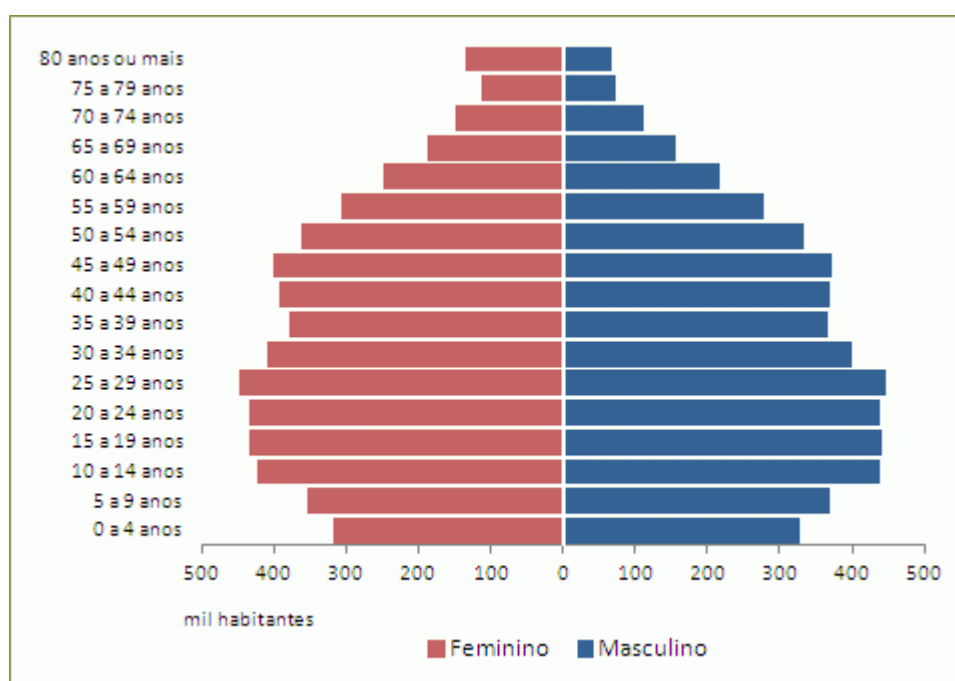
²⁸ Segundo dados da FEE. Disponível em: <<http://agenda2020.com.br/indicadores/>>.

redução da taxa de dependência da população jovem supera o acréscimo da população idosa, o que permite enquadrar o Rio Grande do Sul na segunda fase da transição demográfica, chamada de Bônus Demográfico²⁹.

Dessa forma, as pirâmides populacionais representam a estrutura etária por sexo e refletem a evolução da taxa de fecundidade, expectativa de vida e migrações.

Em relação à pirâmide etária atual, é importante também ressaltar a elevada proporção da população do Estado na chamada idade ativa, nas faixas de 15 a 59 anos de idade e a maior proporção de mulheres nas faixas etárias mais altas.

Figura 2: Pirâmide Etária do Rio Grande do Sul – 2010



Fonte: IBGE.

Nesta fase de mudanças aceleradas, os governos e instituições têm um papel fundamental na construção de um ambiente que transforme as possibilidades em reais vantagens econômicas, especialmente no sistema educacional.

A idade e o gênero sexual são dois dos principais fatores apontados pelos demógrafos ao estabelecerem diferenças entre membros da população.

Em relação ao gênero, apesar de, em todos os anos, os registros

²⁹O fenômeno bônus demográfico ocorre quando há, proporcionalmente, um maior número de pessoas em idade ativa aptas a trabalhar. É resultado da redução da taxa de fecundidade (as famílias têm menos filhos) e da diminuição da mortalidade em uma população – quando as pessoas passam a viver mais. Isso aumenta a proporção de pessoas em idade de trabalhar (entre 15 e 64 anos) em relação à população dependente, crianças e idosos.

contabilizarem uma quantidade de nascimentos maior de pessoas do sexo masculino, as mulheres são a maioria da população gaúcha. Estatísticas do IBGE apontam que, no RS, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer, diferença que está ao redor de oito anos. Como resultado, o número de mulheres idosas é superior ao número de homens, sobretudo nas faixas de idades mais avançadas.

Nesse sentido, Salgado (2002) elucida que qualquer análise sobre longevidade indica claramente que, em relação à sobrevivência, as mulheres são o sexo mais forte. A pesquisadora enfatiza que o mundo contemporâneo do adulto de idade avançada, bem como o futuro, é e será predominantemente um mundo de mulheres.³⁰

Dentro dessa assertiva, Salgado (2002) continua:

As mulheres de idade avançada enfrentam muitos desafios gerados por leis e políticas sociais de uma sociedade sexista e gerofóbica³¹. As crenças sexistas e gerofóbicas refletem a ênfase da sociedade na produtividade, no atrativo sexual e físico. A mulher idosa é universalmente maltratada e vista como uma carga. É parte de uma maioria invisível cujas necessidades emocionais, econômicas e físicas permanecem, em sua maioria, ignoradas.

Camarano (2002), ao abordar os aspectos relativos ao gênero no envelhecimento, aponta que a feminização baseia-se nas mudanças ocorridas ao longo do tempo e nos acontecimentos ligados ao ciclo da vida. A maior longevidade feminina implica em transformações nas várias esferas da vida social. Nesse sentido, as implicações da feminização da velhice em termos sociais são notórias, dado que grande parte das mulheres é viúva, vive só, não tem experiência de trabalho no mercado formal e são mais pauperizadas.

Dados epidemiológicos da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul apontam que o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, da longevidade da população gaúcha, se deve em grande parte ao controle das doenças infecciosas na infância, à queda da mortalidade infantil, devido a melhorias médico-sanitárias, e aos avanços científicos que promovem a descoberta de novas tecnologias e medicamentos que combatem a incidência, prevalência e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como ocorre em todo o país, de

³⁰SALGADO (2002), p.09

³¹As mulheres são discriminadas em virtude do preconceito, não só por serem mulheres, mas também por serem idosas.

forma geral.

Para ratificar esses dados estatísticos apontados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), trazemos à baila alguns dados da pesquisa realizada em 2010 pela Secretaria Estadual de Saúde, através da Escola de Saúde Pública e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)³², que se mostram relevantes para nosso trabalho.

A referida pesquisa traz em seus resultados a necessidade eminente de avaliação dos contextos nos quais o idoso está inserido, ressaltando o ambiente como um dos fatores determinantes para o Envelhecimento Ativo, uma vez que entende que somente com ambientes favoráveis o idoso pode viver com qualidade de vida.

Ao abordar o ambiente no qual o idoso vive, a pesquisa elucidou o processo de urbanização brasileira. Sabemos que no Brasil, aproximadamente 16,5 milhões de idosos vivem em área urbana, enquanto apenas 3,4 milhões de idosos encontram-se em área rural.³³ Realidade esta também do RS, onde dados trazidos pela pesquisa mencionada acima, demonstraram que 91,4% dos idosos gaúchos residem em área urbana, somente 0,9% em área rural e 7,6% não souberam responder.

Em relação ao ambiente, outro dado trazido pela PPIRS, que merece destaque em nosso trabalho, é o tipo de esgoto existente nos bairros onde os idosos entrevistados residem. A maioria dos participantes relatou ter esgoto encanado no bairro onde mora, perfazendo um percentual de 85,6%. Cabe ressaltar que 8,9% dos idosos relataram que o esgoto em seus bairros é do tipo sumidouro e 1,3% tem esgoto a céu aberto.³⁴ É importante observar o estado de saneamento básico nas cidades, pois este é crucial para o desenvolvimento de ações em saúde pública e prevenção de diversas doenças.

Quanto à rotina semanal, 86,9% dos entrevistados sai regularmente de casa.

³²O projeto de pesquisa Perfil dos Idosos do RS utilizou como marco conceitual as noções de Envelhecimento Ativo da OMS e o relatório de pesquisa "Cidade Amiga do Idoso", como norteador da construção de um novo questionário que busca entender as relações que o idoso faz com o seu meio.

³³Dados apontados pelo Informe Brasil, 2012.

³⁴O sumidouro é um poço sem laje de fundo que permite a infiltração (penetração) do efluente da fossa séptica no solo. O diâmetro e a profundidade dos sumidouros dependem da quantidade de efluentes e do tipo de solo. Os sumidouros podem ser feitos com tijolo maciço ou blocos de concreto ou ainda com anéis pré-moldados de concreto. Disponível em: <<http://www.colegiodearquitetos.com.br/dicionario/2009/02/o-que-e-sumidouro/>>. Acesso em: 3 nov. 2017.

Apenas 10,9% dos participantes relataram que não saem de casa regularmente. Tal dado ratifica o que a literatura sugere: que a socialização está associada com um aumento do bem-estar nos idosos. Além disso, a solidão e a frequência reduzida de atividades fora do ambiente doméstico têm sido associadas com a frequência de doenças crônicas, uma vez que o comprometimento com hábitos saudáveis, como a prática de exercícios físicos, por exemplo, é reduzida com o isolamento social. Dentre os idosos participantes que relataram não sair de casa com frequência regular, o empecilho mais citado (20,2%) foi a falta de segurança. Somando-se a esse grupo, 9,2% dos idosos relataram que têm dificuldade de locomoção, e outros 5,3% atribuíram à falta de motivação para não saírem de casa.

Outro dado referente ao ambiente, trazido pela pesquisa, é de que 25,7% dos idosos entrevistados citaram como empecilho mais perceptível nos locais públicos que frequentam, como sendo a falta de segurança, seguido por 18,7% que relataram ter poucos bancos para sentar ou em mau estado de conservação, e outros 14,5% citaram a falta de limpeza apropriada. Ainda neste item, chamamos a atenção ao dado de que, mesmo num percentual pequeno, 2,3% dos idosos entrevistados perceberam o fato de haver muitos degraus como maior empecilho dos locais públicos que frequentam.

Tal dado denota a necessidade com que as cidades precisam ser projetadas, pensando em todos os grupos etários. Diante das estatísticas demográficas atuais, é necessário que sejam oferecidos aos idosos lugares seguros, com calçadas de fácil acesso e niveladas, para a locomoção segura nas ruas.

Ações concretas, que aumentem a segurança do idoso e promovam seu direito de ir e vir são fundamentais para uma boa interação entre o idoso e o espaço urbano onde vive. É notório a indispensabilidade de as cidades e os municípios se adequarem para a construção de um ambiente acolhedor para a população idosa, a fim de incentivar suas atividades de lazer e cívicas, fora de suas residências, estimulando a saúde e evitando o isolamento social desses cidadãos.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E SETORIAIS PARA OS IDOSOS NO CONTEXTO BRASILEIRO

Embasados no retrospecto mundial, surgem os marcos legais e regulatórios

sobre a Saúde da Pessoa Idosa no Brasil e, como consequência, no Estado do Rio Grande do Sul.

No contexto brasileiro, é importante frisar que as primeiras políticas criadas para a população idosa aconteceram após a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.

Para Guareschi,

“políticas públicas são o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas”. Expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público (GUARESCHI ET AL.2004: p.180).

Com base nesse entendimento, a articulação e a integração entre todas as políticas públicas constituem uma ação estratégica para assegurar a complementaridade da rede de atendimento às pessoas idosas, com vistas a um envelhecimento social seguro e digno.

Partindo da conceituação proposta por Teixeira (2002, p.2), o autor descreve Políticas Públicas como “diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado”.

Por sua vez, Grau (2000, p.21), afirma que:

a expressão política pública designa a atuação do Estado, desde a pressuposição de uma bem demarcada separação entre Estado e sociedade [...]. A expressão políticas públicas designa todas as atuações do Estado, cobrindo todas as formas de intervenção do poder público na vida social.

No que tange às Políticas Públicas para o Idoso, foi diante do expressivo aumento do número de idosos no Brasil que surgiu a necessidade da criação de políticas que buscassem a manutenção e o desenvolvimento da autonomia e independência desses. No contexto de saúde, espera-se que essas políticas possam também auxiliar e assegurar um melhor estado de saúde e ainda proporcionar um envelhecimento saudável e ativo para essas pessoas.

Sendo o ser humano um ser multidimensional, no qual aspectos biológicos, sociológicos, psicológicos, culturais, intelectuais e espirituais afetam seu envelhecimento, interferem no seu modo de vida, na sua relação com o meio e na

consequente repercussão no coletivo, a velhice dever ser pensada de forma coletiva, para poder ser planejada e, conseqüentemente, atender às necessidades sociais, que são também individuais.

O direito do idoso foi contemplado pela primeira vez, de forma ampla, na promulgação da Lei nº 8.842/94, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, que estabeleceu a Política Nacional do Idoso. Essa lei é um instrumento básico, pois possui aspectos importantes, repetindo, em seu artigo 3º, os princípios constitucionais que garantem a cidadania e a plena integração social do idoso; defende sua dignidade, o bem-estar e o direito à vida, da mesma forma que repudia a sua discriminação. Buscou envolver todos os segmentos das esferas federal, estadual e municipal, com o objetivo de garantir o bem-estar físico, emocional e social dos idosos em todo o território brasileiro.

Dentre suas diretrizes, a referida Lei propõe que se priorize o atendimento aos idosos por meio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento em instituições de longa permanência. Tal situação foi chamada de reprivatização do cuidado do idoso, enfatizando o retorno à família da responsabilidade de cuidá-lo.

Outra diretriz que merece destaque propõe o apoio ao desenvolvimento dos cuidadores informais, que deveria ser implementado através de uma parceria com os profissionais da área da saúde. Uma das conseqüências significativas de tal política foi a criação do Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer, através da Portaria nº 703, que entrou a vigor a partir de 16 de abril de 2002. Por determinação do Ministério da Saúde, esse programa foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando que sua área de abrangência seja estendida para todo o território nacional.

Conforme a Portaria nº 703, antes referida, os centros de referência em Assistência à Saúde do Idoso passam a ser os responsáveis pelo diagnóstico; pelo tratamento, com a distribuição gratuita de medicamentos; pelo acompanhamento dos pacientes; pela orientação a familiares e cuidadores.

A Lei nº 8.842/94 também propõe que sejam incluídos, nos currículos dos cursos superiores da área da saúde, conhecimentos de geriatria e gerontologia, objetivando capacitar recursos humanos com preparo para atender às demandas das pessoas idosas e de seus familiares, buscando um maior investimento na área

de promoção para um envelhecimento saudável que atinja, de forma efetiva, a população em geral.

A implementação da Política Nacional do Idoso atribui ao Poder Público várias incumbências em diversas áreas, como por exemplo, promoção de assistência social, com previsão de ações no sentido de atender às necessidades básicas do idoso, bem como na área da saúde, da educação, do trabalho, da habitação, do urbanismo, da justiça e da cultura.

Tal lei também prevê, em seus artigos 5º e 6º, a criação de Conselhos do Idoso no âmbito da União, dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal, tendo como objetivo formular, coordenar, supervisionar e avaliar a Política Nacional do Idoso, conforme suas respectivas atuações.

Na regulamentação via Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, há a conceituação de assistência asilar e não asilar para o idoso, em seus artigos 3º, 4º e 17, atribuindo tarefas a cada órgão da administração pública, na execução da Política Nacional do Idoso, em seus artigos 5º a 16, respectivamente.

No Brasil, em dezembro de 1999, considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à Saúde do Idoso, foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso, determinando que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionam com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Nesse contexto, somente no ano de 2006, através da Portaria nº 2.528, é então implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que busca garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), direcionando medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde.

Essa política tem como finalidade precípua recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI mostra-se relevante e emergente diante da transição demográfica atual, bem como na busca da

qualificação da saúde com vistas ao envelhecimento, sendo que as informações decorrentes dos debates acerca do tema mapeiam aspectos importantes em relação à situação da população com mais de sessenta anos, acendendo dessa forma um sinal de alerta para um dos locais onde o Estado³⁵ deve atentar-se em relação à criação/atualização de políticas públicas e investimentos.

Essa Política, em sua introdução, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Sendo assim, o propósito basilar da Política Nacional da Saúde do Idoso reside na promoção do envelhecimento saudável, na manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, na prevenção de doenças, na recuperação da saúde dos que adoecem e na reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são:

- I. Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
- II. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
- III. Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção.
- IV. A implantação de serviços de atenção domiciliar.
- V. O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco.
- VI. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
- VII. Fortalecimento da participação social.
- VIII. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
- IX. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.
- X. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
- XI. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Dentre as principais responsabilidades institucionais que essa Lei aponta, salientamos que ao Gestor Federal cabe elaborar normas, técnicas, definir recursos, estabelecer diretrizes, estabelecer indicadores e divulgar a Política. Ao gestor

³⁵ “[...] as políticas públicas são o Estado em ação. É o Estado implantando projetos (de governo) através de programas e ações voltados a parcelas específicas da sociedade” (DHEIN, 2010, p.17).

Estadual é dada a responsabilidade de discutir a pactuação em Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política, manter a articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações e apresentar e aprovar a Política no Conselho Estadual de Saúde. E por fim, e igualmente importante, cabe ao Gestor Municipal definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política, discutir a pactuação na Coordenadoria Regional de Saúde, promover a articulação intersetorial e apresentar a aprovação da inclusão da Política no Conselho Municipal de Saúde.

No mesmo período, foi instituído o Pacto pela Saúde, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 399/06, que se constitui em um conjunto de reformas institucionais do Sistema Único de Saúde – SUS, compartilhado pela União, Estados e Municípios. Nesse pacto federativo em prol da saúde, um dos indicadores de monitoramento da saúde brasileira constitui-se no cadastro e inspeção de todas as Instituições de Longa Permanência dos Idosos. Fica nítido, nesse ato, o crescimento da importância dada à saúde do idoso, no conjunto das políticas públicas, onde se destacam ações como a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral à saúde do idoso e o incentivo à adoção de ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção ao longo.

Convém salientar que todas as ações em saúde do idoso devem ter como objetivo central a permanência dele na comunidade, junto a sua família, da forma mais digna e confortável possível. No entanto, esse modelo de cuidados domiciliares, proposto na política em tela, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos demanda uma ação conjunta entre família e Estado, onde este tem um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, nos três níveis de gestão do SUS, sendo capaz de otimizar o suporte familiar, baseando-se na família e na atenção básica de saúde, representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial aquelas sob a Estratégia Saúde da Família, as quais devem representar para o idoso o seu vínculo com o Sistema Único de Saúde.

Ressalta-se que o merecido tratamento ao idoso deveria estar fundamentado nas questões éticas, morais e familiares da sociedade. Porém, na realidade atual, onde a discriminação se faz presente, foi necessária a criação de uma legislação, para que o merecido respeito a essa camada da população brasileira fosse

efetivamente realizado.

Para tentar trazer proteção e a valorização social do idoso, de maneira mais efetiva, foi instituída a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, conhecida como o Estatuto do Idoso, destinada a regular os direitos da pessoa idosa, trazendo em seu texto regras de direito privado, previdenciário, processual e penal, numa função exclusivamente protetiva.

Ritt (2008) diz que “o principal aspecto do Estatuto está na estruturação e construção de uma consciência política e social diante da necessidade de se fazer valer os direitos fundamentais do idoso”.

Conforme o Estatuto, o idoso é protegido pelo Princípio da Prioridade Absoluta, trazendo como obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, o dever de assegurar ao idoso a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Também faz questão de definir que a garantia de prioridade compreende que nenhuma pessoa desse grupo etário será objeto de qualquer violência ou negligência.

O princípio da prioridade absoluta vai além, pois afirma que no conceito de prioridades está a preferência na formulação e na execução de políticas públicas específicas, conforme o artigo 3º, inciso II, ou seja, o idoso deverá ser prioridade na ocasião da prática administrativa.

Além de assegurar direitos, o Estatuto pretende educar a população para que dê o devido valor àqueles que o tempo e a experiência tornam importantes.

É sabido que ainda existe no Brasil um hiato entre o que preconiza a legislação e a realidade social e econômica da população, e esse distanciamento ainda é percebido na vida da maioria dos idosos brasileiros. Portanto, para que haja transformação, é necessário que se estimule a mobilização permanente da sociedade civil em torno de seus próprios direitos, e se fomente o debate constante entre todos os sujeitos envolvidos no processo de construção da realidade: idosos, família, sociedade civil e Estado, com a finalidade de transformação dessa realidade.

4 APLICABILIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA/RS

A Secretaria de Saúde do município de São Luiz Gonzaga deveria formular suas Políticas Públicas a partir do enfoque nas necessidades dos usuários por ciclos vitais (faixas-etárias), etnias, gênero, orientação sexual, situação social, incluindo ainda, as políticas transversais, importantes para toda a população.

No que se refere às leis municipais destinadas ao idoso, no município de São Luiz Gonzaga, existem duas únicas leis que deliberam sobre esse grupo etário. São elas: Lei Municipal nº 3.874, de 14 de setembro de 2001, alterada pela Lei Municipal nº 4.363, de 14 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre a criação do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, e Lei Municipal nº 5.390, de 17 de setembro de 2014, que cria o Fundo Municipal dos Direitos do Idoso e dá outras providências.

O Conselho Municipal dos Direitos do Idoso é um órgão paritário, de caráter permanente, articulador, normativo, deliberativo e consultivo da política de valorização, atendimento, defesa e preservação dos direitos individuais e coletivos do idoso do município; entretanto, vimos na atuação do CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DO IDOSO uma ação incipiente, muito aquém do que a lei municipal e o Estatuto do Idoso preconizam, em decorrência da falta de apoio dos gestores, pois ao Conselho é facultada pouca importância na discussão das políticas públicas municipais do idoso.

A falta de aplicabilidade de ações específicas aos idosos na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família denota que tal grupo etário não é prioridade, em um município que está envelhecendo.

A Secretaria Municipal da Ação Social e Comunitário, via Programa Federal, tem cadastrado 200 (duzentos) idosos, em um Grupo de Convivência chamado Conviver, que se encontram uma vez na semana para reuniões dançantes, sendo que a esse grupo não é oferecida nenhuma ação de educação e promoção de saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

Salienta-se que é de conhecimento público a ação realizada pelo Gestor Municipal, na qual o Executivo repassou, no ano de 2017, o valor de R\$ 60.000,00

(sessenta mil reais) à única instituição de Longa Permanência que existe no município, através da Lei de Subvenções Sociais. Essa instituição, criada há 75 anos, privada, mantida por uma associação, sem fins lucrativos, é direcionada a todas as classes sociais, sendo responsável pela assistência permanente (24 horas) de 60 idosos. Cabe ressaltar que a imagem que a instituição faz do idoso e a forma como dirige suas práticas e programas é que refletem o quão valoriza esse grupo social.

O Lar do Idoso São Vicente de Paulo é uma instituição que procura contemplar programas de desenvolvimento de suas potencialidades, não se limitando à alimentação, assistência médica e moradia, dando também ênfase a lazer, terapia ocupacional, social, psicológica e fisioterapia. Procuram, nesse caso, oferecer um ambiente alegre, dinâmico e motivador, baseado em calor humano, carinho e dignidade, uma vez que acreditam tratar-se de pessoas capazes e merecedoras de respeito, como seres humanos e cidadãos. Dentre as atividades realizadas estão as ações criativas e recreativas, chás dançantes, atividades físicas, oficinas de arteterapia (artesanato) e jardinagem.

4.1 MAPEAMENTO DA SITUAÇÃO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO MUNICÍPIO

O Município de São Luiz Gonzaga foi criado em 03 de junho de 1880, através da Lei Provincial nº 1238, e foi instalado em 01 de janeiro de 1939. Está localizado na Região das Missões, Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. No contexto Macrorregional, integra a Macrorregião Funcional de Planejamento - RF 7, sendo um município membro do COREDE Missões.



Os indicadores disponibilizados pela Fundação de Economia e Estatística - FEE, que possibilitam uma visão sintética e traçam o perfil socioeconômico do município de São Luiz Gonzaga, apresentam, no ano de 2016, uma população total de 35.895 habitantes, uma Densidade Demográfica (2013) de 26,4 hab./km², com uma área territorial (2015) de 1.295,7 km². Apresentou um PIB (2015) de R\$ 954.659,51 (mil), PIB per capita (2015) de R\$ 27.126,40 e o valor movimentado em Exportações Totais (2014) foi de U\$ FOB 22.681.239.³⁶

A principal atividade econômica do município é a agricultura, tendo um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, de 0,741.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2010), configurando uma divergência entre fontes, a população total em 2016 era de 35.123 habitantes, sendo que 4,48 % da população do município, em 2010 estavam em extrema pobreza e 6,31% da população possui plano de saúde³⁷.

No âmbito da saúde, o município de São Luiz Gonzaga pertence à 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com sede em Santo Ângelo.

Quanto à geografia, o Município de São Luiz Gonzaga possui cinco distritos, sendo eles: Afonso Rodrigues, Santa Inês, Rincão de São Pedro, Capela São Paulo

³⁶ Dados disponibilizados pela Fundação de Economia e Estatística - FEE. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/perfil-ocioeconomico/municipios/detalhe/?municipio=S%3o+Luiz+Gonzaga>>.

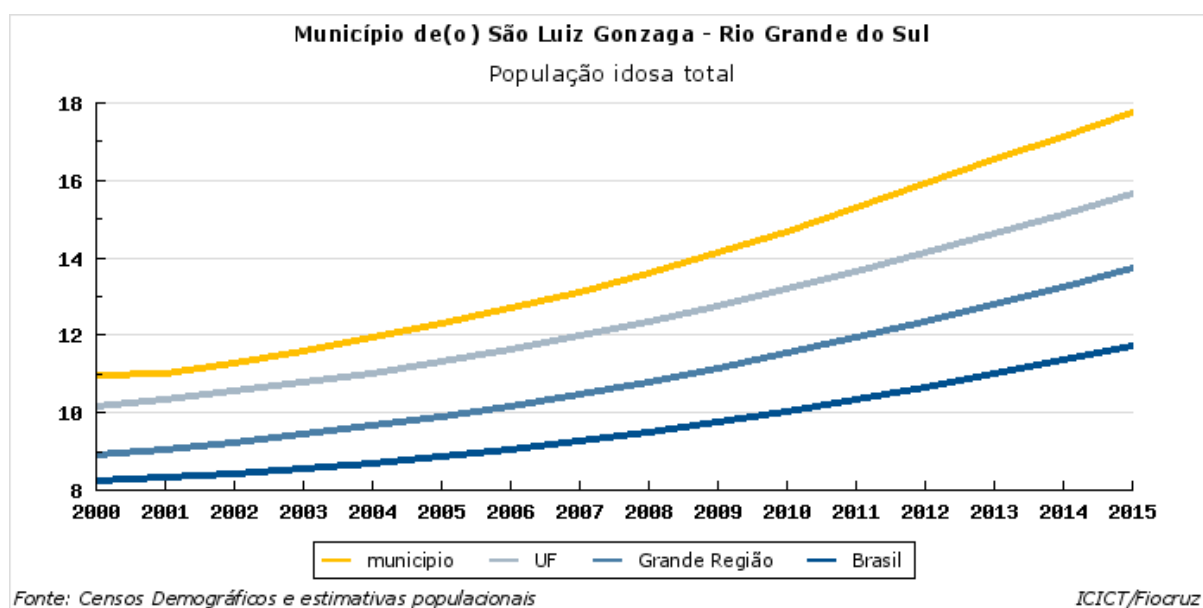
³⁷ Dados do Ministério de Saúde, de junho de 2017.

e São Lourenço. Na área urbana, está dividido nos Bairros: Centro, Agrícola; Auxiliadora, Duque de Caxias, Gruta, Monsenhor Wolski, Oeste, Pedreira, Presidente Vargas, Raimundo Gomes Neto, Jardim Residencial Centenário, Vila Ferrari, Floresta, Harmonia, Jauri, Joaquim Nascimento, Trinta, Marcos, Mário, Nova e Paz.

A fim de mapearmos a situação do envelhecimento no município de São Luiz Gonzaga, utilizamos o Banco de Dados da Fundação Osvaldo Cruz- FIOCRUZ.

No que tange aos indicadores demográficos, o Município de São Luiz Gonzaga, seguindo o que aconteceu com o Brasil e com o Rio Grande do Sul, apresentou um significativo processo de envelhecimento, uma vez que o número de idosos passou de 4.370 pessoas, em 2000, para uma população idosa total de 6.240 habitantes em 2015³⁸.

Figura 3: Proporção da população idosa total



No ano de 2000, os idosos representavam um percentual de 10,96% da população total de São Luiz Gonzaga, passando para 14,65% em 2010, e aumentando para 17,73% no ano de 2015.

A população idosa era composta por 6.253 idosos residentes em São Luiz Gonzaga no ano de 2016.

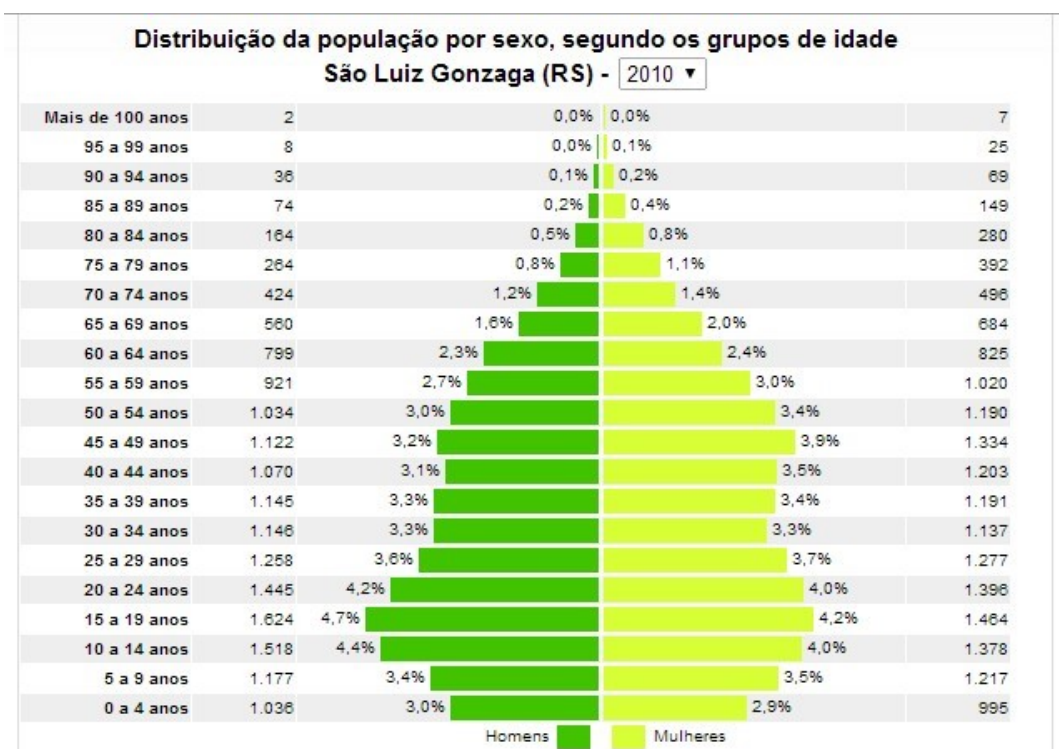
³⁸ Dados obtidos no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso – SISAP IDOSO, da Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ. Disponível em: <<http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/consulta-por-municipio>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

A taxa de analfabetismo evidenciou uma proporção de idosos analfabetos, no ano de 2010, de 8,32%.

Cabe salientar que o percentual de idosos de 85 anos ou mais, em relação à população idosa total, residente no município, no ano de 2010, era de 8,13³⁹ e a proporção de idosos com 80 anos ou mais no ano de 2016 era em torno de 14%.⁴⁰

A Pirâmide Etária, tendo por base o Censo 2010, estava assim representada:

Figura 4: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade



Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010.

Segundo a área de residência, a distribuição da população total do município apontou que, em 2010, 30.508 pessoas moravam em área urbana, perfazendo um percentual de 88,3%; e 4.048 habitantes moravam em área rural, correspondendo a 11,7% da população total do município. Quanto à população idosa, dados do mesmo ano apontam que 10,36% moravam na área rural e 15,86% residiam em área urbana.

³⁹ Segundo dados disponibilizados via FIOCRUZ.

⁴⁰ Conforme indicadores da Fundação de Economia e Estatística.

No que diz respeito ao gênero, a composição demográfica total demonstrava a predominância do gênero feminino dentre a população residente em São Luiz Gonzaga, onde, segundo o Censo 2010, os números contabilizavam 17.729 mulheres e 16.827 homens. Ao analisarmos o contexto da população idosa, no ano de 2016, esta apresentava um número de 3.457 habitantes do gênero feminino e 2.796 habitantes do gênero masculino, o que ratificou a feminilização da velhice. No mundo, em geral, existe uma proporção maior de mulheres idosas do que de homens, quando se considera a população total de cada sexo. Existe um excedente, portanto, de mulheres idosas em relação aos homens em idade avançada. Como resultado de uma desigualdade de gênero na expectativa de vida, existe a proporção maior de mulheres do que de homens nesse grupo populacional. As mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens e estão vivendo mais do que nunca. Outra característica desse grupo populacional é que existe uma maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária.

Outros dados apontados pela Fundação Oswaldo Cruz, considerados como indicadores de saúde, que corroboram a realidade da população idosa no município de São Luiz Gonzaga e, dessa forma, tornam-se essenciais para esta pesquisa são os referentes à fragilidade social.

Tendo como base o ano de 2010, o perfil da população idosa, quanto à fragilidade social, ficou assim constituído: 18,32% dos idosos residentes no município eram analfabetos, sendo que a proporção de idosas do sexo feminino analfabetas era maior (21,43%). Os idosos com rendimento nominal de até um salário mínimo totalizavam 55,14, onde somente 28,60% eram economicamente ativos. O Índice Municipal de Vulnerabilidade Sociofamiliar (IVSF), nesse mesmo ano, foi de 0,42.⁴¹ Esse indicador se refere ao risco de vulnerabilidade sociofamiliar, ao qual o idoso residente no município está sujeito, sendo composto por cinco dimensões: características individuais adstritas; características socioeconômicas individuais (sabe ler, escrever, nível de escolaridade e renda); arranjo doméstico (mora sozinho, não tem cônjuge, não tem cuidador, não é responsável pelo domicílio, nem cônjuge do responsável); situação socioeconômica do domicílio (renda per capita, bens no imóvel, domicílio inadequado) e características municipais

⁴¹ O IVFS tem variação de 0 até 1, onde 1 seria o máximo de vulnerabilidade possível pela metodologia desenvolvida.

(IDH, GINI, enfermeiro por habitante, cobertura da ESF).

Dando continuidade ao mapeamento, abordamos a Longevidade, Mortalidade e Fecundidade do Município, igualmente baseados nos dados coletados pelo IBGE no Censo 2010.

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	67,1	70,8	76,3
Mortalidade até 01 ano de idade (por mil nascidos vivos)	25,8	21,0	11,1
Mortalidade até 05 anos de idade (por mil nascidos vivos)	30,2	24,5	12,9
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	2,6	2,4	1,9

Fonte: Pnud, Ipea e FJP.

Quanto às condições de saúde dos idosos de São Luiz Gonzaga, os indicadores de bem-estar e estado funcional, mensurados para o ano de 2010, demonstraram que 65,58% dos idosos tinham alguma deficiência, sendo que 25,33% apresentavam dificuldade de ouvir, sendo a maioria do gênero masculino, e 50,57% dos idosos apresentavam alguma dificuldade de enxergar, sendo a população feminina com maior incidência nesse item. Quanto à existência de alguma deficiência motora, os dados apontaram uma incidência de 30,91% dos idosos, havendo um percentual maior entre as mulheres (37,09%).

A fim de que políticas públicas sejam planejadas, estruturadas e implementadas, a partir de uma nova matriz, é fundamental que sejam conhecidos os indicadores de morbidade de São Luiz Gonzaga. Em 2015, 890 idosos sofreram internações hospitalares, sendo 424 homens e 466 mulheres. Do número total de internações SUS, em 2015, 35,14% foram idosos. Quanto à causa, 49 homens e 38 mulheres foram internados devido a alguma neoplasia, ressaltando que houve 5 casos de idosas internadas por neoplasia de mama e 15 casos cuja causa foi neoplasia de estômago, esôfago, cólon, reto ou ânus. Tendo por causa alguma doença infecciosa ou parasitária, foram internados, no ano de 2015, 44 idosos devido a doenças do aparelho circulatório, esse número aumentou para 190 idosos; e tendo por causa infecções do trato respiratório ocorreram 187 internações de idosos. Ainda abordando indicadores de morbidade, apontamos as 31 internações de idosos por diabetes mellitus, 28 internações por doenças isquêmicas do coração,

79 internações tendo por causa insuficiência cardíaca, 6 casos de fratura de fêmur e 28 idosos internados cuja causa foi queda em pelo menos uma das causas.

4.2 ATENÇÃO BÁSICA, LIMITES E POSSIBILIDADES DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES

A atenção primária da saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica, ganhou notoriedade consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS).

Aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, caracteriza-se por um

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida.⁴²

Essa publicação do Governo Federal chama a atenção ao fato de que a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) foi idealizada com alto grau de descentralização, por estar próxima da vida das pessoas, sendo a porta de entrada do Sistema, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, tendo como fundamentos e diretrizes:

- I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de

⁴² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 19

saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo

progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais.⁴³

Cabe neste trabalho fazermos uma distinção ao fato de que a atenção básica tem como finalidade cumprir alguns objetivos essenciais, a fim de contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção Básica. Dentre elas podemos citar: ser base, no sentido de modalidade de atenção; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde; coordenar o cuidado, com vistas a elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos, assim como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários; ordenar as redes, no sentido de reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge a partir do PSF (Programa Saúde da Família), nascido na década de 90, que fazia parte do processo de reforma do setor da saúde, com o objetivo de alargar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção. Em 2006, o Governo Federal estabelece que o Programa tornava-se então a estratégia prioritária do ministério para organizar a atenção básica, recebendo então a nova nomenclatura de Estratégia Saúde da Família (ESF). Com essa alteração, as atividades de atenção primária começaram a ser desenvolvidas, porém sem previsão de tempo para finalizar. A estratégia favorece uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial para o aprofundamento dos princípios e diretrizes do SUS, ampliando a resolutividade da atenção e impactando na situação de saúde das pessoas e coletividades.

Dessa forma, a execução dessas atividades passou a ser realizada por uma Equipe multiprofissional, pois o Ministério da Saúde enfatiza que “as atividades deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação”.⁴⁴

Quanto ao Modelo de Gestão de Saúde adotado pelo município de São Luiz Gonzaga, este encontra-se habilitado para o Modelo de Gestão de Saúde Plena de Atenção Básica.

⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

⁴⁴Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 20-23

A terceira e última parte desta dissertação trata, propriamente, da política pública de saúde desenvolvida para a população idosa no município de São Luiz Gonzaga, onde propomos ao cabo a elucidação de elementos norteadores para a implementação de uma nova matriz de referência para a política pública de saúde à pessoa idosa.

Dessa forma, trazemos à baila uma abordagem sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de São de São Luiz Gonzaga, por ser o “locus” de nossa proposta, cuja fonte é o Plano Municipal de Saúde do município.⁴⁵

A sede da Secretaria Municipal de Saúde está localizada na Rua Fernando Machado, nº 2899, Bairro Agrícola, Telefones: (55) 3352 4399, 3352 4020. Foi criada através da Lei Municipal nº 1.932, de 07 de janeiro de 1986.

Tem como competências, conforme a Lei nº 8.080/90 e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

- I - Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, por meio do COSEMS, estratégias, diretrizes e normas de implementação da atenção básica no Estado, mantidas as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta portaria.
- II - Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da atenção básica;
- III - Ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da atenção básica transferidos aos municípios;
- IV - Inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica;
- V - Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União;
- VI - Prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;
- VII - Definir estratégias de institucionalização da avaliação da atenção básica;
- VIII - Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família;
- IX - Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de atenção básica, em conformidade com a legislação vigente;
- X - Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;
- XI - Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o

⁴⁵ Após o cumprimento de todos os trâmites legais e aprovação do Conselho Municipal de Saúde, o Prefeito Municipal emitiu o Decreto Municipal nº 4.196, de 01 de julho de 2014, homologando o Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;

XII - Programar as ações da atenção básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

XIII - Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

XIV - Organizar o fluxo de usuários visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

XV - Manter atualizado o cadastro no sistema de cadastro nacional vigente dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e

XVI - Assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

A Secretaria Municipal de Saúde presta atendimento à população urbana e rural através da cobertura de Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, descentralizadas a fim de facilitar o acesso da população aos atendimentos.

Para a execução de políticas de promoção, prevenção e reabilitação, através de tratamento individual e/ou coletivo, dentro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, está dividida em setores, quais sejam: Gabinete do Secretário, Setor Administrativo, Planejamento de Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Vigilância em Saúde⁴⁶, Laboratório de Análises Clínicas, Assistência Farmacêutica, Saúde Bucal, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Unidades Básicas de Saúde de Apoio distribuídas em comunidades rurais, tais como Afonso Rodrigues, Rincão de São Pedro, São Lourenço, Capela São Paulo, Rincão dos Pintos e Santa Inês.

Somam-se a essas unidades, a Unidade Básica do Centro de Saúde Lourivaldino Furtado, que realiza atendimentos na área da Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Rede Cegonha, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), Planejamento Familiar, Serviço de Cardiologia, Serviço de Mamografia, Clínica Geral. Sedia ainda o Banco de Dados da SEMSA e uma extensão do Serviço de Mamografia do Hospital São José (através de convênio). Nesse ambiente também são realizados encaminhamentos para o Centro de Reabilitação Física (Giruá) e grupos de Tabagismo, sendo que a Unidade Básica localizada na sede da Secretaria Municipal

⁴⁶ Vigilância em Saúde engloba Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

de Saúde disponibiliza atendimento médico e de enfermagem diariamente, especialmente à população residente em área não coberta por Estratégia de Saúde da Família. Nessa Unidade são realizados grupos de Hiperdia (hipertensos e diabéticos), perícias médicas de servidores municipais e exames citopatológicos.

Fazem parte da estrutura organizacional da Secretaria municipal de Saúde o Setor de Transporte e os Serviços de Atenção Especializada, que envolvem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Setor de Encaminhamentos de Consultas e Exames Especializados, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), SAMU/SALVAR e os Serviços de Apoio, que englobam o Serviço de Psicologia, Serviço de Fisioterapia e Serviço de Nutrição.

A atenção Básica no Município de São Luiz Gonzaga é estruturada a partir de uma coordenação, que tem como objetivo gerenciar as ações básicas de saúde, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, nos seguintes serviços:

- Estratégia de Saúde da Família: atualmente o município conta com onze unidades, com cobertura de Atenção Básica de 100%, considerando a Estratégia Saúde da Família com cobertura de 100%⁴⁷. São elas e suas abrangências:

* Unidade Básica de Saúde (UBS) Duque de Caxias: atende à população residente nos bairros Harmonia, Duque de Caxias e parte do Centro;

* Unidade Básica de Saúde (UBS) Tia Fia: atende à população residente no Bairro Joaquim Nascimento, Bairro Pedreira, Bairro Vila Trinta, parte do bairro da Gruta e comunidade de Afonso Rodrigues;

* Unidade Básica de Saúde (UBS) Clélia Mattos Gomes: atende à população residente no Bairro Paz, Vila Trevo, Bairro Loureiro, parte do Centro e comunidade Rincão de São Pedro;

* Unidade Básica de Saúde (UBS) Agrícola: atende à população residente nos bairros Agrícola, Vila Jauri, parte do Centro e comunidade de Santa Inês;

* Unidade Básica de Saúde (UBS) Presidente Vargas: atende à população residente nos bairros Presidente Vargas, Monsenhor Wolski, parte do Centro e parte do Bairro Auxiliadora, comunidades Laranja Azeda e São Lourenço das Missões;

* Unidade Básica de Saúde (UBS) Mário: atende à população residente na

⁴⁷ Parâmetro de cobertura utilizado na PNAB, IDSUS e COAP, que consideram população de 3000/hab./equipe, sendo que para equipes organizadas de outras formas considera-se a carga médica na Atenção Básica de 60h/semanais para 3.000 hab.

Vila Mário, parte do Bairro Auxiliadora, Jardim Residencial Centenário, Vila União, parte da Restinga Seca, Pirajú, Bairro Argentino Perim, Vila Antenor Ferrari, e Área Industrial;

* Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Chico: presta atendimento de atenção básica para a população residente no Bairro Boa Esperança, Vila Itapevi, Vila Nova, parte do bairro da Gruta e parte do Bairro Vila Trinta;

* Unidade Básica de Saúde (UBS) Ramona Gonçalves Ferreira: atende os moradores do Bairro Raimundo Gomes Neto, Bairro Vila Marcos, parte do Bairro Duque de Caxias e parte do Centro;

* Unidade Básica de Saúde (UBS) Juvenil Caldas Lanzini: atende moradores de parte do Centro da cidade e parte do Bairro Gruta;

* Unidade Básica de Saúde (UBS) Floresta: presta atendimento de atenção básica aos moradores do Bairro Floresta, parte da Vila Paz, parte do Bairro Gruta e parte do Bairro Boa Esperança;

* Unidade Básica de Saúde (UBS) Saúde Prisional: presta assistência de saúde integral às pessoas privadas de liberdade, dentro da Penitenciária Estadual de São Luiz Gonzaga.

Quanto aos serviços, programas e políticas públicas de saúde executados pela Secretaria Municipal de Saúde, através de recursos financeiros disponibilizados pelo SUS, via União, Estado e Município, cabe citar que os recursos repassados pela União acontecem através de quatro modalidades de transferência, quais sejam, Convênios, Fundo a Fundo, Contrato de Repasse e Termo de Execução Descentralizada.

Os programas executados no município que recebem incentivo Federal são: Programa de Assistência Farmacêutica Básica, PAB Fixo, Programa de Requalificação de UBS – Informatização e Telessaúde; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Incentivo adicional ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ (RAB-PMAQ-SM); Saúde Bucal; Programa Saúde na Escola – PSE; Estratégia Saúde da Família; Programa de Requalificação de UBS – Reformas; Programa de Requalificação de UBS – Construção; Serviços de Atendimento Móvel às Urgências SAMU 192 (RAU-SAMU) Municipal; Serviços de Atendimento Móvel às Urgências SAMU 192 (MAC)

Municipal e Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS).

Os recursos provenientes do Estado auxiliam no custeio dos seguintes projetos: Rede Cegonha, Linha Álcool, Crack e outras drogas, ESF – Incentivo e Investimento, Saúde Prisional, Rede Urgência e Emergência, Assistência Farmacêutica Básica, Regionalização da Saúde – PPC (Consulta Popular), Atenção Deficiência Assistencial Complementar e Gestão Plena Sistema Estadual Saúde (CAPS e SIA Média Complexidade).

Quanto aos recursos aplicados pelo município em ações e serviços públicos de saúde sobre a receita de impostos líquida e transferências constitucionais e legais, salientamos que no ano de 2017 o município investiu R\$ 11.850.254,65, correspondendo a 21,22%.

Nesse tocante de repasses financeiros, é importante sublinhar as alterações ocorridas no que tange aos Blocos de Financiamento. A Emenda Constitucional nº 29, promulgada em 13 de setembro de 2000, assegurou o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo aportem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo.⁴⁸ Para efeito da aplicação dessa Emenda Constitucional, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

- sejam destinadas às ações e aos serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
- estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;
- sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

⁴⁸ Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/fundo-a-fundo>>. Acesso em: 6 fev. 2018.

A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle, sendo que os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

Contudo, em 28 de dezembro de 2017 foi publicada, em Edição Extra do Diário Oficial da União, a Portaria nº 3.992, que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28/09/2017, que contemplava a Portaria nº 204/2007.

Anteriormente, os blocos de financiamento sempre se caracterizaram por serem blocos financeiros, tendo uma conta corrente vinculada a cada um dos 5 (cinco) blocos de custeio, exceto o Bloco de Investimento, que se caracterizava por ter contas correntes vinculadas a cada projeto, o que poderia ser confundido com convênios.

Essa nova portaria traz expressivas mudanças, dentre elas a forma de transferência dos recursos financeiros para custeio e investimento, uma vez que os recursos para custeio serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de custeio e os recursos para investimentos ainda não contemplados com repasse serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de investimento; a junção dos antigos blocos de financiamento e de custeio em um único bloco, mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Custeio. Esses grupos de ações deverão refletir a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União e que deu origem ao repasse do recurso,

bem como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde dos entes subnacionais. As vinculações orçamentárias continuam com a obrigatoriedade de refletir as ações pactuadas de governo. A referida portaria separa definitivamente, de forma inequívoca, o fluxo orçamentário do fluxo financeiro. Essa separação fortalece os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas. E o mais importante, sempre mantendo a lógica do orçamento público, isto é, divulgar para a sociedade o que vai fazer – peça orçamentária – e mostrar o que fez – execução orçamentário-financeira refletida no relatório de gestão.

As despesas referentes aos recursos federais transferidos na modalidade fundo a fundo, bem como em qualquer outro tipo de transferência, devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido. As contas correntes serão abertas nos CNPJs dos fundos de saúde dos estados, municípios e Distrito Federal, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012 e das normas editadas pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, ou seja, natureza jurídica 120.1 – fundo público, condição existente atualmente em todos os fundos de saúde do país. Quanto às solicitações de alterações de domicílio bancário, deverão ser encaminhadas ao Diretor-Executivo do Fundo Nacional de Saúde pelo gestor de saúde, sendo permitida nova alteração somente após um ano da solicitação anterior.

Convém assinalarmos que os saldos financeiros das contas correntes vinculadas aos recursos federais transferidos em datas anteriores à vigência da Portaria nº 3.992/2017, poderão ser transferidos para a conta corrente única do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, observando-se sempre a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados e o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos, que regulamentaram o repasse à época do ingresso dos recursos no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município. Sem prejuízo de outras formas de controle realizadas pelo Ministério

da Saúde, a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverá ser encaminhada para o Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão, que é elaborado anualmente e submetido ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação.

Cabe ressaltar que no Plano Municipal de Saúde não consta nenhuma ação específica para a população idosa, com base na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde, através da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família, no município de São Luiz Gonzaga, o que denota a inexistência da Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa.

4.3 ELEMENTOS NORTEADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA NOVA MATRIZ DE REFERÊNCIA

A existência de uma política pública nacional de saúde à pessoa idosa não se mostra mais suficiente para atender ao preceito constitucional de direito à saúde, assim como aos princípios norteadores do SUS, estampados na Lei Federal nº 8.080/90. É chegado o momento de estabelecer uma política pública local efetiva, sendo isto que iremos propor na finalização deste trabalho.

A atual situação epidemiológica brasileira e gaúcha, representada pelo número de doenças crônicas acometendo os idosos, a transição demográfica e o fenômeno do envelhecimento justificam a incorporação de políticas de saúde à pessoa idosa no contexto da atenção primária à saúde em geral e, em particular da estratégia da saúde da família.

A Atenção Primária é a principal porta de entrada do SUS para pessoas com 60 anos ou mais, portanto é de suma importância a qualidade do cuidado ofertado neste nível de atenção, onde as ações aí realizadas contribuirão para a qualificação, bem como para a garantia da integralidade da atenção à saúde prestada aos idosos.

O propósito principal desta nova matriz de políticas de saúde à pessoa idosa é sistematizar e organizar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito da atenção básica. Com isso, busca-se contribuir com o aperfeiçoamento da ação governamental, especificamente aquela sob responsabilidade e gestão da Política

Nacional de Saúde do Idoso a partir da implementação de uma Política de Saúde à Pessoa Idosa, por meio da adoção de ações na atenção primária em saúde, num esforço convergente e complementar às demais políticas públicas ofertadas aos idosos.

A matriz proposta vai elencar ações prioritárias relacionadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, que são de responsabilidade do conjunto de profissionais de saúde.

Quanto aos pressupostos conceituais e organizacionais da matriz, ressaltamos que, ao construí-la, serão considerados, previamente, alguns elementos e conceitos estratégicos e de cunho organizacional. Tais pressupostos compreendem os sujeitos das ações, quais sejam: o indivíduo, a família e a comunidade; os níveis de intervenção, sendo a gestão das ações de saúde propriamente dita, que engloba ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, cuidado e assistência; e o caráter das ações, que poderão ser universais, ou seja, aplicáveis a quaisquer fases do curso da vida, e específicas, sendo as aplicáveis especificamente aos idosos.

No que tange aos sujeitos das ações ou da abordagem da atenção, entende-se que o indivíduo, a família e a comunidade são três distintos sujeitos da abordagem do cuidado. Logo, a família e a comunidade não serão entendidas aqui como meros locais onde os profissionais executam suas ações, muito embora a atenção à saúde possa ser prestada em diferentes locais de abordagem, quais sejam, nas próprias unidades básicas de saúde, no núcleo familiar ou no domicílio e nos espaços comunitários.

Uma vez que os indivíduos, famílias e comunidades são sujeitos da atenção, eles devem ser vistos como “sujeito coletivo” ou “corpo social”, que tem características próprias e fatores que lhes afetam a saúde de forma mais ou menos específica. Ou seja, famílias e comunidades não devem ser vistas como mero aglomerado de indivíduos. Embora agreguem pessoas, esses agrupamentos sociais têm características, dinâmicas e formas de organização diferentes, como também o são as suas necessidades e os resultados e impactos de fatores diversos que possam lhes afetar. Um mesmo fato pode afetar esses três sujeitos, mas as explicações causais, os determinantes e as implicações para cada um deles são

específicos e determinam resultados diferentes de acordo com a direção do olhar profissional ou da atenção. E isso deve ser levado em conta quando se estabelece o cuidado à saúde.

As famílias devem ser vistas como uma unidade na atenção à saúde, mas que apresentam especificidades e diferenças entre uma e outra. Elas vivem em locais e em condições diferentes, são afetadas por fatores culturais, sociais, econômicos e educacionais distintos. Além disso, na família podem conviver indivíduos de diferentes fases do curso da vida.

Da mesma forma, uma comunidade não pode ser olhada como um simples somatório de pessoas ou de famílias. Cada uma delas é um sujeito coletivo e tem suas especificidades, dinâmicas, modos e formas de se organizar, pois é composta por distintos núcleos familiares ou outras formas variadas de organização social.

Contudo, definir ações que tenham como sujeitos da abordagem a família e a comunidade permite consonância com o olhar e a estratégia de cuidado pretendida com a construção de um novo modelo de atenção à saúde, tendo seu foco principal na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família. São esses dois âmbitos de atuação – família e comunidade – que, na concepção lógica desta nova matriz, têm potencial para permitir intervenções que possam qualificar a atenção à saúde, dando-lhe maior resolubilidade e promovendo a integralidade da atenção, atendendo aos princípios do SUS, da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família.

A nível municipal torna-se essencial a atuação no território com base no matriciamento orientado pela funcionalidade da pessoa idosa, via apoio à família, a utilização dos recursos da comunidade, a pactuação das estratégias de incentivo para a gestão mapear, planejar e instituir a Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa e definir papéis e responsabilidades da equipe de saúde e assistência social, segundo os tipos de apoio que podem ofertar, evidenciando a transversalidade ao assistir esse grupo etário.

É necessário, portanto, uma política municipal de saúde da pessoa idosa, que seja transversal, envolvendo as políticas sociais e de saúde em conjunto com outros setores que venham a complementá-los. Para isso, é preciso a garantia de recursos financeiros para o estabelecimento dessa política derivada de marco regulatório bem definido e específico para esse fim.

A operacionalização de uma política municipal de saúde da pessoa idosa envolve uma rede formada por hospitais, centros de convivência, cuidado domiciliar formal, leitos de cuidados prolongados, instituições de longa permanência, atenção domiciliar, Estratégia Saúde da Família e outros serviços que atendam às novas demandas, envolvendo os diferentes sistemas, que necessitam trabalhar de forma complementar e integrada.

O Brasil possui um vasto arcabouço legal que assegura direitos, entre eles o cuidado à pessoa idosa. É fundamental a efetivação das políticas de cuidados já existentes, uma vez que seus resultados ainda se mostram insuficientes.

Desse modo, uma Política Municipal de Saúde à Pessoa Idosa necessita ser urgentemente construída e implementada, garantindo a manutenção da dignidade através de uma assistência adequada e integral. Sendo assim, ao pensarmos em assistência ao idoso, devemos mudar nosso olhar assistencial, pautado no modelo médico hegemônico, para uma discussão em torno de determinantes socioeconômicos preponderantes na análise do processo saúde-doença, tendo como premissa a melhoria efetiva das condições de vida da população idosa. Uma abordagem plural, ampla, primando pelo envelhecimento saudável, resultará em uma população envelhecida com menos doenças e com capacidade funcional preservada, garantindo a autonomia e a independência.

Essa política deve ser construída de forma democrática e participativa, com a definição de princípios, diretrizes, objetivos e com o estabelecimento de competências claras e factíveis. Nessa construção é essencial garantir a participação dos próprios idosos, sendo imprescindível sua atuação na condição de protagonistas desse processo, uma vez que são os que mais conhecem suas necessidades, estimulando-os a saírem da silenciosidade que, na maioria das vezes, os coloca em um cenário de invisibilidade.

Entende-se que a adequada construção da Política de Saúde à Pessoa Idosa necessita de um trabalho conjunto de diferentes atores sociais, gestores, controle social, estudiosos e pessoas idosas.

Entretanto, não basta a criação de uma política municipal e estratégias sem o investimento na formação de profissionais de saúde comprometidos com a mudança de velhos conceitos. É essencial, para atuar na atenção básica, a presença

de profissionais comprometidos, de alta competência técnica e com fortes requisitos de humanização, preparados para agirem no contexto do sujeito.

Assim, focar as competências na atuação junto ao idoso objetiva novos recortes do conhecimento e sua contextualização no processo social do envelhecimento e na prestação de serviços. Inclui a capacidade de atuação frente à imprevisibilidade e diversidade de situações, almeja o trabalho em equipe multiprofissional e a mobilização de conteúdos diversos buscando a atuação integral ao nível do profissional de saúde, das estruturas organizacionais, e dos arranjos políticos.

Para tanto, é essencial que seja uma política de Estado e não apenas uma política de governo, contemplado no Planejamento Estratégico, estando presente no Plano Municipal de Saúde, e, sobretudo seja composta de indicadores passíveis de mensuração, de forma a serem acompanhados e avaliados não somente pelos gestores, mas, e principalmente, pela própria sociedade.

Para o processo de planejamento e tomada de decisão em saúde é essencial conhecer as condições e vida da população, para assim estabelecer processos contínuos de acompanhamento. O planejamento adequado de ações de saúde só é possível quando o gestor conhece as principais características e problemas de saúde de sua população. Por outro, a sua eficiência e eficácia dependem de acompanhamento da implementação e dos resultados dos programas por meio de indicadores.

A efetiva implantação de uma Política Municipal de Saúde para a pessoa idosa necessita ter como base e como suporte de uma minuciosa e profunda análise de situação de saúde tem como objetivo simplificar o trabalho e compreensão do gestor sobre as características de saúde da população idosa de seu território e para isso existem alguns indicadores essenciais.

Os indicadores de saúde são medidas-sínteses, quantitativas, que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde de uma população. A análise dos indicadores de cada dimensão traz informações que auxiliam o entendimento das demandas que devem ser priorizadas pelos gestores no seu processo de programação e desenvolvimento de ações de saúde.

Tendo como base os indicadores que compõem uma Matriz de Dimensões,

há subsídios suficientes para a montagem de uma nova Matriz de Política que agregue as diretrizes, com o propósito de atingir os objetivos propostos para cada meta. Nesse contexto, as Estratégias de Saúde da Família devem estruturar programas de atenção, pautados em um estudo epidemiológico da população idosa do município, para, a partir dessa realidade, planejar a intervenção nos diferentes níveis de atenção, quais sejam, promoção, prevenção, assistência e reabilitação.

O acolhimento adequado, seguido de uma avaliação da pessoa idosa nos serviços de atenção básica tem por objetivo um olhar global, com ênfase na funcionalidade.

A partir dessa avaliação proposta, busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou atividades de vida diária das pessoas idosas, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. A capacidade funcional surge, como um novo paradigma de saúde, a partir das diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), onde a independência e a autonomia são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa.

A avaliação funcional do idoso é um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas pelas equipes de atenção.

A rede de atenção básica deve ser capaz de identificar e assistir de forma eficiente os idosos fragilizados, isto é, aqueles com maior risco em desenvolver incapacidade funcional. Concomitantemente, acompanhar os de menor risco e propor o desenvolvimento de ações e atividades de educação e promoção de saúde.

Embasados no contexto de envelhecimento da população são-luizense, a Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa de São Luiz Gonzaga (RS) deve ter como propósito principal, através das ações desenvolvidas via Secretaria Municipal de Saúde, melhorar a condição de saúde do idoso residente no município e reduzir o risco de internação/reinternação, bem como a busca contínua da independência, da autonomia, da funcionalidade do idoso, mantendo-o na sua comunidade pelo maior tempo possível.

O alcance de tal propósito, se viabilizará por meio da assistência integral,

interdisciplinar, humanizada e transversal, pautada pelas diretrizes de trabalho da Coordenação Estadual de Saúde do Idoso, que são:

- Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como centro da atenção à Saúde do Idoso, tendo como ações prioritárias a implementação da Estratégia da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, realização da Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa e Classificação da Fragilidade, responsabilidade sanitária sobre as Instituições de Longa Permanência de Idosos no território de abrangência das equipes de saúde da família habilitadas e garantia de acesso prioritário aos serviços de saúde nos termos da lei.

- Organização da rede de atenção a saúde da pessoa idosa, com forte ordenamento da Atenção Primária em Saúde, garantindo a continuidade de acesso e cuidado nos pontos de atenção especializados em especial para os idosos frágeis. Quanto as ações prioritárias que contemplam essa diretriz, apontamos a ampliação da cobertura das Equipes de Atenção Domiciliar, a implementação do serviço de fonoterapia e fisioterapia domiciliares.

- Reconhecimento da pessoa idosa como “usuário sanitário” do Sistema Único de Saúde, ou seja, as ações de cuidado devem ser articuladas com outras políticas públicas em especial com o Sistema Único de Assistência Social. A ação prioritária desta diretriz diz respeito a articulação sanitária para acompanhamento da implementação dos serviços de alta complexidade da Assistência Social que envolvem a moradia e o cuidado das pessoas idosas, em especial as Instituições de Longa Permanência para Idosos.

- Produção de modelos de atenção a saúde da pessoa idosa que invistam na implementação de ferramentas centradas no autocuidado e em planos integrados de cuidado, cuja ação prioritária é de consolidação de diretrizes de enfrentamento a latrogenia.

- Corresponsabilização no financiamento do cuidado a saúde da pessoa idosa, com a ação de prioritária de garantia de cofinanciamento em todos os níveis de atenção a saúde das pessoas idosas e atrelamento dos financiamentos a resultados.

- Educação Permanente aos profissionais de saúde em áreas de interface para o cuidado em saúde da pessoa idosa, cuja ação prioritária de garantia da oferta

de formação para os profissionais do SUS em temas relativos ao envelhecimento e ao cuidado em saúde da pessoa idosa.

A qualidade de vida é uma construção global referenciada a diversos aspectos acerca do envelhecimento como fato individual e social. É imprescindível pensar todo o processo de envelhecimento transcendendo os fenômenos fisiológicos e patológicos. Esta etapa da vida deve ser compreendida em seus aspectos biopsicossociais e as alterações sociais desempenham um importante papel e em muitas situações a deflagração destes problemas pode ser atenuada com medidas preventivas.

As políticas de saúde devem contemplar todo o ciclo da vida para contribuir não somente que mais pessoas envelheçam, mas que o envelhecimento ocorra de forma digna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação discutiu sobre a aplicabilidade da Política Municipal de Saúde para a pessoa idosa no município de São Luiz Gonzaga (RS) a fim de organizar o Sistema Único de Saúde em termos da garantia em sua efetividade e equidade.

A longevidade é, sem dúvida, uma conquista coletiva; no entanto, também apresenta-se como um risco e uma preocupação social, pressupondo uma especial atenção em saúde. As diferentes situações do cotidiano que envolve a saúde da pessoa idosa, na atualidade, requerem necessariamente uma mudança de paradigma e um coletivo mais cuidadoso.

É sabido que está incluso, dentre as funções da política de saúde, em especial do Sistema Único de Saúde, contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. Oportunizar qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem, ou seja, um envelhecimento saudável e autônomo é o grande objetivo nesse processo. Dentro desse contexto, é irrefutável a necessidade que uma política municipal de atenção a saúde do idoso seja implantada na Secretaria Municipal de Saúde de São Luiz Gonzaga, tendo como vias de acesso a Atenção Básica.

Ao considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto e cenário atual em direção à produção de um ambiente social e cultural favorável para a população idosa, pois o perfil do idoso está mudando, ainda que lentamente, dentro de um novo olhar de velhice, emergindo outra representação social, um idoso mais ativo, participativo, conhecedor de seus direitos, integrado socialmente.

Aqui se pontua a educação como estratégia fundamental para empoderar o idoso rumo a este processo de superação da marginalização, estereótipos negativos, para a construção deste novo olhar frente a velhice. Isto posto, a educação traz consigo um papel fundamental na formação crítica do idoso, para que tenha condições de manter-se ativo e consciente da sua própria velhice.

É notório a inevitabilidade de que seja oportunizado uma maior inserção social da pessoa idosa, enquanto ator social, pois assim terá possibilidade de

articulação, passará a exigir mais respeito, dignidade e um compromisso sociopolítico a propósito dos seus direitos.

Outro aspecto interessante, percebido no decorrer da pesquisa, que subsidia e fortalece a implementação de políticas públicas para a pessoa idosa no município de São Luiz Gonzaga é considerar que na medida em que o idoso adquirir melhores condições de vida, em todos os aspectos, superando o estigma de improdutividade, mantendo-se ativo, trabalhando, integrado ao mercado de trabalho, os gastos com a saúde e com a previdência social também diminuirão.

As políticas públicas para as pessoas idosas devem promover a solidariedade entre gerações, ou seja, diferentes grupos da população necessitam de cuidados e atenção especial da sociedade política e civil, devido a situação de vulnerabilidade que enfrentam, mas deve ser de forma equilibrada para a implementação de políticas públicas que favoreçam uma sociedade mais justa. Não pode ser considerado um ato de assistencialismo, mas antes deve ser encarado como de solidariedade e de justiça social.

O envelhecimento pode e deve ser compreendido, como um processo natural, onde há uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Assim, ao pensar cuidado da pessoa idosa, é preciso que seja evitado o preconceito de que todas as alterações que ocorrem com estes sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, situação essa que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças e agravos. Da mesma forma que tratar o envelhecimento natural como sendo uma doença, a partir de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

Verificou-se na pesquisa que as políticas públicas pouco registram e ainda não reconhecem a relevância de atuações específicas para a população idosa no município de São Luiz Gonzaga, configurando a falta de um compromisso público que objetive dar conta de determinadas demandas, em diversas áreas.

Para isso, é necessário que os gestores públicos tenham a clareza de que ao implementar políticas públicas que permitam a transversalidade, além de

estabelecer diálogos concretos e efetivos entre as partes, é imprescindível que sejam compostas equipes multi e interdisciplinares.

Ao buscarmos os marcos legais e regulatórios à nível municipal, ficou evidente o silenciamento dos gestores públicos nas discussões sobre as necessidades da população idosa e a integração deste grupo etário nas redes de atenção.

Diante do fenômeno do envelhecimento presente no município, é imprescindível que os gestores públicos promovam políticas públicas articuladas e integradas entre si, para que assegurem a complementariedade da rede de atendimentos às pessoas idosas, e a população tenha condições de envelhecer com segurança e dignidade.

Em uma cidade é necessário que ocorram boas práticas públicas e, para tanto, é fundamental a reorientação das ações no âmbito da atenção básica, visando uma maior efetividade dessas ações e, conseqüentemente, melhora dos níveis de saúde dos idosos.

Nesse sentido, modificar conceitos arraigados é um dos desafios das políticas públicas, principalmente, em relação à saúde do idoso. Acreditamos na necessidade e lutamos pela construção de uma atenção integral de saúde, personalizada e promotora de vida. Sabemos que viver mais não é sinônimo de viver melhor, onde as políticas sociais devem contemplar direitos, necessidades, reconhecimento das capacidades dos idosos que promovam um envelhecimento digno e sustentável.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. CAMARANO, Ana Amélia. GIACOMIN, Karla Cristina. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões.**

ARDOINO, Jacques. Abordagem multirreferencial (plural) das situações educativa e formativa. In: BARBOSA, J. A. (Org.). **Multirreferencialidade nas ciências e na educação.** São Carlos: Editora da UFSCar, 1988.

ARDOINO, J. BARBIER, R., GIUST-DESPRAIRIES, F., Entrevista com Cornelius Castoriadis. In: BARBOSA, J.G., (coord.). **Multirreferencialidade nas ciências e na educação.** São Carlos: Editora da UFSCar, 1998, p. 50-72.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde,** 2011, p.138-172.

BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo,** v.22, n.3, p.200-207, set/dez.2011

BEAUVOIR, S. **A velhice.** Tradução de Maria Helena Franca Martins. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1990

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 31 ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União; 1994.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** 36 p. Brasília, 1997.

_____. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos de Atenção Básica,** n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica.** Rio de Janeiro: IPEA, 2002

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano, A. A. (org). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano, A. A. (org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Cap. 8. p. 253-292.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo:Saraiva, 2005.

CAMPOS, A. C. *et al.* **Direitos do Idoso: Os Novos Desafios das Políticas Públicas**. V. 2 Coleção Envelhecimento: Saberes e Vivências. Editora Unijuí, 2014, Ijuí/RS.

DANTAS E SILVA, F.; SOUZA, A.L. Diretrizes internacionais e políticas para os idosos no Brasil: a ideologia do envelhecimento ativo. **Rev. Pol. Públ. São Luís**, v.14, n.1, p. 85-94, jan./jun. 2010.

DALLEPIANE, L. B. **Envelhecimento Humano: Campos de Saberes e Práticas em Saúde Coletiva**. Coleção Saúde Coletiva. Editora Unijuí, 2009, Ijuí/RS.

DHEIN, Gisele. PAUSA! Clínica. Clínica política. Clínica ampliada: a produção do sujeito autônomo. 2010. 190 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

GRAU, Eros. **O direito Posto e o Direito Pressuposto**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

GUARESCHI, N. *et al.* Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In: **Violência, gênero e Políticas Públicas**. Orgs: Strey, M. N.; Azambuja, M. P. Porto Alegre, Ed: EDIPUCRS, 2004, p.180.

MACHADO, Roberto Sidnei; BARBOSA, Joaquim G. **Jacques Ardoino e a Educação**. Autêntica, 2012.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2001.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. **Informação Demográfica e Socioeconômica**. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil. Rio de Janeiro, 2002.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.

_____. Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, 1982.

_____. Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento de 1986.

_____. Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, 1991.

_____. Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, 2002.

_____. Envelhecimento e desenvolvimento em uma sociedade para todas as idades, 2007.

_____. Envelhecimento, solidariedade e proteção social: a hora de avançar para a igualdade. **Terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe**. San José, maio, 2012.

Perfil dos Idosos do Rio Grande do Sul. Organizado por Ângelo José Gonçalves Bós, Andrea Ribeiro Miranda, Andressa Lewandowski e Claudine Lamanna Schirmer - Porto Alegre, 2015.

Planejamento Estratégico Regional - Conselho Regional de Desenvolvimento das Missões/RS.

RIBEIRO, R.N. **A reconstrução da velhice**: ações políticas e sociais no mundo e no Brasil. REU, Sorocaba, SP, v. 37, n. 1, p. 295-310, jun. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**, Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação (Org). Porto Alegre, 2016.

ROSA, Ana L. C. de S. O Envelhecimento na Pós-Modernidade. In: LEMOS, M. T.T.B; ZAGAGLIA, R. A. (Org.) **A arte de envelhecer**: saúde, trabalho, afetividade, Estatuto do Idoso. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2004, p. 21-33

RS em números: 2017 / Coordenação de Tomás Amaral Torezani - Porto Alegre: FEE, 2017. 48 p. Disponível em: <www.fee.rs.gov.br>.

SALGADO, Carmen D. S. **Mulher Idosa**: a feminização da velhice. Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, v.4. p.7-19, 2002.

SCHIRRMACHER, Frank. **A Revolução dos idosos**: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha. Tradução de Maria do Carmo Ventura Wollny. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005

Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo de Informações em Saúde - NIS. **Sistema de informações sobre mortalidade no Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=746>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

Site da Fundação de Economia e Estatística: www.fee.rs.gov.br. Acesso em 03 abr. 2017.

Site da Secretaria Estadual de Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional do RS. **Atlas Sócio Econômico**. Disponível em: <www1.seplag.rs.gov.br/atlas>. Acesso em: 3 abr. 2017.

Site da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do RS. **Atlas Socioeconômico**. Disponível em: <<http://www.atlassocioeconomico.rs.gov.br>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. IRIGARAY, Tatiana Quarti. **O envelhecimento na atualidade**: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Revista Estudos de Psicologia. Campinas, dezembro de 2008. Pág.585 – 593

SEN, Amartya. **Desigualdade Reexaminada**. Título original: Inequality reexamined. Traduzido por Ricardo Doninelli Mendes. 1. ed. Record, 2017.

SOUSA, Simone L. S. **Direito à Saúde e Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SOUSA, Valmiene Florindo Farias. **Cidadania e Envelhecimento em Parintins**: um enfoque para o Programa de Atenção Integral ao Idoso. 153 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas. Manaus. 2012.

TEIXEIRA, E.C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Revista AATR** - Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais da Bahia, 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

TOURAINÉ, Alain. **Um Novo Paradigma**: para compreender o mundo de hoje. Editora Vozes, Petrópolis, 2006.